الفقه الطبي

Medical Jurisprudence

الطبعة الأولى 2025

حقوق النشر والطبع والتوزيع محفوظة

© المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - ACMLS

ردمك : ISBN: 978- 9921-859-06-5

www.acmls.org

ص. ب. 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

تليفون : 965-25338610/1/2 + فاكس :965-25338618/9 +

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية ـ دولة الكويت

الفقه الطبي

تأليف

د. أحمد رجائي الجندي

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

2025م

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية ـ دولة الكويت

الفقــه الطبــي

تأليف

د. أحمد رجائي الجندي

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

الطبعة العربية الأولى 2025م

ردمك: 978-9921-859-06-5

حقوق النشر والتوزيع محفوظة

للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

(هذا الكتاب يعبّر عن وجهة نظر المؤلف، ولا يتحمل المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية أي مسؤولية أو تبعات عن مضمون الكتاب)

ص.ب 5225 الصفاة ـ رمز بريدي 13053 ـ دولة الكويت

هاتف : 25338610/1 (965)+ فاكس : 25338618 (965)+

البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org

بسم الله الرحمن الرحيم

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- إعداد المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلاً عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.

المحتويات

تـصـديـــــــــر : ..... ج

المؤلـــف في سطور : ..... هـ

مقـدمـــة الكتـــاب : ..... ز

الـفـصـــــــل الأول : مدخل إلى الفقه الطبي والقواعد الشرعية العامة في الممارسة الطبية 1

الـفـصـــل الثـانـــي : أحكام فقهية تتعلق ببعض قضايا الصحة العامة... 21

الفصـــل الثـــالـــث : أحكام فقهية تختص بأنواع المعالجات 67

الفصـــل الـرابـــع : الأحكام الفقهية المتعلقة بالتداوي بالمواد المحرمة والـنـجـسـة..... 99

الفصـــل الخـامـس : الأحكام الفقهية المتعلقة بالأمراض النفسية 121

الفصـــل الســـادس قضايا فقهيـة طبيـة معاصـرة 145

الفصـــل الســـابـع : الأخطاء الطبية والمسؤولية الطبية 217

المـــــراجـــــــع : 231

تصديـــر

مهنة الطب مهنة سامية، ومجالاته من أهم المجالات التي تمس حياة الفرد والمجتمع، وقد حظيت دراسة علم الطب باهتمام بالغ من المسلمين في ظل الحضارة الإسلامية، ولقيت تشجيعًا كبيرًا وعناية واسعة من العلماء العرب والمسلمين على مر العصور الإسلامية، واعتبر فقهاء الإسلام دراسة الطب من فروض الكفاية؛ لذا حثوا وشجعوا على دراسة الطب وتعلمه، حتى قال الإمام الشافعي في حكم فرضية تعلم الطب: "لا أعلم علمًا بعد الحلال والحرام أنبل من الطب" [1]، مما يُستدل به على أن تعلم الطب من فروض الكفاية.

ولأن من مقاصد الشريعة: حفظ النفس، والنسل، والعقل، وهي أساس الغرض من تعلم الطب وتطبيقه وجب على الطبيب تعلم الأحكام الشرعية والآداب المتعلقة بالممارسة الطبية؛ فالفقه الطبي هو فرع من الفقه الإسلامي الذي يتناول المسائل الطبية والأخلاقية المتعلقة بالصحة والمرض والعلاج، كما يتضمن تطبيق أحكام الشريعة المتعلقة بالممارسات الطبية وقرارات المعالجة مع مراعاة التوازن بين المبادئ الشرعية واحتياجات الرعاية الصحية الحديثة، كما يهدف إلى توجيه الأطباء نحو اتخاذ الخيارات العلاجية الصحيحة التي تتوافق مع تعاليم الدين بما يُرضي الله عز وجل؛ مما يساعد الأطباء على مواجهة التحديات الصحية المعاصرة في إطار يراعي تطبيق المعايير الدينية والأخلاقية.

فقد جاءت مبادئ الشريعة الإسلامية شاملة لشتى المجالات والميادين الحياتية، ومن مظاهر هذا الشمول استيعابها للمستجدات الحديثة المعاصرة في جميع الميادين، وخاصة ذات العلاقة بالحراك البشري، بما فيها المجال الطبي، وتناول أحكام المستجدات الفقهية في القضايا والنوازل الطبية. ومن هذا المنطلق ارتأى المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية تقديم هذا الكتاب للطلبة والمتخصصين في مجال الطب والرعاية الصحية ومؤسساته العلمية والأكاديمية؛ ليكون مرجعًا علميًا رائدًا للدراسات والبحث العلمي في القضايا الطبية الفقهية المعاصرة.

وقد قُسِّم الكتاب إلى سبعة فصول، تناول الفصل الأول منها تمهيدًا ومدخلاً إلى الفقه الطبي مـن حيث أهمية الفقه الطبي ومجالاته وموضوعاته، وقواعده الشرعية العامة في الممارسة الطبية، وكذلك أحكامه في تعلُّم الطب والركائز الأخلاقية للطبيب، ومن ثَمَّ تحدث

الفصل الثاني عن الأحكام الفقهية التي تتعلق ببعض قضايا الصحة العامة والممارسة الطبية، ومنها الأحكام المتعلقة بالإنجاب، وتنظيم النسل، وكذلك الأحكام الفقهية الطبية المتعلقة بالإجهاض والمسؤولية الجنائية وتبعاتها، ومعالجات العقم سواءٌ أكان لدى الرجال أو النساء، والتلقيح الصناعي، وطفل الأنابيب، ومسائل بنوك حفظ الأمشاج، ثم استعرض الفصل الثالث الأحكام الفقهية التي تختص بأنواع المعالجات، وخاصة المتعلقة بالجراحات الطبية، وتناول الفصل الرابع الأحكام الفقهية المتعلقة بالتداوي بالأدوية المصنوعة من مواد مُحرَّمة أو نجسة وضوابطها الشرعية. وشرح الفصل الخامس الأحكام الفقهية الطبية المتعلقة بالأمراض النفسية، وكيفية تعامل الطبيب النفسي مع المريض، وحكم أهليته وضوابط المحافظة على سريته، وما يترتب على ذلك من مسائل تؤثر في حياته، ثم تطرق الفصل السادس لرأي الدين في بعض القضايا الفقهية الطبية المعاصرة التي تشغل عموم الناس وتتطلب اجتهادًا جماعيًا لتوضيحها مثل: قضايا الطب الشرعي، وكذلك بعض الأحكام الفقهية المتعلقة بأمراض نهاية الحياة، واُختُتِم الكتاب بالفصل السابع بمعايير الأخطاء الطبية، وتحديد المسؤولية الطبية المشتركة في حدوثها.

هذا، وقد انتقل مؤلف الكتاب الدكتور أحمد رجائي الجندي إلى رحمة الله تعالى قبل أن يرى هذا الكتاب النور، فندعو الله أن يتغمده بواسع رحمته، ويجعل ذلك العمل في ميزان حسناته.

يُعدُّ هذا الكتاب موسوعة متكاملة في الأحكام الفقهية الشرعية المتعلقة بالقضايا الطبية والممارسات الصحية، والمركز يشكر مساهمة فضيلة الأستاذ الدكتور سلامة جمعة داود رئيس جامعة الأزهر على مراجعة الكتاب في صورته النهائية حتى إصداره.

نأمُل أن يكون هذا الكتاب ملبيًا لاحتياجات طلاب الكليات الصحية، وأن يكون عونًا ومرشدًا للمرضى والأطباء، ويسهم في تجسيد العلاقة بين علم الفقه والعلوم الطبيّة.

والله ولـي التوفيق،،

الأستاذ الدكتور مرزوق يوسف الغنيم

الأمين العام

للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

المؤلف في سطور

- **د. أحمد رجائي أحمد الجندي**

ـ مصري الجنسية.

ـ حاصل على:

- درجة البكالوريوس في علوم الصيدلة ـ جامعة الإسكندرية ـ جمهورية مصر العربية ـ عام 1960م.
- درجة الماجستير في علوم الصيدلة ـ جامعة الإسكندرية ـ جمهورية مصر العربية ـ عام 1965م.
- درجة الدكتوراة في علوم الصيدلة ـ جامعة الإسكندرية ـ جمهورية مصر العربية ـ عام 1969م.

ـ شغل سابقًا منصب الأمين المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بدولة الكويت.

ـ نُشِر له خمسة وثلاثون بحثًا متعلقًا بالجوانب الفقهية الطبية، وله سبعة أبحاث تراثية، واثنا عشر بحثًا في مجال النباتات الطبية.

مقدمة الكتاب

كانت عناية العرب قبل الإسلام بالطب قليلة، ولا تكاد تُذكر، وكانت تشيع بينهم الخرافات في الطب، وربما نبغ بعضهم في الطب، لكن الغالب عليهم قلة المعرفة بالطب وكان جُلّ علاجهم بالكي أو بالأعشاب، وكان بعضهم يظنُّ أن الطبَّ ضربٌ من السحر والعيافة (ضربٌ من التكهُّن) فعن زياد بن علاقة عن أسامة بن شريك قال: «قالت الأعراب يا رسول الله ألا نتداوى قال: نعم يا عباد الله تداووا فإن الله لم يضع داء إلا وضع له داوء إلا داءً واحدًا قالوا: يا رسول الله وما هو قال الهرم» (حديث حسن صحيح). (رواه أسامة بن شريك ـ أخرجه أبو داود).

وبعد ظهور الإسلام وتكليف الرسول (صلى الله عليه وسلم) بالرسالة بدأ بتربية أهله وأصحابه ومَن حوله على الأخلاق الكريمة لمدة ثلاثة عشر عامًا من العمل الدؤوب دعا فيها إلى نبذ الخرافة والعادات السيئة التي كانوا يمارسونها قبل دخول الإسلام. وأرسى عدة أمور مهمة في مجال العلاج وإباحته للطبابة ونبذه للخرافات، دون النظر إلى دين الطبيب أو جنسيته، فالكفاءة هي المطلوب الأول للاختيار.

ثم قال صلى الله عليه وسلم «من أتى عرَّافًا أو كاهنًا فصدَّقه بما يقول، فقد كفر بما أُنزل على محمد» (رواه مسلم). وفي مناسبة أخرى قال صلى الله عليه وسلم : «مَنْ تَطَبَّبَ، ولا يُعْلَمُ مِنْهُ طِبٌّ، فهو ضامِنٌ» (أخرجه أبو داود والنسائي وابن ماجه). وأهمية هذا الحديث النبوي الشريف أن كل من تصدى لمسؤولية العلاج عليه أن يكون متخصصًا ومؤهلًا، يملك ما يؤهله لممارسة مهنة الطب، وإلا فسيكون ضامنًا لما قد يصيب المريض من مضاعفات؛ نتيجة جهله أو خطئه في الأسس العلاجية.

وتوالت الأيام ليأتي القرآن الكريم لِيَحُثَّ أصحاب الديانة الجديدة على العلاج في عديد من الآيات الكريمة، سنورد بعضًا منها، ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ ٱلْقُرْءَانِ مَا هُوَ شِفَآءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ ٱلظَّٰلِمِينَ إِلَّا خَسَارًا ﴿٨٢﴾﴾ (سورة الإسراء: الآية 82)، وفي سورة أخرى في وصفه سبحانه وتعالى لفوائد العسل ﴿فِيهِ شِفَآءٌ لِّلنَّاسِ ۚ ﴿٦٩﴾﴾ (سورة النحل: الآية 69)، وفي آية أخرى عندما دعا

أيوب ربه أنْ يشفيه مما ابتُلي به وتضرع إليه سبحانه ﴿وَأَيُّوبَ إِذْ نَادَىٰ رَبَّهُۥٓ أَنِّي مَسَّنِيَ ٱلضُّرُّ وَأَنتَ أَرْحَمُ ٱلرَّٰحِمِينَ ﴿٨٣﴾ فَٱسْتَجَبْنَا لَهُۥ فَكَشَفْنَا مَا بِهِۦ مِن ضُرٍّ ﴿٨٤﴾﴾ (سورة الأنبياء: الآية 83، 84). وفي آية أخرى تحثُّه على طلب العلاج فيأمره سبحانه وتعالى في قوله ﴿ٱرْكُضْ بِرِجْلِكَ هَٰذَا مُغْتَسَلٌۢ بَارِدٌ وَشَرَابٌ ﴿٤٢﴾﴾ (سورة ص: الآية 42) ﴿قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ ءَامَنُوا۟ هُدًى وَشِفَآءٌ ﴿٤٤﴾﴾ (سورة فُصِّلت: الآية 44).

وفي آية أخرى ﴿أَلَا بِذِكْرِ ٱللَّهِ تَطْمَئِنُّ ٱلْقُلُوبُ ﴿٢٨﴾﴾ (سورة الرعد: الآية 28) وفي آية أخرى دعوة لعلاج النفوس والقلوب المريضة، وهي ليست أمراضًا بدنية ولكنَّها نفسية قد تنعكس على البدن. ﴿فِى قُلُوبِهِم مَّرَضٌ فَزَادَهُمُ ٱللَّهُ مَرَضًا ۖ وَلَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌۢ بِمَا كَانُوا۟ يَكْذِبُونَ ﴿١٠﴾﴾(سورة البقرة: الآية 10).

كان ذلك أسلوبه (صلى الله عليه وسلم) في مجال العلاج، ولم يكتف عند هذا الحد، بل وضع ضابطًا كاملًا للوقاية من الأمراض، فعن أسامة بن زيد عن النبي صلى الله عليه وسلم ـ قال: «إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها» (أخرجه البخاري). وفي حديث آخر عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم): «لا يورد ممرض على مُصح»، (رواه البخاري ومسلم) وعديد من الأحاديث التي وردت في هذا المقام.

كما أن القرآن والأحاديث أوضحت الحلال والحرام، ثم يورد رسولنا الكريم الحديث الذي يُعَدُّ دستورًا لحياة صحية سليمة وآمنة فقال (صلى الله عليه وسلم): «مَنْ أَصْبَحَ مِنْكُمْ آمِنًا فِي سِرْبِهِ مُعَافًى فِي جَسَدِهِ، عِنْدَهُ قُوتُ يَوْمِهِ، فَكَأَنَّمَا حِيزَتْ لَهُ الدُّنْيَا بِحَذَافِيرِهَا» (رواه البخاري، وقال حديث حسن).

هذا وقد اقتصر التحليل والتحريم على الله ورسوله وحدهما فقط، حتى لا يتحكم بعض العباد في بعضهم. والحلال هو ما أحله الله، فهو خالق الإنسان واختاره خليفة في الأرض ليعمرها، فبيَّن له سبحانه الحلال الذي أحله، فكله في صلاح الإنسان وحرَّم عليه الحرام الذي كله ضار، وقد لا تكون أضراره معروفة لنا هذه الأيام، وسيأتي يومٌ يذكرون فيه مضاره ... ولا يخفى على أحد الأضرار التي تحيق بالمجتمعات التي لم تلتزم بالتعليمات السماوية؛ فالمضاعفات والكوارث التي تعانيها أكبر بكثير من ميزانيات بعض الدول النامية، والتي أطلق الغرب عليها «أوبئة العصر».

وبعد أن انتشر الإسلام واتسعت رقعته وظهرت حاجة المؤمنين به إلى ما تحتاج إليه جميع المجتمعات من غذاء ودواء وتخصصات متنوعة من طب، ورياضيات، وهندسة، وجبر، وجغرافيا، وغيره، وكل ذلك بجانب الفقه وتخصصاته المختلفة بدأ أصحابه وأتباعه يَسْعَوْنَ في الأرض؛ بحثًا عن كل فن من فنون الحياة، ولعل من أهمها الطب.

الطب مهنة إنسانية لا يُستغنى عنها في أي مجتمع غني كان أو فقيرًا، صغيرًا أم كبيرًا، وقام المؤمنون المسلمون بترجمة كتب وكُنَّاشاتٍ، وتجميع علوم من سبقهم من الأمم وفهموها وأتقنوها، ولم يتوقف الأمر عند هذا الحد؛ فهاجر العلماء إلى ديار الإسلام من كل فجٍّ عميق، وتزودوا بالعلوم على اختلاف تخصصاتهم؛ فنبغ منهم الأفذاذ، ولم يكتفوا بما نُقل إليهم، بل تدارسوه، وكان لهم الفضل في إضافة كثير إلى الإسهامات العلمية السابقة، وانتقدوه، وحفظوه وصححوه، وسنذكر مثالًا على ذلك: «أبو بكر الرازي» في موسوعته العلمية العالمية «الحاوي في الطب» في دراسته للأمراض وعلاجها، فإن وافق ما شاهده ولاحظه من تقديم العلاجات التي وصفها «جالينوس» و«أبقراط» وكانت النتائج متوافقة يذكر ذلك، وإن كانت غير متوافقة معهم يذكر ذلك بكلمات تفيض بالأخلاق الكريمة وتنبع من الاعتراف بفضلهم، وبحديث كله أدب واحترام، فيقول: «الفاضل جالينوس» أو «الفاضل أبقراط»، ثم يستطرد في الخلاف الذي لاحظه.

هذه الحضارة الإسلامية كان لا بد أن تقوم على أسس مختلفة عما سبقتها من حضارات؛ فالعقائد مختلفة، والأفكار قد تكون في بعضها متضاربة، فظهرت أخلاق جديدة مستمدة من الشريعة الإسلامية (القرآن الكريم، والسنة النبوية الشريفة وعلماء الفقه الإسلامي).

وكما هو معلوم فإن الطب مهنة تهتم بالإنسان والعاملين على وقايته من الأمراض وعلاجها، فظهرت الحاجة إلى وضع أسس أخلاقية يلتزم بها الطبيب والمريض والمسؤولون عن الصحة والمجتمع، فجاءت الإشارات القرآنية والأحاديث النبوية بوصفها تمهيدًا لأخلاقيات طبية مرتكزه على أسس إسلامية. ويذكر لبعض نوابغ علمائنا، ومن أهمهم: الرازي، وابن سينا، وابن النفيس، والزهراوي، وابن رشد، وكثيرون أنهم ظهروا، وأَثْروا المسيرة الإنسانية وتميزوا جميعًا باهتمامهم بالفقه والفلسفة، والطب، كما يرى ابن رشد: «أنَّ الطب ليس مجرد

مجموعة من النظريات، بل هو: صناعة فاعلة عن مبادئ صادقة، وهذا يعني أن الطبيب يجب أن يكون قادرًا على تطبيق المعرفة النظرية على أرض الواقع من خلال الملاحظة والتجربة والاستدلال العقلي» [2].

كما أن الرازي بجانب نبوغه في الطب وضع أُسُسًا أخلاقية ما زالت راسخة حتى اليوم، ويُعَدُّ «الرازي» أحد رواد التصنيف في الأخلاق الطبية في الحضارة الإسلامية، والتي أرساها في كتابه «أخلاق الطبيب»؛ الذي قدمه لتلاميذه والمهتمين بوصفه دستورًا لمهنة الطب، وهو يحث فيه الطبيب على: «صيانة النفس عن الاشتغال بالهوى والطرب، والانشغال باللهو والمواظبة على تصفُّح الكتب في مجال الطب، وإياك ومعاقرة الخمر، إذ ربما يحتاجه المريض في وقت صادفه فيه وهو سكران فيصغر في عينه، ويقع في علاجه من الخطأ ما لم يمكن تداركه».

كما حث الطبيب أيضًا على: «أن يغض طَرْفَه عن النسوة، وعليه حفظ أسرار مرضاه، ويكون رفيقًا بهم، حافظًا لغيبتهم، كاتمًا لأسرارهم، وأن يغض عن الدرجة الاجتماعية لأي مريض، وأن يعالج الفقراء كما يعالج الأغنياء، وأن يكون هدفه إبراء المريض من نيل أجرة العلاج، وأن تُوهِمُوا المرضى بالشفاء، حتى لو كانوا أنفسهم لا يعتقدون ذلك، وأن يكون طبيبًا للنفس لا للجسد فقط».

وقد ألف الرازي كتاب «الطب الروحاني»، وقصد فيه إصلاح أخلاق النفس، ويُعَدُّ هذا الكتاب فريدًا من نوعه في عصره، فقد ناقش مسائل كثيرة عن العقل ودوره في حياة الإنسان من نهيه عن الكفر وترجيحه للفضائل وذمه للرذائل إلى آخر هذه الفضائل التي ينصح لكل كل طبيب أن يراجعها مراجعة دقيقة، تهذيبًا للنفس، وترقية للروح، ومدحًا للعقل [3].

ومن الذين أظهروا براعةً في هذا المجال «الرهاوي، والزهراوي، وابن ماسويه، وابن النفيس»، وغيرهم. ويذكر «جورج سارتون» أشهر مؤرخ لتاريخ العلوم في الزمن المعاصر أنه قد خصص خمسين عامًا لكل حضارة من الحضارات السابقة إلا الحضارة الإسلامية فأعطاها خمسمائة عام، وأسماها حضارة «الرازي، وابن سينا، وابن رشد»، وغيرهم، وهذه شهادة لنا يجب أن نعتز بها.

لدرجة أن كتاب "القانون في الطب لابن سينا" ظل يُدَرَّس في أوروبا حتى القرن التاسع عشر الميلادي، فقد أنتجت الحضارة الإسلامية في أثناء انحسارها أضعاف الأضعاف؛ مما أنتجته أوروبا في كل مجالات العلوم، واتجه إنتاجهم العلمي إلى الموسوعات مثل: «ابن أبي أصيبعة، وابن جلجل، وابن النديم»؛ ليحفظوا للأجيال التالية إنتاج حضارتهم الإسلامية.

د. أحمد رجائي أحمد الجندي

الفصل الأول

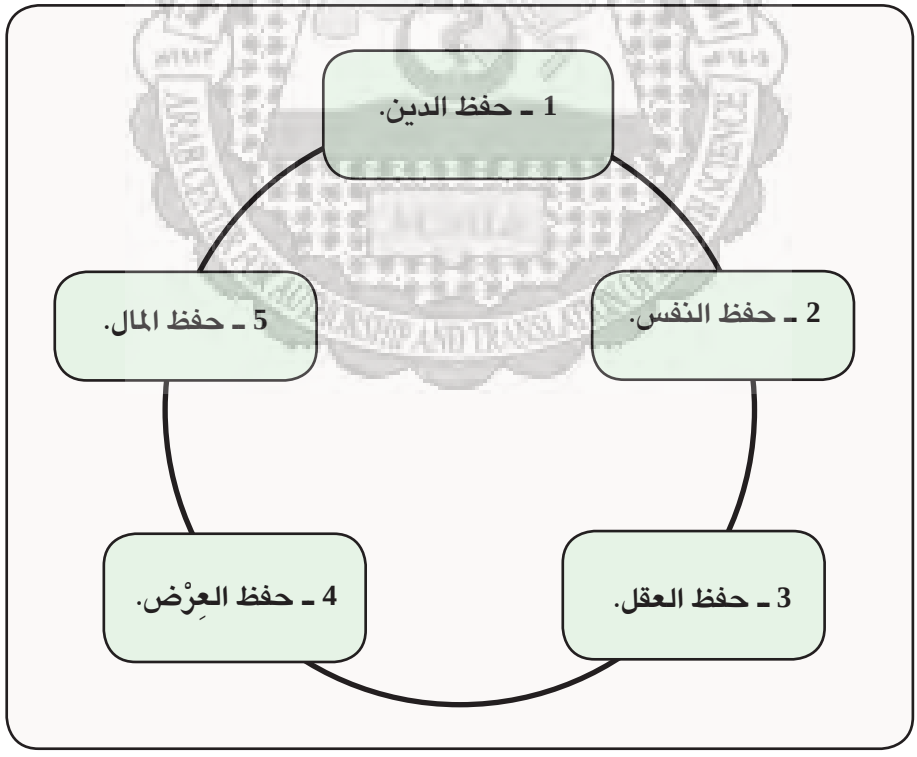
مدخل إلى الفقه الطبي
والقواعد الشرعية العامة في الممارسة الطبية

لقد عُنيت الشريعة الإسلامية بعلم الطب وبتعليمه واعتبرته الثاني بعد علوم الدين؛ فيقول الإمام الشافعي: «العلم علمان؛ علم فقه الأديان وعلم طب الأبدان»[4].

أنزل الله تعالى، وهو الشارع الحكيم شريعةً بعد شريعةٍ فأرست للإنسان ـ خليفة الله في الأرض ـ القواعد العقائدية والأخلاقية والعملية المنظمة لحياته، والأحكام المحددة لتصرفاته وعلاقاته، والتي حفظت له ضروريات حياته ومتطلبات بقائه، كما جاء في الضرورات الخمس في (حفظ الدين، والنفس، والعقل، والعرض، والمال) التي ترتكز عليها أحكام الشريعة الإسلامية في مقاصدها وتحقق للإنسان جميع مصالحه الضرورية.

لقد حفظ الإسلام النفس؛ فشرع لها من الأحكام ما يمدها بأسباب البقاء بإذنه تعالى، وما يحقق لها امتداد الحياة، في جسم سليم، وعقل سليم، وروح مشرقة حية بالإيمان ومنيرة بالإسلام، من أجل ذلك حرَّم المساس بجسم الإنسان إلا بحق، قال تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوٓاْ أَنفُسَكُمۡۚ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ بِكُمۡ رَحِيمٗا ٢٩﴾ (سورة النساء، الآية 29) وقال تعالى ﴿وَلَا تَقْتُلُواْ ٱلنَّفۡسَ ٱلَّتِي حَرَّمَ ٱللَّهُ إِلَّا بِٱلۡحَقِّۗ ٣٣﴾ (سورة الإسراء، الآية 33)، وعن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ـ صلى الله عليه وسلم ـ قال: «إيّاكُمْ والظّنّ، فإنّ الظّنّ أكْذَبُ الحَديثِ، ولا تَحَسّسُوا، ولا تَجَسّسُوا، ولا تَنافَسُوا، ولا تَحاسَدُوا، ولا تَباغَضُوا، ولا تَدابَرُوا، وكُونُوا عِبادَ اللهِ إخْوانًا كما أمركم. المسلم أخو المسلم، لا يظلمه، ولا يَخْذُلُه، ولا يَحْقِرُه، التقْوى ههُنا، التقْوى ههُنا ـ ويشير إلى صدره ـ (ثلاث

مرات). بحسب امرئ من الشر أن يَحْقِرَ أخاه المسْلِمَ، كل المسلم على المسلم حَرامٌ دَمُه، وعِرْضُهُ ومالُه» (صحيح/ رواه مالك، والبخاري، ومسلم ـ واللفظ له، وهو أتم الروايات، وأبو داوود، والترمذي). فقد حرم الإسلام المساس بجسم الإنسان وماله وعرضه إلا بحق، فكل سبب من الأسباب المقدَّرة للإنسان يؤدي إلى حفظ النفس كلها أو بعضها، ويؤدي إلى عدم تعريضها للهلاك، يجب على الإنسان أن يسلكه، وكذا كل سبب من الأسباب يؤدي إلى رفع الضر عنها، ومدّها بأسباب البقاء ظاهرًا وباطنًا، يجب على الإنسان أن يسلكه، فإن لم يفعل كان عاصيًا أمر ربه، آثمًا باقتراف ما نهى الله عنه، مستحقًا للعقوبة الدنيوية والأُخروية، ولا شك أن التداوي من الأمراض سبب من أسباب حفظ النفس البشرية.



مقاصد الشريعة الإسلامية.

وقد شاء الله أن يكون الشفاء من المرض رهن إرادته سبحانه وتعالى، ولا يملكه سواه، ولا يتحقق بمجرد سعي من عاناه، مصداقًا لقوله سبحانه وتعالى: ﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ ﴿٨٠﴾﴾(سورة الشعراء، الآية 80).

ولذلك حرص الفقهاء على اعتبار «مهنة الطب» فرض كفاية في ديار المسلمين، وأكد الفقهاء على ضرورة النهوض بالتزامات الرعاية الصحية، وواجباتها، ومقتضياتها بمفهومها الشامل، وباعتبار هذا الغرض أمرًا حتميًا لا سبيل لكفالة الوصول لحقِّ الصحة من دونه. واقتضى ذلك من المشرع في كل دولة على مستوى المعمورة دون استثناء، الموازنة الواعية الرشيدة بين ضرورات توفير حق سلامة جسم الإنسان، وتحريم جميع صور المساس به وبين حتميات توفير الرعاية الصحية. وقد أحل الله جواز ذلك المساس من أجل تحقيق هذه الرعاية للتمكين من إتاحة ممارسات التطبيب، وبذل صنوف العناية كافة الهادفة إلى تحقيق الشفاء، وهو في كل الأحوال رهن بمشيئة الله.

ومراعاة لما سلف بيانه وامتثالًا لضروراته ونزولًا على ضمنيته، توجهت التشريعات كلها إلى سبيل رفع التجريم عن ممارسات الطب التي تشكل مساسًا بالجسم، يسأل عنه غيره إن أتاه بحيث تكون هذه الممارسات مباحة تحت مسمى أسباب الإباحة، حماية لمصلحة أسمى وأجلَّ من مصلحة حماية وسلامة الجسم التي تحميها الشريعة والقانون، ولا يجوز أن يتم ذلك العلاج إلا إذا أذن المريض للطبيب أن يداويه، وفي حالة رفض المريض فليس من حق الطبيب اتخاذ أي إجراء طبي أو غير طبي، كما أن على الطبيب إذا أذن له المريض أن يحفظ سر مريضه الذي استودعه إياه، ألا يبوح به إلا في الحالات التي حددها قانون مزاولة المهنة. وأن يكون إذن المريض متوافقًا مع الشروط العامة التي تنص على أن: «يكون الإذن صادرًا من إنسان بالغ عاقل مدرك لما يقوله، فاهم لما يصدر منه، وألا يصدر تحت التهديد أو الضغط أو الإكراه أو الاستغلال لحاجة المريض، وفي حالة القاصر المختل عقليًا لا يُعتدُّ بموافقته ويجب أخذ موافقة أوليائه الشرعيين».

ولا يسقط الإذن إلا في حالات معينة من مثل: وصول مريض مغمًى عليه، أو في حالة هلع شديد لا يدرك ما يقوم به وليس معه أقرباؤه، بحيث يمكن أخذ موافقتهم، أو أن حالته تستدعي التدخل الجراحي السريع، حفاظًا عليه أو على عدم إتلاف عضو من أعضائه، ففي هذه الحالة يسقط الإذن عن المريض، وعلى الطبيب اتخاذ الإجراءات اللازمة لإنقاذه، مع إثبات ذلك تفصيلًا في وثائق المستشفى، وعلى الطبيب إخبار المريض بما قام به.

أما إذا كان المريض بالغًا وعاقلًا ويفهم ما يُقال له، ويدرك ما يستقر عليه ضميره، ورفض إجراء تدخل؛ فعلى الطبيب شرح عواقب ذلك الأمر ومخاطره، وعليه أخذ توقيعه على الرفض، ولعل من المناسب هنا ذكر بعض الأساسيات وتقسيمها بين ثلاث قواعد أو أسس هي:

الأساس الأول: قواعد التصرف في الحق في سلامة الحياة والجسم، ومن أهمها:

- حق الله وحق العبد في نفسه وجسمه يوكلان لمن هو منسوب إليه ثبوتًا وإسقاطًا.
- لا يجوز لأحد أن يتصرف في حق غيره من دون إذنه.
- قتل الإنسان أو قطع عضو منه لا يحتمل الإباحة بغير حق.
- إسقاط الإنسان لحقه، فيما اجتمع فيه حقه وحق الله مشروط بعدم إسقاط حق الله.
- يقدَّم ما كان فيه حق الله وحق العبد على ما كان منه حق الله وحده.

الأساس الثاني: قواعد المفاضلة بين المصالح والمفاسد

يمكن استخلاص هذه القواعد من مصادر الشريعة الإسلامية التي وردت بها نصوص صريحة للترجيح بين المصالح، ومن هذا قوله سبحانه وتعالى: ﴿ قَالَ أَتَسْتَبْدِلُونَ ٱلَّذِى هُوَ أَدْنَىٰ بِٱلَّذِى هُوَ خَيْرٌ ۚ ﴿٦١﴾﴾(سورة البقرة، الآية 61) وسبحانه يدعو إلى ترجيح المصلحة العليا على المصلحة الدنيا، ويمكن أن نستخلص من هذا الأصل القواعد الآتية:

- ارتكاب أخف الضررين دفعًا لأعظمهما.
- الضرورات تبيح المحظورات.

الأساس الثالث: قواعد مزاولة العمل الطبي أو الجراحي:

ـ حق التطبيب والجراحة.

ـ أصول العلاج.

ويراعى في اختيار العلاج ما يأتي:

أ . أهداف العلاج

- حفظ الصحة الموجودة.
- رد الصحة المفقودة بقدر الإمكان.
- إزالة العلة أو تقليلها قدر الإمكان.
- تحمُّل أدنى المفسدتين لإزالة أعظمهما.
- تفويت أدنى المصلحتين لتحصيل أعظمهما.

ب . حدود العلاج

- يجب ألا يستهدف الطبيب من عمله مجرد إزالة العلة دون النظر إلى العواقب؛ فالواجب إزالة العلة على وجه يؤمِّن من حدوث علة أعظم.
- إذا كانت العلة لا يمكن علاجها امتنع الطبيب عن العلاج.

ج. مسؤولية الطبيب

على الطبيب أن يبذل قصارى جهده، ويقدم العناية الصادقة لمرضاه، ويصف للمريض ما يُرجى به شفاؤه، ولكنه غير ملتزم بضمان تحقيق الشفاء، أو بمعنى آخر:

- الجواز الشرعي ينافي الضمان، فإذا فعل الطبيب ما يجوز له فلا يسأل عن الضرر الحادث.
- لا يتقيد عمل الطبيب بشرط السلامة، ولا يُطلب منه القيام بالمعتاد من العناية ولا يسأل إلا عن تقصيره.

- الرضا بالشيء بما يتولد عنه، فلا يُساءل الطبيب مدنيًا عن الضرر الذي يصيب المريض الذي اختار علاجًا معينًا أو رضي به، متى كان الطبيب قد راعى أصول المهنة[5].

آداب الطبيب والتطبب وعلاقة الطبيب بالمريض

تعريف مهنة الطب وأصول العمل الطبي، وهناك عدة تعريفات، منها:

تعريف "ابن رشد (الحفيد)": «صناعة أو مهنة الطب هي صناعة فاعلة عن مبادئ صادقة يُلتمس فيها حفظ بدن الإنسان ونفسه، وإبطال المرض، وذلك بأقصى ما يمكن في واحد من الأبدان»[6].

تعريف "ابن سينا": «علم يُتعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يصح ليحفظ الصحة حاصلة ويستردها زائلة»[7].

تعريف منظمة الصحة العالمية (لمفهوم الصحة): «الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بين البدنية والعقلية والاجتماعية، لا مجرد انعدام المرض أو العجز». ولم يقتصر هذا التعريف كما عرفته منظمة الصحة العالمية سابقًا على الخلو من الأمراض[8].

الآداب العامة للطبيب

لقد أثرى الأطباء المسلمون في عصر الحضارة الإسلامية هذا الباب إثراءً عظيمًا كما سبق أن تحدثنا عنه في المقدمة، ولكنهم وافقوا على قَسَم "أبقراط"، وظل هكذا حتى عام 1981م، حيث اقترحت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية قسمًا جديدًا تهافتت عليه المؤسسات الطبية من جامعات ونقابات ليحل محل قسم "أبقراط" الذي ينص على أن يقول الطبيب القَسَمِ الآتي [9]:

قَسَـــمِ الأطبـــاء

مادة (1)

يجب على كل طبيب قبل مزاولته المهنة أن يؤدي القسم الآتي أمام نقيب الأطباء أو من ينوب عنه:

(أُقسم باللّه العظيم أن أراقب اللّه في مهنتي، وأن أصون حياة الإنسان في كل أدوارها، في كل الظروف والأحوال باذلًا، وساعيًا في استنقاذها من الهلاك والمرض، والألم، والقلق، وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عوراتهم، وأكتم سرهم، وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة اللّه، باذلًا رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والطالح والصديق والعدو، وأن أثابر على طلب العلم، وأُسخره لنفع الإنسان لا لأذاه، وأن أُوقر مَنْ علَّمني، وأُعلِّم من يصغرني، وأكون أخًا لكل زميل في المهنة الطبية، متعاونين على البر والتقوى، وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقية مما يشَيُنها تجاه اللّه ورسوله والمؤمنين، واللّه على ما أقول شهيد).

وعلى الرغم مما قدمه علماء الحضارة الإسلامية حول هذا الموضوع، فإن أطباء المسلمين في هذه الأزمنة حافظوا على تعاليم "أبقراط" في ميثاقه اعترافًا أمينًا لعلمه وجهده وتقديرًا له على ما قدمه في هذا المجال، ولم يقفوا أمامه صاغرين، بل أضاف علماء الأمة الإسلامية إليه ما رأوه مهمًا من وجهة نظرهم.

إلا أن أكثر هؤلاء العلماء التزامًا وإضافة لميثاق "أبقراط" كان «ابن رضوان» كبير أطباء مصر في ذلك الزمان، حيث علَّق على تعاليم "أبقراط" وقال: إن الطبيب على رأيه هو الذي اجتمعت فيه سبع خصال[10]:

- **الأولى:** أن يكون تام الخلق، صحيح الأعضاء، حسن الذكاء، جيد الرؤية عاقلًا ذكورًا خيِّر الطبع.
- **الثانية:** أن يكون حسن الملبس، طيب الرائحة، نظيف البدن والثوب.
- **الثالثة:** أن يكون كتومًا لأسرار المرضى، ولا يبوح بشيء من أمراضهم.
- **الرابعة:** أن تكون رغبته في إبراء المرضى أكثر من رغبته فيما يلتمس من الأجر، ورغبته في علاج الفقراء أكثر من رغبته في علاج الأغنياء.
- **الخامسة:** أن يكون سليم القلب، عفيف النظر، صادق اللهجة، لا يخطر بباله أي شيء من أمور النساء والأموال.
- **السادسة:** أن يكون حريصًا على التعلُّم والمبالغة في منافع الناس.
- **السابعة:** أن يكون مأمونًا على الأرواح والأموال، ولا يصف دواءً قتَّالًا، ولا يُعَلِّمُه، ولا دواء يُسقِط الأجنَّة، وأن يعالج عَدوَّه بنية صادقة بما يعالج حبيبه[11].

كما أضاف بعض أطباء المسلمين إلى المعايير السابقة الآتي:

- القيام بنجدة المرضى (بالإسعاف نهارًا وليلا) على قَدرْ الإمكان تفريجًا للكربة.
- التلطف مع المريض والحِلْم في سؤاله، وإفهامه، مراعاة لحالته النفسية ووضعه الثقافي.
- اللباقة في تعريف المريض بمرضه، ومحاولة طمأنته، وإدخال السرور إلى نفسه، وكتم الإنذار بالخطر عنه، وإعلامه إلى ذويه الأقربين.
- الدعاء للمريض، فعن عائشة أم المؤمنين ـ رضي الله عنها ـ أن رسول الله ـ صلى الله عليه وسلم كانَ إذَا أتَى مَرِيضًا ـ أو أُتِيَ به ـ قَالَ: أذْهِبِ البَاسَ رَبَّ النَّاسِ، اشْفِ وأَنْتَ الشَّافِي، لا شِفَاءَ إلَّا شِفَاؤُكَ، شِفَاءً لا يُغَادِرُ سَقَمًا. (رواه البخاري ومسلم).

- إحالة المريض إلى اختصاصي إذا كانت حالته تستدعي ذلك؛ التزامًا بالأمانة والنصيحة المطلوبتين شرعًا[12].

تلك كانت الآداب العامة للطبيب أيًا كانت جنسيته أو عقيدته، وفي الإسلام بعض الإضافات: أن يبدأ المعاينة، والكشف، وتطبيق المعالجات بذكر اسم الله {بسم الله الرحمن الرحيم}.

- ألا يكشف من العورة إلا قَدْرَ ما تستوعبه المعاينة؛ كما هو مذكور في القواعد الفقهية مثل: «الضرورات تبيح المحظورات»، و«الضرورة تُقَدَّرُ بِقَدْرِها». وقال العلامة ابن سعدي «وكل محظور مع الضرورة بقدر ما تحتاج إليه الضرورة».
- ألا يصف دواءً محرَّمًا لغير الضرورة، والمحرمات في الإسلام من الله ورسوله وجميعها ضار بالصحة بدنيًا، ونفسيًا، واجتماعيًا، وفي حالة عدم توافر دواء للمريض خالٍ من المحرمات فعليه أن يكتب ما يراه مناسبًا في هذه الحالة تحت قاعدة الضرورات تبيح المحظورات[13].
- ألا يقوم بتعقيم نهائي (للرجال، أو النساء) إلا في حالات الضرورة القصوى.
- أن يستند إلى معارفه الطبية، وإلى وضع المراجعة الصحية، وإلى فن المداواة، وإلى تقوى الله في فتواه للمريض فيما يتعلق بالفرائض، من مثل: صيام رمضان والصلاة والحج والعمرة.
- أن يتمتع بخبرة وتجربة في الشريعة الإسلامية؛ ليتمكن من إفتاء المريض في المسائل البسيطة إذا لم يتوافر من هو أعلم منه في أحكام الشريعة الإسلامية [14].

وأضافت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في الدستور الإسلامي للمهنة الطبية عام (1981م) ما يأتي:

- لا حَجْر في الإسلام على حرية البحث العلمي، بل هو مندوب إليه.
- لا يجوز أن تشتمل حرية البحث العلمي على قهر الإنسان أو قتله، أو الإضرار به، أو تعريضه لضرر، أو منع حاجاته العلاجية عنه، أو التدليس عليه، أو استغلال حاجته المادية، ولا يجوز أن تشتمل على القسوة على الحيوان أو تعذيبه، ولا أن تشتمل على ارتكاب الكبائر التي حرَّمها الإسلام.

- المريض الفرد في كفالة الجماعة، فعليها أن تُؤَمِّن أسباب شفائه بما لا يضر غيره مصداقًا لقول الرسول الكريم فعن النعمان بن بشير، عن النبي صلى الله عليه وسلم : «مثل المؤمنين في توادهم وتعاطفهم وتراحمهم كمثل الجسد، إذا اشتكي منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى»، (رواه البخاري).
- لا يجوز أن يكون العطاء في هذه المناشط إرغامًا، أو إحراجًا، أو استغلالًا للحاجة المادية مصداقًا لقوله سبحانه وتعالى:﴿وَيُؤْثِرُونَ عَلَىٰٓ أَنفُسِهِمْ وَلَوْ كَانَ بِهِمْ خَصَاصَةٌ ۚ ﴿٩﴾﴾ (سورة الحشر، الآية 9).

أنماط علاقة الطبيب بالمريض

أَكْثَرُ مَنْ كتب عن العلاقة بين الطبيب والمريض من علماء المسلمين (الرهاوي، والرازي)، حيث ذكروا هذه العلاقة في كتبهم التي ألفوها، خاصة المتعلقة بآداب الطبيب[15]، وأكثر من كتبوا عنها في العصر الحديث فيلسوفان هما (كوبر، وسونركونا)، ونشرا أبحاثهما التي بينت أن العلاقة بين الطبيب والمريض تُقسم إلى ثلاثة أقسام[16]:

1. **العلاقة الأبوية:** أي تكون العلاقة بين الطبيب والمريض كما تكون العلاقة بين الأب وابنه، فيقوم الطبيب بكل ما يراه مناسبًا تجاه المريض، وتتفوق علاقة الطبيب على المريض متى سمح الطبيب لنفسه بسلب حقوق المريض من إبداء رأيه بالموافقة أو الرفض، وتحمُّل الطبيب جميع المسؤوليات في الخطأ، أو الوفاة، أو المضاعفات الجانبية للعلاج التي لم يفصح عنها لمريضه؛ وهذه علاقة مرفوضة.
2. **العلاقة الإرشادية والتعاونية:** بمعنى أن العلاقة بين الطرفين تكون على الشكل الآتي: يقوم الطبيب بعمل المرشد ويتعاون المريض معه ويناقشه، وعيوب هذه العلاقة أن رأي الطبيب غالب على رأي المريض، ولكن ليست مُلْغِيَةً لشخصيته.
3. **علاقة المشاركة التبادلية:** أي: يتقدم الطبيب ليصف للمريض كل ما يتعلق بمرضه مصارحًا إياه، وكذلك طرق العلاج مبديًا المنافع والمضار، ومبينًا له الغالب منها، ثم يعطي للمريض الحق في إبداء رأيه دون ضغوط تلميحًا أو تصريحًا، وفي

حالة رفض المريض للحل الذي يعرضه الطبيب، فعلى الطبيب أن يشرح الجوانب السلبية حول قرار المريض بالرفض، وإذا ما استمر في رأيه وكانت الحالة خطيرة والوقت يداهم المريض، فعلى الطبيب إعلام إدارة المستشفى، واختيار طبيب آخر من تخصص المرض نفسه، ويسمع مرة ثانية لرأي المريض كما جاء في إفادة الطبيب الأول، وإذا استمر في الرفض، فعلى الطبيبين أخذ إقرار على المريض برفضه لإجراء التدخل الطبي. ويشترط في ذلك أن يكون المريض في حالة عقلية ونفسية جيدة، وقادرًا على استيعاب ما يقال له، ومدركًا لمخاطر رفض قراره، وقادرًا على اتخاذ قراره[17].

تتميز العلاقة بين الطبيب والمريض بأنها علاقة إنسانية قبل كل شيء، وفي كثير من الأحيان تتحول هذه العلاقة إلى علاقة صداقة شخصية أو حتى أسرية، ولا تتم مثل هذه العلاقات إلا بعد منح المريض ثقته للطبيب؛ فمثل هذه العلاقة الإنسانية لا نراها إلا في حالة الطبيب والمريض؛ فالمريض يصل إلى الطبيب كارهًا خائفًا، وتدور في ذهنه أفكارًا كثيرة يتلهف لسماع إجابات حولها، وعند اللقاء الأول بين الطبيب والمريض تتبين له أمور كثيرة منها: هل وجد ضالته عند الطبيب ذي الابتسامة الطيبة، والروح العالية، والشعور الطيب، والإحساس بما يعانيه؟! فتبدأ الثقة بين المريض يواليها للطبيب. ويبدأ المريض في إفشاء أسراره متأكدًا من صيانتها، ويفضي بالحقيقة التي لم يخبر بها أحدًا من أقرب الناس إليه.

وعلى الطبيب أن يتواضع مع المريض، وأن يحرص دائمًا ألا تتحول العلاقة بهدف كسب مادي أو تقرب اجتماعي، فيكون عَفَّ اللسان مع المريض، وإن كانت امرأة فعليه أن يراعي الآداب الشرعية في التعامل معها، بغض النظر، وستر بقية جسدها إلا محل الشكوي، وأن يستدعي حضور الممرضة أو زوج المريضة إذا هي وافقت، على أن يكون مبدأ حفظ الأسرار مبدأ مهمًا في أخلاق الطبيب.

سر المهنة

إن قضية سر المهنة الطبية تراث موغل في القدم، فكان الطبيب «أمنحوتب» في مصر القديمة يأخذ العهد والقسم على طلابه ألا يذيعوا للمريض سرًا، وجاء بعده

«أبقراط» اليوناني، حتى أشرقت على العالم شمس الإسلام عقيدة وشريعة؛ فدولة، فحضارة؛ فأمة الإسلام خير أمة أخرجت للناس، ويجب التدقيق بأن الإسلام لم يأمر الأطباء فقط بحفظ الأسرار، بل الأمة بأكملها؛ مما زاد استقرار حفظ الأسرار ثباتًا ورسوخًا؛ مصداقًا لقوله سبحانه وتعالى: ﴿أَيُحِبُّ أَحَدُكُمْ أَن يَأْكُلَ لَحْمَ أَخِيهِ مَيْتًا فَكَرِهْتُمُوهُ ۚ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۚ إِنَّ اللَّهَ تَوَّابٌ رَّحِيمٌ ﴿١٢﴾﴾ (سورة الحجرات: الآية 12)، وعلى الرغم من هذا فهناك بعض المسائل التي يواجهها الطبيب في أثناء عمله، من مثل:

- إذا ما حضر زوج إلى عيادة الطبيب لمعرفة أسباب عدم الإنجاب، وبعد الفحوص التي أُجريت تبين أن الزوج عقيم ولا يستطيع الإنجاب نهائيًا، ثم بعد فترة يعاود الزوج ويخبر الطبيب بأنه أنجب، فهل يجوز للطبيب أن يفشي سره أم يصمت؟!

- طيار حضر إلى الطبيب واعترف بإدمانه الشديد للخمر وطلب مساعدته، فهل يخطر الطبيب الجهات المسؤولة عن هذا الطيار إنقاذًا لمئات المسافرين على الطائرة التي يقودها؟ أم يُبقي الأمر سرًا؟ كيف يتصرف الطبيب؟

- شركات التأمين قبل اتخاذ قرارها بالموافقة أو الرفض ترسل طالب التأمين إلى طبيب، فإذا ما وجد الطبيب أن المريض مصابٌ بأكثر من علة، فهل يذكر ذلك لشركات التأمين، علمًا بأن هذا الإنسان يحتاج بشدة إلى التأمين لتغطية تكاليف العلاج؟

وأطباء الأمراض النفسية لهم حظ كبير حول سر المهنة وأمورهم تبدو محيرة وقد تكون متضاربة، فكثيرة هي الحالات التي تواجههم.

مثلاً: زوجة حضرت إلى الطبيب تشكو أمراضًا نفسية، وفي أثناء حديثها اعترفت بأنها حامل من زنى، وبعد الانتهاء من فحصها يدخل الزوج ليسأل عما تعانيه زوجته؛ فهل يخبره عما عرفه أم لا؟

فهذه الأمثلة وغيرها ستطفو على سطح الممارسات الطبية، والأمر هنا لا يخص الأطباء فقط، بل جميع العاملين في مجال الصحة من صيادلة وهيئة تمريضية، والعاملين في المختبرات والأشعة، وحتى المسؤولين عن دوسيهات (ملفات) المرضى. وهكذا سيعيش الطبيب في حيرة من أمره الفقهي والقانوني؛ ولذلك يحتاج الأمر إلى التعاون بين الجميع، حتى لا يقع أي منهم في المحظور.

كما أنه في بعض الأحيان تكون الأمور واضحة حسب الأسس العلمية من كتم الأسرار وعدم البوح بها، وهي تدور حول القواعد الفقهية الآتية:

- «لا ضرر ولا ضرار» (الضرر يُزال، والضرر الأصغر لا يُزال بالضرر الأكبر). (حديث شريف رواه ابن ماجة، والدار قطني).

- الأسرار أمانات وعلى من استودعها حفظها، التزامًا بما جاءت به الشريعة الإسلامية، ومصداقًا لقول رسولنا الكريم ـ صلى الله عليه وسلم ـ فعَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ عَنْ النَّبِيِّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ: «آيَةُ الْمُنَافِقِ ثَلَاثٌ: إِذَا حَدَّثَ كَذَبَ، وَإِذَا وَعَدَ أَخْلَفَ، وَإِذَا أُتُمِنَ خَانَ» (رواه البخاري ومسلم)، وزاد مسلم في رواية له: «وإن صام وصلَّى وزعم أنه مُسلِمٌ».

- إفشاء السر في الأصل محظور في الشرع والقانون والمهنة، وهو ركن ركين إذا انهدم (اختل) العمل المهني الطبي.

- يستثنى من إفشاء السر حالات يؤدي فيها كتمانه إلى ضرر يفوق إفشاءه لصاحبه أو يكون الإفشاء فيه مصلحة ترجح على مضره.

- هناك حالات يجب فيها إفشاء السر؛ لما فيه من وقوع الضرر العام بتحمل الضرر الخاص، وذلك في الحالات الآتية:

  ـ درء مفسدة عن المجتمع.

  ـ درء مفسدة عن الفرد.

- هناك حالات يجوز فيها إفشاء السر لما فيه من:

ـ جلب مصلحة عامة للمجتمع.

ـ درء مفسدة عامة، وهذه يُراعى فيها مقاصد الشريعة الإسلامية.

ـ رضا صاحب السر.

ـ الاستثناء بشأن مَوَاطِنِ وجوب الإفشاء، أو جوازه ينبغي أن ينص عليها في قانون مزاولة المهنة على سبيل الحصر وليس المثال.

إن المعلومات المتعلقة بشؤون المريض لها طابع سري كسائر الشؤون الشخصية لأي إنسان، ولا يجوز البوح بها إلا بمبرر شرعي.

أما حدود السرية فيما يتعلق بالفرد أو بالدولة أو بأي طرف ثالث، فإن الحدود العامة للسرية هي درجة الإضرار بالجهة الأخرى، فإذا كان كتم هذه المعلومات يَضُر بشخص، أو يَضُر بالدولة، أو يَضُر بأي طرف ثالث، يجب دفع الضرر بإفشاء هذه الأسرار، إلا إذا كان في إفشائها ضررٌ على صاحبها، ففي هذه الحالة لا بد من الموازنة والتي يلاحظ فيها درجة الأهمية، ويُقَدَّم الأهم على المهم، ففي مقامنا يجب دفع أكبر الضررين.

وبالنسبة للسؤال عَمَّا إذا كان يُباح للطبيب أن يخبر أي طرف ثالث بنوايا أحد المرضى للقتل؟

نقول إذا كان الطبيب متأكدًا من هذه النوايا فيجب عليه أن يخبر السلطة ذات العلاقة في الدولة والمجتمع (القضاء، قوى الأمن)، فإذا تعذَّر ذلك كان عليه أن يخبر الطرف المستهدف، لأجل أن يحذر ويحترس، علمًا بأن المريض لا يتحمل أي مسؤولية بسبب حالته العقلية، ولكن يجب مساعدة الطرف المستهدف على التجنب والوقاية.

الطبيب المسلم يتحمل من المسؤولية العامة ما يمكنه من محاولة الإصلاح والإرشاد والوقاية لتفادي الضرر قبل وقوعه، وعدم استخدام الاستنتاجات الجزافية لإفشاء سر المهنة قدر الإمكان [18].

هل يباح للطبيب أو المعالج أن يخبر السلطات المختصة بإمكانية إلحاق المريض للضرر بغيره؟ نقول نعم يباح له، وقد يجب عليه.

وفي جميع الأحوال، إذا أمكن للمعالج أو الطبيب أن يحمل المستهدف بالقتل، أو بالضرر على التوقي (الوقاية والحماية لنفسه) من دون الإفشاء بالسر بصورة كاملة، فيجب عليه ذلك. وإذا لم يمكن ذلك وتوقف توفير عنصر الحذر عند المستهدف بالبوح الكامل، فيجب عليه البوح الكامل.

مسؤوليات الأسرة والمجتمع والدولة تجاه تقديم المعالجة للمريض

مسؤولية الأسرة

إن الفرد المسؤول عن المريض يسمى "ولي الأمر"، وعادة ما يكون الأب والأم هو وليهم القهري، (وكذلك الجد للأب)، وولايته كسائر الولايات تفرض عليه النظر في مصالح المولَّى عليهم، ولا يجوز له أن يقصر في رعاية هذه المصالح. وحين يقصر في القيام بمسؤولياته في رعاية مصالح القاصرين المولَّى عليهم، فإن ولايته تكون موضع إعادة النظر من قِبل الحاكم الشرعي (القاضي)، وقد تسقط ولايته على القاصرين.

فولي الأمر هو مسؤول عن طلب المعالجة أو عدم المعالجة، أي أنه يملك قرار المعالجة وعدم المعالجة، في حدود قدرته على نفقات العلاج، وعلى مستلزمات العلاج - إذا كانت تترتب عليه هذه النفقات -. أما إذا كانت المعالجة متاحة من المجتمع أو الدولة، ففي هذه الحالة فإن مقتضى ولايته تلزمه أن يتصدى لمعالجة المريض المولَّى عليه، ويُعَدُّ الامتناع عن المعالجة تقصيرًا في رعاية شؤون المريض، وهذا يسقط ولايته. ويجوز للسلطات ذات العلاقة في المجتمع وفي الدولة أن تتولى معالجة المريض من دون إذن رب الأسرة الولي، إذا امتنع عن التصدي لعلاجه.

مسؤولية المجتمع

يتبادر سؤال إلى أذهاننا، وهو: «ما مدى مسؤولية المجتمع عن توفير خدمات تعزيز الصحة النفسية، والوقاية من الأمراض النفسية، والتثقيف في مجال الصحة النفسية، وتوفير خدمات المعالجة والتأهيل ميسورة الكلفة؟».

هذا سؤال عن أمر يتعلق بالواجبات الكفائية على الرأي المشهور بين الفقهاء، وقد يكون من التكاليف العينية المتوجهة إلى الدولة أو إلى المجتمع بناء على رأينا نحن.

إن تقدير هذه المسؤولية عن القيام بهذا الواجب العيني على الدولة أو على المجتمع (الواجب الكفائي بناء على الرأي المشهور) يدور مدار توافر القدرة المناسبة، فثبوت هذا الوجوب خاضع لتوافر القدرة من جميع جهاتها (القدرة المالية، والسياسية، والتموينية، والخبروية)، وموازنة هذه الإمكانات بالنظر إلى حاجات أخرى للمجتمع، مثلا: إن الأموال اللازمة، أو الأمكنة اللازمة، أو الخبرات اللازمة لتوفير هذا العلاج، إذا كان تخصيص الإمكانات المالية وغيرها لهذه المعالجة لا تضر بحاجات أخرى أكثر إلحاحًا للمجتمع، وفي هذه الحالة يجب على الدولة والمجتمع توفيرها، وتسقط هذه المسؤولية إذا كان تخصيص الإمكانات يؤدي إلى تقصير في رعاية أمور وحالات أكثر أهمية للمجتمع.

مسؤولية الدولة

رسم السياسات، وإصدار التشريعات، هي مسؤولية الدولة، وتكون محكومة بالاعتبارات السابق ذكرها بالنسبة لمسؤولية المجتمع.

أحكام تعلُّم الطب

من المعروف والمسلَّم به أن مهنة الطب من أشرف المهن كما قال الإمام الشافعي (رحمه الله): «لاَ أَعْلَمُ عِلْماً بَعْدَ الحَلاَلِ وَالحَرَامِ أَنْبَلَ مِنَ الطِّبِّ إِلاّ أَنّ أَهْلَ الكِتَابِ قَدْ غَلَبُوْنَا عَلَيْهِ»[19]، ويتطلب ذلك تهيئة فريق من أبناء الأمة الإسلامية لدراسة علوم الطب، فالطب من العلوم والمهن المهمّة التي تمس الإنسان مباشرة، فعلى الطبيب أن يبذل الجهد في التدريب لزيادة كفاءته العلمية والمهنية تحت رعاية من سبقوه؛ ليستفيد من علمهم وخبراتهم ويمد يد العون والتعليم لطلابه، ومن هم أدنى منه.

شروط الحصول على الموافقة بمزاولة أو ممارسة مهنة الطب:

- الحصول على شهادة من إحدى كليات الطب المعترف بها.
- أن يمضي الطالب سنة تدريبية بعد تخرُّجه (سنة الامتياز).
- أن يُقسم القسم الإسلامي (قسم الطبيب) الذي ذكرناه سابقًا أمام الجهة المهنية التابع لها.
- التسجيل في وزارة الصحة للبدء في مزاولة أعمال المهنة.
- يتقدم الطب بصورة سريعة؛ فعلى الطبيب أن يسعى إلى تطوير معارفه بالحصول على تخصص دقيق يستطيع أن يساير التطور السريع للطب.
- أن يلتزم بالقواعد والأسس الحاكمة لممارسة المهنة، وأن يحصل على الإذن من المسؤولين لمزاولة المهنة.

تقوى الله والإحسان إلى المريض	عدم الأذية والإضرار بالمريض
الاستقلالية (احترام قرار المريض)	العدالة والمساواة (الإنصاف في توزيع الموارد)

ركائز أخلاقيات الطب.

نظام الحسبة

أسس علماء المسلمين نظام الحسبة، والذي اختص فى مجال الطب بامتحان المرشحين لمزاولة المهنة والاطلاع على خلفياتهم العلمية والدراسات التي نالوها، ولم يقتصر عملهم على ذلك فقط، بل امتد ليشمل أماكن تحضير وصرف الدواء، وكانت عمليات الحسبة تقوم على أسس علمية للتعرّف على تاريخ تحضير الدواء، ومدى صلاحيته، والكشف على النباتات الطبية المخزنة لفحصها؛ للاطمئنان على أنها لم يصيبها العفن أو حدث لها تغيير في الرائحة أو الطعم.

وأول من قام بتأسيس علم الحسبة هو عمر بن الخطاب «رضي الله عنه» الذي عَيَّن «الشفاء بنت عبد الله» للقيام بأعمال التفتيش على الأسواق، وفي سيرة «أبي بكر الرازي» أنه فقد بصره في أيامه الأخيرة من عمره، وأحضروا له كحَّالاً لعلاجه، فسأله الرازي عن طبقات العين فلم ينجح في الإجابة، فقال: «خيرٌ لي أن أفقد بصري دون علاج، بدلًا من أن أُسلم نفسي لأمثال هؤلاء الجهلاء»[20].

ولقد كان «هبة الله بن التلميذ» عميدًا للطب ببغداد، ويتولى امتحان الأطباء، وهذا ما يتم العمل به في الوقت الحاضر من تعيين مفتشين في كل مجالات الطب والصيدلة للتقييم، والتعرُّف على مدى صلاحية الأطباء والصيادلة والممرضات وغير ذلك[21].

أحكام تعلم الطب وتشمل الموضوعات الآتية:

ـ الفحص العملي أو العَيَاني للمريض للتعلُّم:

من الأسس المهمّة في تعليم الطب بجانب الدراسة النظرية التي يجب على دارس الطب مطابقتها بالجانب العملي، ويستدعي ذلك لمس أو جس الطالب لجسم المريض وليس عليه حرج، ولكن عند لمس جسم المرأة فيجب عليه الالتزام بالآتي:

- ألا يتجاوز المكان المحدد له.
- ضبط النفس وألا تنازعه نفسه بما لا يجب أن يحدث.
- إذا كان الفحص يشمل الكشف على العورة فعليه باتباع الآتي:
- إذا كان الفحص سريريًا أو تدريبيًا أو لأخذ عينة أو صور للأشعة إلى غير ذلك، فيجب أن يعرف أن جسم المرأة كله عورة عدا الوجه والكفين. أما في الرجل فالعورة ما بين السرة إلى الركبة، كل هذا يقع تحت القاعدة الفقهية «الضرورات تُبيح المحظورات»، والضرورات هنا تتمثل في تأهيل طالب الطب إلى الحياة العملية التي تحتاج إلى الخروج عن المألوف في العلاقات الإنسانية العادية.

ـ التعلم عن طريق الأفلام والصور التعليمية والمجسمات الصناعية:

أمام النقص الشديد في جثث الموتى التي كانت الأساس في تعليم طلبة الطب لتأهيلهم للحياة العملية، حيث اتجهت الهيئات التعليمية إلى التغلب على هذه المشكلة بإيجاد وسائل أخرى سهلة وميسرة مثل: الأفلام والصور للشرح، وتوضيح الجانب النظري، وكذلك المجسمات الصناعية التي يمكن أن تُستخدم في كثير من الأحوال لتطابق الجزء النظري مع العملي، والتعرّف على كثير من الأمور النظرية الداخلية في جسم الإنسان والتي يصعب أن يراها على الطبيعة.

ولكن جميع هذه الوسائل لا تغني عن الفحص العملي للإنسان (باللمس، والنظر، والمشاهدة، وغير ذلك)، وجميعها تحت القاعدة الفقهية «الضرورات تبيح المحظورات».

ـ الخلوة بالمرأة في أثناء الفحص أو المعالجة:

أحكام الخلوة عامة لا إعفاء من مراعاتها إلا في الحالات الطارئة النادرة، كما لو كانت المرأة مسافرة مع زوج أو محرم ثم فارقها بالموت.

والخلوة الممنوعة هي الانفراد بالمرأة من رجل ليس زوجًا ولا مَحْرَمًا، أما انفراد الرجلين بالمرأة، أو انفراد رجل بامرأتين فليس خلوة عند بعض الفقهاء ـ إذا كان الغرض ليس سيئًا ـ، ولا شك أن الخلوة عند بعض الفقهاء على ما صرح به الإمام "أحمد" وغيره لا تتحقق إلا في بيت أو نحوه؛ مما يؤمن معه دخول ثالث إلا بإذنهما، فإذا ما كان من الأماكن المتاح دخولها لعامة الناس، أو لصنف كالأطباء والممرضين، والممرضات مثلًا فلا تتحقق الخلوة [22].

ـ استطباب غير المسلمين:

الطب مهنة خطيرة، فإذا لم يتم في جو من الأمن والأمان والاطمئنان كانت ذريعة لإلحاق الأذى بالخصوم، كما أن لذلك أثرًا نفسيًا في شعور المريض نفسه[23].

ومن هذا المنطلق ومما كان يقع من بعض غير بلاد المسلمين من مكائد أو غشٍّ فقد ذهب بعض الفقهاء إلى كراهية استطباب غير المسلم إلا للضرورة، ويعارض «ابن تيمية» في القول بالكراهة قائلا: إذا كان اليهودي، أو النصراني خبيرًا بالطب، ثقة عند بعض الناس جاز أن يستطب به، وكان رسول الله يستطب «الحارث بن كلدة»، وكان كافرًا، والنتيجة يستحب أن يكون الطبيب مسلمًا، فإن لم يتوافر فأي عقيدة أخرى تمشيًا مع قاعدة «الضرورات تبيح المحظورات»، كما أكدوا على التثبت بما وصفه من الأدوية المركبة لِئلا يكون فيها مُحرم، كما قالوا: بأنه لو أشار عليه بالنظر في الصوم أو الصلاة جالسًا، لا يرجع إلى قوله، لأنه غير متعمق بالدين فلا يقبل [24].

الفصل الثاني

أحكام فقهية تتعلق ببعض قضايا الصحة العامة

إن حفظ النوع الإنساني على الوجه الأكمل لا يكون إلا بالزواج الشرعي؛ لأن العلاقة بين الرجل والمرأة خارج إطار الزواج إذا انتجت نسلًا أنتجته نسلًا ضعيفًا غير صالح للعيش داخل المجتمع ومن ثَمَّ فساد المجتمع.

تنظيم النسل

إن الأسرة الصالحة المكونة من أب وأم وأطفال سويين هي لبنة بناء المجتمع، فقد خلق الإنسان يَعْمُرَ الحياة؛ ولذا كان حفظ النسل ضرورة من ضرورات الحياة، ويكون ذلك بالتأكيد على توفير العناية الجيدة بالأطفال والمحافظة على صحة الأم، وتنظيم النسل هو ممارسة تنظيم الوقت المناسب لإنجاب الأطفال وعددهم باستخدام وسائل متعددة، والهدف منه هو تحسين صحة الأسرة والمجتمع من خلال التخطيط الواعي للإنجاب، وتنقسم طرق تنظيم النسل إلى خمس طرق:

1. **الطرق الهرمونية، وتعتمد على منع حدوث التبويض (خروج البويضة وإحداثها تغيرات في بطانة الرحم)، وهي الأكثر شيوعًا وتتم باستخدام:**

- الأقراص المكونة من هرموني البروجيسترون والإستروجين.
- أقراص الإستروجين.
- الحلقة المانعة.
- الحقن.

- لصقة تحت الجلد.
- الزرع تحت الجلد (الغرسة).
- اللولب الهرموني بأحجامه المختلفة.

2. **الطرق الطبيعية، وتعتمد على منع التخصيب (منع لقاء البويضة بالحيوانات المنوية):**
   - استخدام الدش المهبلي قبل الجماع.
   - الامتناع عن الجماع في أوقات التبويض.
   - العزل.
3. **الوسائل العازلة لمنع الحمل باستخدام طرف ثالث**
   - العازل الذكري.
   - العازل الأنثوي.
   - الإسفنجة: وهي عبارة عن إسفنجة طبية توضع في المهبل وتغطي عنق الرحم.
   - مبيد النطاف (الحيوانات المنوية) لقتل الحيوانات المنوية.
   - اللولب النحاسي (من أكثر الطرق استخدامًا).
4. **استخدام أقراص جوسيبول (للرجال)**، وهي مادة فعّالة مستخلصة من بذر القطن، تأثيرها أنها تبطئ حركة الحيوانات المنوية، فلا تستطيع الوصول إلى البويضات، ولا تؤثر في الصحة الجنسية أو الرغبة عند الرجل، وعندما يتوقف استخدامها تعود الحيوانات المنوية إلى كفاءتها السابقة إلا أن الدراسات على أعداد كبيرة أثبتت أن لها مضاعفات على الكبد والكلى فلم يتم إدراجها للاستعمال حتى الآن.
5. **موانع الحمل الدائمة**؛ وتشمل: تعقيم الرجل أو المرأة، وهي وسيلة جراحية أخطر من الوسائل السابقة؛ إذ إنها تؤدي إلى العقم الدائم في الرجل والمرأة، وغالبًا ما تفشل محاولة عملية استرجاع الخصوبة إلى ما كانت عليه؛ ولذلك لا

ينصح أحد بالإقدام على هذه الطريقة إلا في حالة الضرورة القصوى مثل الحالة الصحية للزوجة التي لا تسمح بالحمل.

أما مصطلح منع الحمل فقد رفضه الفقهاء جميعًا؛ لأنه مخالف لمقاصد الشريعة الإسلامية الخمسة التي منها حفظ النسل، كما أنها مخالفة لدعوة الرسول صلى الله عليه وسلم بالتكاثر، فعن معقل بن يسار ـ رضي الله عنه ـ قال: «جاء رجلٌ إلى رسولِ اللهِ صلَّى اللهُ عليه وسلَّم ـ فقال: إني أصَبْتُ «أي: صادفت» امرأةً ذاتَ حَسَبٍ وجمالٍ، وإنَّها لا تلِدُ، أفأتزوَّجُها؟ قال: لا، ثمَّ أتاه الثَّانيةَ فنهاه، ثمَّ أتاه الثَّالثةَ فنهاه فقال: تزوَّجوا الوَدودَ الوَلودَ فإنِّي مُكاثِرٌ بكم الأمم». (أخرجه أبو داود، والنسائي).

فإذا كان ذلك خشية إملاق (فقر) فالله سبحانه وتعالى هو الرزاق الكريم مصداقًا لقوله: ﴿وَلَا تَقْتُلُوٓاْ أَوْلَٰدَكُمْ خَشْيَةَ إِمْلَٰقٍ نَّحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ﴾ (سورة الإسراء: الآية 31)، وفي آية أخرى ﴿نَّحْنُ نَرْزُقُكُمْ وَإِيَّاهُمْ﴾ (سورة الأنعام: الآية 151)، وفي آية أخرى ﴿قَدْ خَسِرَ ٱلَّذِينَ قَتَلُوٓاْ أَوْلَٰدَهُمْ سَفَهًۢا بِغَيْرِ عِلْمٍ﴾ (سورة الأنعام: الآية 140).

وعندما سُئل رسول الله صلى الله عليه وسلم عن العزل قال: «ذلكَ الوأدُ الخفيُّ». (رواه مسلم) والوأد الخفي مكروه شرعًا، ويصل إلى التحريم إذا كان القصد منه مخافة الفقر.

وقد وافق علماء الشريعة الإسلامية على رفض مصطلح تحديد النسل أو منع النسل إلى مصطلح يتماشى مع الفطرة الإنسانية وروح الشريعة الإسلامية، وهو«تنظيم النسل». وقد أفتى كل من هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية، ومجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي، ومجمع الفقه الإسلامي الدولي، وفتوى هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية بما نصه: «إن المجلس يقرر بأنه لا يجوز تحديد النسل مطلقًا، ولا يجوز منع الحمل إذا كان القصد من ذلك الإملاق (فقر)، أما إذا كان لضرورة طبية ومحققة أو تأخيره لفترة ما لمصلحة يراها الزوجان فإنه لا مانع إذن من منع الحمل أو تأخيره»، وهناك رأي بجوازه تنظيمًا للنسل، وليس تحديدًا له أو منعًا.

وسائل منع الحمل الشائعة.

قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 36 (1/5)

إن مجلس المجمع الفقه الإسلامي، والمنعقد بدورته الخامسة بدولة الكويت من 1 - 10 ديسمبر (كانون الأول) 1988م، وبعد اطلاعه على البحوث المقدمة من الأعضاء والخبراء في موضوع تنظيم النسل، واستماعه للمناقشات التي دارت حوله، وبناء على أن من مقاصد الزواج في الشريعة الإسلامية الإنجاب والحفاظ على النوع الإسلامي، وأنه لا يجوز إهدار هذا المقصد، لأن إهداره يتنافى مع نصوص الشريعة الإسلامية وتوجيهاتها الداعية إلى تكثير النسل والحفاظ عليه والعناية به باعتبار حفظ النسل أحد المقاصد الخمسة التي جاءت الشرائع للتأكيد عليها والحرص على رعايتها.

قرر ما يأتي:

- **أولاً** ـ لا يجوز إصدار قانون عام يحد من حرية الزوجين في الإنجاب.
- **ثانيًا** ـ يَحْرُمُ استئصال القدرة على الإنجاب في الرجل والمرأة وهو ما يُعرف بالتعقيم ما لم تدعُ إلى ذلك الضرورة بمعاييرها الشرعية.
- **ثالثًا** ـ يجوز التحكم المؤقت في الإنجاب بقصد المباعدة بين فترات الحمل أو إيقافه لمدة معينة من الزمان إذا دعت إليه حاجة، ويعتبر مشروعًا بحسب تقدير الزوجين بعد التشاور والتراضي بينهما، ويُشترط ألا يترتب على ذلك ضرر، وأن تكون الوسيلة مشروعة، وألا يكون فيها عدوان على حمل قائم.

الإجهاض

قبل الحديث عن الإجهاض يجب ذكر بعض المعلومات عن مراحل تكوين الجنين، وتشمل:

ـ **النطفة**، وقد ذكرت في القرآن الكريم: ﴿أَلَمْ يَكُ نُطْفَةً مِّن مَّنِيٍّ يُمْنَىٰ ﴿٣٧﴾﴾ (سورة القيامة: الآية 37) وهذه نطفة الرجل، أما نطفة المرأة ففي قوله تعالى: ﴿إِنَّا خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ مِن نُّطْفَةٍ أَمْشَاجٍ نَّبْتَلِيهِ فَجَعَلْنَٰهُ سَمِيعًۢا بَصِيرًا ﴿٢﴾﴾ (سورة الإنسان: الآية 2).

ـ **الأمشاج**، وتسمى اللقيحة ـ الزيجوت ـ وتنتج من اختلاط نطفة الرجل (المني) بنطفة المرأة (البويضة).

ـ **العَلَقَة**، وهي المرحلة التي تلتصق فيها النطفة المخصبة (كتلة من الخلايا المنقسمة) وتنغرس في الرحم، وتستمر في التغذية والنمو حتى تصل إلى مرحلة المضغة.

ـ **المُضْغَة**، هي الجنين، وتكون عبارة عن قطعة صغيرة من اللحم وتبدو وكأنها مُضغتْ وهي المرحلة التي تتشكل فيها الكتل البدنية الأولى والتي تمثل الأساس لتكوين الأعضاء والأنسجة. وذلك فاليوم الحادي والعشرين من بدء الحمل حتى يكتمل نموها وتستمر في التغذية، والنمو، والتخلُّق، وتمايز الخلايا حتى المرحلة التي بعدها.[25]

- **تكوين العظام واللحم (كساء العظام باللحم والعضلات)**، يقول سبحانه وتعالى: ﴿فَخَلَقْنَا ٱلْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا ٱلْمُضْغَةَ عِظَٰمًا فَكَسَوْنَا ٱلْعِظَٰمَ لَحْمًا﴾ (سورة المؤمنون، الآية: 14) ويبدأ في هذه المرحلة تكوين الجنين وتطوره في الجانب البدني المادي. وهناك تطور آخر أسبق من المراحل السابقة كلها، وهو خلق أبينا آدم عليه السلام من التراب والطين، وقد تحدَّث عنه القرآن الكريم ويختلف فيه الإنسان عن غيره في قوله سبحانه: ﴿وَلَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ مِن سُلَٰلَةٍ مِّن طِينٍ﴾ (سورة المؤمنون: الآية 12)

- **نفخ الروح في الجنين**، حيث يتحول فيها الجنين من قطعة دم جامدة إلى كائن حي، ويُستدل على ذلك بقوله سبحانه وتعالى: ﴿ثُمَّ سَوَّىٰهُ وَنَفَخَ فِيهِ مِن رُّوحِهِۦ وَجَعَلَ لَكُمُ ٱلسَّمْعَ وَٱلْأَبْصَٰرَ وَٱلْأَفْـِٔدَةَ ۚ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ﴾ (سورة السجدة: الآية 9) وبقوله سبحانه وتعالى: ﴿ثُمَّ أَنشَأْنَٰهُ خَلْقًا ءَاخَرَ ۚ﴾ (سورة المؤمنون: الآية 14) وهنا حدث الخلاف، هل نفخ الروح بعد 40 يومًا، أم بعد 120 يومًا؟ وذلك في حديث الأربعينيات.

الأسس التي تبنى عليها أحكام الإجهاض

الأساس الأول

لا تُعد النطفة ذات حياة حتى تنغرس في خلايا عليها الرحم ثم تبدأ في التطور إلى مرحلة العلقة، فلا عبرة لها شرعًا؛ لاعتبارها حياة نباتية.

الأساس الثاني

لا يجوز العدوان بإجهاض ولا بغيره مع الحياة الإنسانية؛ استنادًا إلى النصوص الشرعية التي تكرم الإنسان، مثل قوله تعالى: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِىٓ ءَادَمَ وَحَمَلْنَٰهُمْ فِى ٱلْبَرِّ وَٱلْبَحْرِ وَرَزَقْنَٰهُم مِّنَ ٱلطَّيِّبَٰتِ وَفَضَّلْنَٰهُمْ عَلَىٰ كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا﴾ (سورة الإسراء: الآية 70).

الأساس الثالث

ملاحظة الحقوق الثلاثة: حق الجنين وحق الوالدين وحق المجتمع، وضرورة التناسق في مراعاة هذه الحقوق والتوازن إن اضطررنا للتعدي على أحدها.

الأساس الرابع

ويتمثل فيما ذكر من أحاديث نبوية صحيحة تشير إلى خلق الجنين ومراحل تطوره وتمايز هذه المراحل، ونذكر من تلك الأحاديث حديث الأربعينيات الآتي:

الحديث النبوي الوارد في مراحل خلق الجنين

حديث الأربعينيات: عَنْ أبي عبد الرحمن عَبْدِ اللهِ بنِ مَسْعُوْدْ رَضِيَ اللهُ عَنْهُ قَالَ: حَدَّثَنَا رَسولُ اللَّهِ صَلَّى اللهُ عليه وسلَّمَ وَهُوَ الصَّادِقُ المَصْدُوْقُ: "إِنَّ أَحَدَكُمْ يُجْمَعُ خَلْقُهُ فِيْ بَطْنِ أُمِّه أَرْبَعِيْنَ يَوْمَاً، ثُمَّ يَكُوْنُ عَلَقَةً مِثْلَ ذَلِكَ، ثُمَّ يَكُوْنُ مُضْغَةً مِثْلَ ذَلِكَ، ثُمَّ يُرْسَلُ اللَّهُ إِلَيْهِ المَلَكُ، فَيَنفُخُ فِيْهِ الرُّوْحَ، وَيُؤْمَرُ بِأَرْبَعِ كَلِمَاتٍ: بِكَتْبِ رِزْقِه وَأَجَلِهِ وَعَمَلِه وَشَقِيٌّ أَوْ سَعِيْدٌ. فَوَاللهِ الَّذِي لاَ إِلَهَ غَيْرُهُ إِنَّ أَحَدَكُمْ لَيَعْمَلُ بِعَمَلِ أَهْلِ الجَنَّةِ حَتَّى مَا يَكُوْنُ بَيْنَهُ وَبَيْنَهَا إلا ذِرَاعٌ فَيَسْبِقُ عَلَيْهِ الكِتَابُ فَيَعْمَلُ بِعَمَلِ أَهْلِ النَّارِ فَيَدْخُلُهَا، وَإِنَّ أَحَدَكُمْ لَيَعْمَلُ بِعَمَلِ أَهْلِ النَّارِ حَتَّى مَا يَكُونُ بَيْنَهُ وَبَيْنَهَا إلا ذِرَاعٌ، فَيَسْبِقُ عَلَيْهِ الكِتَابُ فَيَعْمَلُ بِعَمَلِ أَهْلِ الجَنَّةِ فَيَدْخُلُهَا». (رواه البخاري، ومسلم). وهذا الحديث فيه تحديد لمراحل خلق الإنسان وإن لم يشر إلى خصائص كل مرحلة، ويمكن الاستفادة منه لأمرين:

الأول: كتابة قدر الإنسان، ورزقه، وصفاته الإنسانية.

الثاني: نفخ الروح.

ويدل الحديث على أن كلاً من هذين الأمرين يكون بعد انقضاء أول مائة وعشرين يومًا من حياة الجنين، ومن ثَمَّ يمكن أن نستنتج من هذا الحديث أن هناك نوعين من الحياة:

الأولى: حياة مطلقة يمكن أن تشبه الحياة النباتية وبعضهم سماها حياة خلوية.

الثانية: حياة إنسانية من خصائصها الإرادة والإدراك وهي بعد نفخ الروح.[26]

وهناك حديث برواية أخرى استنتج منه بعض العلماء أنَّ نفخ الروح يتم بعد (45) يومًا،[27] وقد احتل تفسير الأحاديث التي وردت حول هذا الموضوع جدلًا بين الفقهاء.[28]

الاعتداء على الجنين قبل نفخ الروح

قد يظن بعض الناس أن إسقاط أو إجهاض الجنين قبل نفخ الروح أمر مباح شرعًا؛ على اعتبار أنه يمر بحياة نباتية أو خلوية، إلا أن الأمر غير ذلك، فهل أذن الله لنا بالاعتداء على الجنين قبل مرحلة نفخ الروح من دون أسباب طبية معتبرة؟ [29]. [30]

وإذا عدنا إلى النصوص وجدنا أن رسول الله صلى الله عليه وسلم حكم على من أسقط الجنين بنوع من الاعتداء «بدية» ومقدار هذه الدية «غُرَّةُ عَبْدٍ أو أَمَة»، ولا يجب أن يتم الإجهاض في فترة ما قبل نفخ الروح إلا بعد التأكد من أن استمرار الحمل سيؤدي بالضرر على الأم، على أن يوافق على ذلك طبيبان مسلمان أو ممن ترضون دينهم ـ بشرط أن يكونا مختصين في أمراض النساء ومشهودًا لهما بالأمانة والكفاءة [31].

تعريف الإجهاض عند الفقهاء

هو إلقاء المرأة جنينها ميتًا سواء تم خلقه أم لم يتم، نفخت فيه الروح أو لم تُنفخ، سواءٌ أكان الإلقاء بفعل فاعل أو تم تلقائيًا[32]. وبعض الفقهاء يستخدم لفظ الإسقاط بالمعنى نفسه[33].

تعريف الإجهاض عند الأطباء

على الرغم من الخلاف حول تعريف الأطباء للإجهاض، غير أن معظم المراجع الطبية تميل إلى أنه: «خروج الجنين ومحتويات الحمل قبل الأسبوع العشرين من فترة الحمل، أو أن يكون وزنه أقل من 500 جرامًا» [34]. وهذا التعريف خاص بالإجهاض التلقائي ويُقسم الإجهاض إلى ثلاثة أنواع.

أنواع الإجهاض

النوع الأول: الإجهاض التلقائي: حيث يتم إلقاء محتويات الحمل خارج الرحم تلقائيًا.

النوع الثاني: الإجهاض الجنائي: حيث يكون لأسباب اجتماعية كخوف الفقر وعدم الرغبة في كثرة الأولاد، ويدخل في ذلك الإجهاض لدوافع أخلاقية مثل: دفع الفضيحة عند الحمل[35]، [36].

النوع الثالث: الإجهاض العلاجي: وقد يسمى الإجهاض الضروري أو الاضطراري، حيث يتم تحت إشراف طبي، وغرضه علاجي بالأم أو بالجنين أو بهما معًا.

المسائل الفقهية المتعلقة بأحكام الإجهاض

وقع خلاف واضح بين الأطباء والفقهاء:

فالأطباء يرون: أن الحياة الإنسانية لها قدسيتها في جميع مراحلها، فبعد تلقيح البويضة تبدأ بذرة الحياة الإنسانية، وإهدارها هدم لكل المبادئ الإنسانية/ فإذا تركناها ستنمو في المراحل المختلفة لتُخرِج لنا إنسانًا ـ فالاعتداء عليه يُعَدُّ اعتداء على الإنسان ـ حيث تتعاظم العقوبة على كل مرحلة من المراحل.

أما الفقهاء: فبعضهم وافق على ما ذهب إليه الأطباء، وبعضُهم الآخر، وهم الأكثرية الذين يَرَوْنَ أنَّ النطفة لا تُعَدُّ ذات حياة محترمة حتى ينغلق عليها الرحم ثم تتطور إلى مرحلة العلقة؛ فلا عبرة شرعًا بالحياة النباتية قبلها.

مع ملاحظة الحقوق الثلاثة، وهي: حق الجنين، وحق الوالدين، وحق المجتمع، وضرورة التنسيق في مراعاة هذه الحقوق والتوازن حتى لا يتم الاعتداء على أحدها.

هذا، وقد بنى الفقهاء في آرائهم على حديث الأربعينيات والتي اختلفت في تفسير وقت النفخ في الروح فمنهم من اعتبرها (40) يومًا، ومنهم من اعتبرها بعد (120) يومًا، والقول الراجح بعد (120) يومًا [37]، [38].

والحالة الوحيدة التي يجوز فيها الإجهاض بعد نفخ الروح هي المحافظة على حياة الأم، فالأم أصل معتبر، بينما الجنين فرع منها ويمكن التضحية بالفرع حماية للأصل[39].

الإجهاض قبل نفخ الروح

أما الإجهاض قبل (120) يومًا، أي: قبل نفخ الروح من بدء الحمل فقد اختلف الفقهاء في حكمه، ووصلت إلى خمسة اتجاهات، وتدور هذه الاتجاهات بين التحريم المطلق والكراهية، وأصدرت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية التوجيهات الآتية:

- حياة الجنين تبدأ منذ بداية الإخصاب، وأن حياته محترمة في أدوارها كافة، خاصة بعد نفخ الروح (مائة وعشرين يومًا)، ولا يجوز العدوان عليها بالإسقاط إلا للضرورة الطبية القصوى[40].
- تؤكد التوصية الصادرة من المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، وكذلك من المجامع الفقهية الإسلامية على ضرورة موافقة الأصل، ويكتب الأطباء تقريرًا يفيد بضرورة إجراء عملية الإجهاض.

مسألة إسقاط الجنين (رأي الإمام الغزالي)

للإمام الغزالي توجيه دقيق في إسقاط الجنين قبل نفخ الروح فيه والذي ينص على: «الإجهاض والوأد يقع لمخلوقين واحد في رحم أمه والآخر مولود، ويطلق عليه الوأد، فإن وقع ذلك فهو جناية وله مراتب وأول مراتب الوجود أن تقع النطفة في الرحم وتختلط بماء المرأة وتستعد لقبول الحياة، وإفساد ذلك جناية، فإن صارت علقة ومضغة كانت الجناية أكبر، وإذا نفخ فيه الروح واستوت الخلقة ازدادت الجناية تفحشًا ومنتهى التفاحش في الجناية بعد الانفصال حيًا»[41].

العقم

العقم هو عدم القدرة على الإنجاب بعد سنة واحدة من ممارسة الحياة الجنسية الطبيعية بصورة منتظمة دون استعمال أي موانع للحمل لكلا الزوجين.

العقم عند الرجال

يمكن أن يحدث العقم عند الرجال (Male infertility) بسبب ضعف إفراز الحيوانات المنوية، أو بسبب خلل في الحيوان المنوي، أو بسبب وجود انسدادات تمنع وصول الحيوانات المنوية. ويمكن أن تتسبب الأمراض والإصابات والمشكلات الصحية المزمنة وخيارات نمط الحياة وعوامل أخرى في حدوث العقم عند الرجال. وخصوبة الرجال هي عملية معقدة، ولكي يحدث الحمل يجب أن يحدث ما يأتي:

- إنتاج حيواناتٍ منوية سليمة. وهرمون التستوستيرون والهرمونات الأخرى لإحداث واستمرارية إنتاج الحيوانات المنوية.
- انتقال الحيوانات المنوية إلى السائل المنوي، فبمجرد أن تُنتَج الحيوانات المنوية في الخصيتين تنقلها الأنابيب إلى أن تختلط مع السائل المنوي، ولا بد من وجود كَمية كافية من الحيوانات المنوية في السائل المنوي (أكثر من 15 مليون من الحيوانات المنوية لكل ملي لتر من السائل المنوي).
- كما يجب أن تكون الحيوانات المنوية فعّالة وقادرة على الحركة.

الأسباب

يمكن أن تحدث مشكلات تؤثر في خصوبة الرجال بسبب عدد من المشكلات الصحية والعلاجات الطبية التي منها الآتي:

- **القيلة الدوالية (دوالي الخصية):** هي تورم في الأوردة التي تُصرِّف الدم من الخصية. وهي أحد أسباب عُقم الذكور الأكثر شيوعًا والقابلة للعلاج، وتؤدي القيلة الدوالية إلى تقليل كمية الحيوانات المنوية وجودتها.
- **العدوى:** يمكن أن تعوق بعض حالات العدوى إنتاج الحيوانات المنوية أو سلامتها، أو يمكن أن تؤدِّي إلى حدوث تندب يمنع مرور الحيوانات المنوية. ومن أمثلة هذه الحالات: التهاب البربخ أو الخصيتين، وبعض حالات العدوى المنقولة جنسيًا، بما في ذلك السَّيَلان أو فيروس نقص المناعة البشري (الإيدز).

- **مشكلات القذف:** يحدث القذف الراجع عندما يدخل السائل المنوي إلى المثانة بدلاً من الخروج من طرف القضيب. ويمكن أن تسبب الحالات الصحية المختلفة حالة القذف الراجع، بما في ذلك مرض السكري وإصابات العمود الفقري وتناول أدوية معينة وجراحة المثانة أو البروستاتة أو الإحليل (أنبوب تصريف البول).

- **الأجسام المضادة التي تهاجم الحيوانات المنوية:** والتي تخطئ في التعرُّف على الحيوانات المنوية على أنها أجسام غريبة وضارة، وتحاول القضاء عليها.

- **الأورام السرطانية:** يمكن أن تؤثر الأورام السرطانية والحميدة في الأعضاء التناسلية لدى الذكور من خلال الغدد التي تنتج الهرمونات المتعلقة بالإنجاب، مثل: الغدة النُّخامية، أو من خلال أسباب غير معروفة. في بعض الحالات، يمكن أن تؤثر الجراحة، أو الإشعاع، أو العلاج الكيميائي لمعالجة الأورام في خصوبة الرجال.

- **الخصيتان المعلَّقتان:** فقد يحدث في أثناء نمو الجنين، فشل لإحدى الخصيتين أو لهما معًا في النزول من البطن إلى الكيس الذي يحتوي عادةً على الخصيتين (كيس الصفن). وهنا ترتفع احتمالية نقص الخصوبة بين الرجال المصابين بهذه الحالة المرضية.

- **اختلال توازن الهرمونات:** يمكن أن ينتج العقم عن اضطرابات في الخصيتين أو عن خلل يصيب الأنظمة الهرمونية الأخرى، بما في ذلك غدة الوطاء والغدة النخامية والغدة الدرقية والغدة الكظرية. ويوجد عدد من الأسباب الكامنة المحتملة لانخفاض هرمون التستوستيرون (قصور الغدد التناسلية الذكرية) وغيره من المشكلات الهرمونية.

- **خلل في الأنابيب التي تنقل الحيوانات المنوية:** وقد تُسدُّ تلك الأنابيب نتيجة لأسباب أخرى، بما في ذلك إصابة غير مقصودة ناتجة عن جراحة أو إصابات سابقة بحالات عدوى، أو رضح أو أذية جسدية ناتجة عن حادث أو نمو غير طبيعي، مثل: التليف الكيسي، أو حالات وراثية مشابهة.

- **عيوب في الكروموسومات:** تسبب الاضطرابات الوراثية مثل: متلازمة كلاينفلتر ـ التي تؤدي إلى أن يُولَد الذكر بكروموسومين X وكروموسوم واحد Y (بدلاً من كروموسوم واحد X وكروموسوم واحد Y) ـ فيصبح نموهُ نموًا غير طبيعي في أعضاء الذكر التناسلية. وتتضمن المتلازمات الوراثية الأخرى المرتبطة بالعقم مثل: التليف الكيسي ومتلازمة كالمان.

- **ضعف الانتصاب:** أو القذف المبكر أو التشوهات التشريحية، مثل: وجود فتحة إحليلية أسفل القضيب (المبال التحتاني) أو مشكلات نفسية.

- **الداء البطني:** وهو أحد الاضطرابات الهضمية بسبب الحساسية من بروتين موجود في القمح يُسمى الجلوتين. وقد تسبب الحالة المرضية في عُقم الذكور. لكن، قد تتحسن الخصوبة بعد اتباع نظام غذائي خالٍ من الجلوتين.

- **تناوُل أدوية معينة:** قد يؤدي العلاج ببدائل التستوستيرون وتناول الستيرويد البنائي على المدى الطويل وأدوية السرطان (العلاج الكيميائي)، وبعض أدوية القرحة، وبعض أدوية التهاب المفاصل وبعض الأدوية الأخرى، إلى ضعف إنتاج الحيوانات المنوية، وقلة الخصوبة لدى الذكور.

- **الخضوع لجراحات سابقة:** ومنها: قطع القناة المنوية، والعمليات الجراحية المتعلقة بالصفن أو الخصية، والعمليات الجراحية الخاصة بالبروستاتة، والعمليات الجراحية الكبيرة في البطن التي تُجرى لسرطانات الخصية والمستقيم وغيرها.

- **المواد الكيميائية الصناعية:** قد يؤدي التَعرّض لفترات طويلة لبعض المواد الكيميائية والمبيدات الحشرية ومبيدات الأعشاب والمذيبات العضوية ومواد الطلاء إلى انخفاض عدد الحيوانات المنوية.

- **التعرّض للمعادن الثقيلة:** قد يتسبب التعرّض للرصاص، أو المعادن الثقيلة الأخرى في الإصابة بالعقم أيضًا.

- **التعرّض للإشعاع، أو الأشعة السينية:** يمكن أن يقلل التعرّض للإشعاع من إنتاج الحيوانات المنوية، على الرغم من أنه سيعود غالبًا إلى طبيعته في نهاية المطاف، فإنه يمكن أن يقل إنتاج الحيوانات المنوية بشكل دائم مع التعرّض المفرط للإشعاع.

- **ارتفاع درجة حرارة الخصيتين:** قد يضعف ارتفاع درجات الحرارة إنتاج الحيوانات المنوية ووظيفتها، كما قد يؤدي الجلوس لفترات طويلة أو ارتداء ملابس ضيقة أو العمل على الحاسوب لفترات طويلة من الوقت إلى زيادة درجة حرارة كيس الصفن، وقد يقلل من إنتاج الحيوانات المنوية بشكل طفيف. ولكن البحث ليس جازمًا في هذا الشأن.

- **تعاطي الكحول:** يمكن أن يؤدي شرب الكحول إلى خفض مستويات هرمون التستوستيرون، ويسبب ضعف الانتصاب، ويقلل من إنتاج الحيوانات المنوية. وقد تؤدي أمراض الكبد الناجمة عن الإفراط في شرب الخمر إلى مشكلات في الخصوبة أيضًا.

- **تدخين التبغ:** قد يكون لدى الرجال المدخنين عدد حيوانات منوية أقل من أولئك الذين لا يدخنون. كما يمكن أن يؤثر التدخين السلبي في خصوبة الرجال.

- **زيادة الوزن:** يمكن أن تتسبب السُّمْنَةَ في ضعف الخصوبة بعدة طرق، من بينها التأثير المباشر في الحيوانات المنوية نفسها، وكذلك عن طريق التسبُّب في تغييرات هرمونية تقلل من خصوبة الرجال.

الوقاية

لا يمكن دائمًا الوقاية من عقم الذكور. ومع ذلك، يمكنك محاولة تجنب بعض الأسباب المعروفة لعقم الذكور. ومنها على سبيل المثال:

- الامتناع عن التدخين.
- الامتناع عن شرب الكحول.

- الامتناع عن تعاطي المواد المخدرة.
- المحافظة على وزن صحي.
- تجنب الأشياء التي تؤدي إلى سخونة الخصيتين لفترة طويلة.
- التقليل من التوتر.
- تجنب التعرّض للمبيدات الحشرية، والمعادن الثقيلة وغيرها من السموم.

العقم عند المرأة

العقم عند المرأة (Female infertility). هو حالة من الاضطرابات تحدث لأسباب عديدة قد تكون معروفة أو مجهولة، حيث تنخفض خصوبة السيدات بشكل طبيعي بداية من سن (30) عامًا تقريبًا، عندما يحدث انخفاض في كمية ونوعية البويضات. وأظهرت الأبحاث أن سيدة من بين كل سبع سيدات تتراوح أعمارهن بين (30 و34) سيكون لديهن مشكلة في الحمل. وما بين (35 و39) عامًا تتغير النسبة إلى واحدة بين كل خمس سيدات، وحينما تصل السيدة إلى ما بين (40 و45) عامًا تصبح النسبة واحدة بين كل أربع سيدات.

العقم الأولي: هو العقم الذي يصيب المرأة منذ بداية حياتها الجنسية أو زواجها. والتي تعود أسبابه عادة لأمراض غدية أو هرمونية، أو لعدم نضوج الأعضاء التناسلية لأسباب تكوينية. وترتفع نسبة العقم الأولي في البلدان الباردة.

العقم الثانوي: هو العقم الذي يصيب المرأة بعد إنجاب طفل، أو طفلين، أو بعد إجراء عملية إجهاض لها. وينجم عن مضاعفات الولادة، أو الإجهاض وجميع الالتهابات التي قد تصيب الرحم وبخاصة في قناتي فالوب، حيث ترتفع نسبة العقم النسبي الثانوي في البلدان النامية.

الأسباب

توجد أسباب عديدة لحالات العقم لدى النساء، ولكن يجدر بالذكر أنه كلما زاد عمر المرأة قلت نسبة حدوث الحمل.

1. **أسباب مهبلية**، ومنها: انسداد المهبل، وكذلك في حالات ضيق المهبل الشديد، أو حدوث التهابات في جدار المهبل تمنع حدوث الجماع.

2. **أسباب تتعلق بعنق الرحم:** وتُقدر تقريبًا بنحو (5%) من حالات العقم عند المرأة، حيث يكون عنق الرحم هو الحاجز الأول الذي يجب على الحيوانات المنوية اجتيازه أو اختراق افرازاته للوصول إلى الرحم، وأي تغيُّر في طبيعة هذه الإفرازات العنقية أو المخاط العنقي قد يعوق دخول الحيوانات المنوية أو يمنعها أو حتى يقتلها، ويعود ذلك لوجود التهابات أو جراحات سابقة على عنق الرحم، أو بتأثير اضطرابات هرمونية، أو حتى تشوهات خِلْقية، وهي قليلة ونادرة، ومن أسبابه:

   - تثخن المادة المخاطية في عنق الرحم وسماكتها؛ مما يعوق وصول السائل المنوي إلى قناة فالوب ليتم التلقيح.
   - علاج عنق الرحم بالليزر أو بالكي الشديد. ويرتبط بذلك قلة المخاط في عنق الرحم، والذي يعوق مرور الحيوان المنوي، أو قد تكون المادة المخاطية في بعض الأحيان كثيفة إلى الدرجة التي تمنع مرور الحيوان المنوي.
   - وجود أجسام مضادة تعمل على قتل الحيوانات المنوية.
   - انسداد عنق الرحم؛ (وهذه حالات قليلة).

3. **أسباب تتعلق بالرحم:** وتشمل وجود أورام ليفية، أو زوائد لحمية، أو التصاقات نتيجة التهابات أو مداخلات جراحية سابقة، أو تشوهات خِلْقية، وهذا كله يعوق انغراس البويضة الملقحة في غشاء باطن الرحم لتنمو، ومنها:

- **التشوهات الخِلْقية:** وهي كثيرة وأغلبها يسبب الإجهاض، أو عدم القدرة على الحمل والإنجاب، ومن أهم هذه التشوهات وجود حاجز في تجويف الرحم (Septate uterus)، أو أن يكون الرحم ذا قرنين (Bicornuate uterus)، أو رحم ذو قرن إضافي (Rudimentary horn)، أو وجود تشوهات في قناتي فالوب.
- **التصاقات داخل الرحم، أو التهابات في الرحم، أو جرح ناتج عن استئصال ورم ليفي سابق:** حيث تكون الدورة الشهرية غير منتظمة في هذه الحالة وقليلة.
- **الأورام الليفية الحميدة:** وهي ورم في عضلة الرحم قد يسبب نتوء في فجوة الرحم حسب موقعه، وهو عادة لا يكون السبب الرئيسي الذي يتسبب في العقم إلا إذا أثر بشكل كبير على تجويف الرحم.
- **تيبس الرحم:** الذي يحدث بعد إصابة المرأة بمرض التهابات بطانة الرحم.
- **وجود زوائد لحمية:** هذه الزوائد تنمو في بطانة الرحم، وقد تكون صغيرة وهذه لا تسبب مشكلة في الحمل، أو تكون كبيرة أو زوائد لحمية متعدّدة يمكن أن تسبب الإجهاض، أو تؤثر في القدرة على الإنجاب، أو قد تسبب نزفًا شديدًا بين فترات الحيض (الدورة الشهرية).
- **تضخم الرحم الكلي (Adenomyosis):** وهي حالة يتضخم فيها الرحم وتشكو فيه السيدة ألمًا في أثناء الدورة الشهرية.

4. **قناتي فالوب:** يقدر الخلل بقناتي فالوب أو البوقين. بـ (30-40%) من أسباب العقم في المرأة. تُعَدُّ الأنابيب ذات وظيفة ناقلة للبويضة أولاً، حيث يتلقف الأنبوب البويضة من المبيض ويسهل انزلاقها داخله، ثم لتلتقي بالنطفة، ويتم التلقيح وتتابع البويضة الملقحة طريقها إلى الرحم. ويكون الخلل بوجود تشوه خِلْقي بغياب الأنبوب مثلًا أو وجود التهاب حوضي سابق أدى إلى حدوث التصاقات وانسدادات في الأنبوب كليًا، أو جزئيًا في طرف واحد أو طرفين، داخل أو خارج الأنبوب لتعوق سير البويضة الطبيعي، ومن ثم وصولها في الوقت المناسب إلى الرحم للانغراس والتطور والنمو.

الالتصاقات نتيجة العمل الجراحي لإحدى قناتي فالوب، وأسبابه تكون نتيجة:

- الحمل خارج الرحم.
- نتيجة جراحة لأعضاء الحوض المجاورة أو نتيجة التهابات في الأعضاء المجاورة مثل التهاب الزائدة الدودية.

5. **خلل وظيفي في المبيض (Ovulatory Dysfunction)**، وأسبابه: إما أن تكون نتيجة تكيسات على المبيض (متلازمة تكيس المبايض). أو فشل المبيض والذي قد يكون سببه العمر وبلوغ سن اليأس، أو قصور المبيض الأولي. وهو عبارة عن حدوث انقطاع في الدورة الشهرية لدى المرأة قبل سن اليأس، أو بسبب فيزيولوجي لعمل المبيض. مثل: نقص في إفراز الجسم الأصفر لهرمون البروجستيرون أو عدم حدوث التبويض، أو وجود خلل في عمل الغدة النخامية (نقص في إفراز هرمون موجهة الغدد التناسلية)، أو خلل في عمل الغدة تحت المهاد في المهاد.

6. **أسباب غير مفسرة:** حيث قد يكون الزوجان سليميْن بالفحص الطبي، ومع ذلك لا يحدث الحمل.

7. **أسباب نفسية:** إن التعب والإجهاد في العمل وتقلب حالات الطقس من العوامل التي تؤدي إلى عدم حدوث الحمل.

طرق معالجة العقم

إجراء عملية الإخصاب خارج الرحم (طفل أنابيب)

أي: الإخصاب في زجاجة، أو الإخصاب في أنبوب اختبار، ومن هنا جاءت التسمية لطفل الأنبوب. إن عملية الإخصاب خارج الرحم تعني: أخذ بويضة أو أكثر من المبيض وإخصابها خارج الجسم، ثم إعادة البويضة المخصبة (الجنين) إلى رحم الأم عن طريق عنق الرحم أو إلى قناتي فالوب.

التلقيح الصناعي وطفل الأنابيب

ويُقصد به تلقيح حيوان منوي من الزوج مع بويضة الزوجة، على أن يقوم بهذا العمل طبيب متخصص في أمراض النساء والولادة. وتُستخدم هذه الوسيلة في حالة وجود مشكلة تعوق حدوث الحمل بطريقة طبيعية عند الرجل أو المرأة أو كليهما (العقم)، وقد ظهرت هذه الطريقة في عام 1978م عندما تمت ولادة أول طفلة بهذا الأسلوب واسمها لويزا براون (Louise Brown).

مع العلم بأن نسبة نجاح عملية طفل الأنابيب حوالي (35%) من المرة الأولى للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين العشرينيات والثلاثينيات، وتزداد نسبة النجاح مع تكرار العملية فتصل إلى (55%) ذلك إلى جانب وجود كثير من العوامل المؤثرة في نسبة النجاح مثل: صحة الزوجين.

- **الطريقة الأولى: الإخصاب داخل رحم الزوجة**، ويسمى "الإخصاب الصناعي"، أو "الإخصاب في المختبر" في هذه الحالة تؤخذ الحيوانات المنوية من الزوج، ويتم إدخالها إلى رحم الزوجة [42].
- **الطريقة الثانية: الإخصاب خارج رحم الزوجة**، وتسمى التلقيح المجهري أو طفل الأنابيب، حيث يتم تلقيح الحيوان المنوي للزوج مع بويضة الزوجة خارج الرحم وبوضعهما في طبق خاص يحتوى على سوائل خاصة للمساعدة على التخصيب، ثم تنقل هذه اللقيحة إلى رحم الزوجة.

وتُستخدم هذه الطريقة في الحالات الآتية:

- إذا كانت الزوجة لديها مشكلات قوية تمنع الحمل.
- إذا كان الزوج لديه إحدى المشكلات السابق ذكرها.
- إذا كان الزوج والزوجة لديهما مشكلات تحول بين لقاء الحيوان المنوي بالبويضة، وهذه الطريقة تعتمد على تحريض المبيض بواسطة عقاقير خاصة، وتتم متابعة نمو البويضة حتى وقت خروجها بالموجات فوق الصوتية، وعند وقت التبويض يتم سحب

البويضة مباشرة من المبيض بواسطة أنبوبة خاصة موجهة باستخدام الموجات فوق الصوتية، ويتم سحب من أربع إلى خمس بويضات، ويمكن أكثر من ذلك[43]. وتُجمع الحيوانات المنوية من الزوج، ثم يتم تركيزها عن طريق جهاز الطرد المركزي، ثم توضع الحيوانات المنوية في سائل خاص، ثم يتم التلقيح في المختبر، وبعد ذلك تُزرع في رحم الزوجة.

وهناك تخوفات كثيرة يجب الالتزام بها خشية وقوع حوادث قد تؤدي إلى فشل العملية بعد تلقيح البويضة عن طريق استخدام مني الزوج يتم وضعها في رحم الزوجة، ويجب الحرص بعدم دفع بويضة ملقحة كثيرًا خوفًا من الحمل خارج الرحم، أو تزاحم الأجنة داخل الرحم.

الإخصاب في المختبر (الإخصاب الصناعي)

الإخصاب في المختبر هو علاج للعُقم، أو للتغلب على المُشكلات الوراثية ومنع توارثها للطفل. في بعض الأحيان يتم اقتراح الإخصاب في المختبر بوصفه علاجًا أساسيًا للعقم لدى النساء اللاتي تتجاوز أعمارهن (40) عامًا. كما يُمكن أن يكون الإخصاب في المختبر خيارًا مناسبًا في حالات مرضية معينة، من مثل:

- تلف قناتي فالوب أو انسدادهما، حيث يجعل من الصَّعب تخصيب البُوَيضة أو أن ينتقل الجنين إلى الرَّحم.
- اضطرابات التبويض، إذا كان التبويض نادرًا أو لا يحدُث، فإن عددًا أقلَّ من البويضات يكون مُتاحًا للتخصيب.
- انتباذ بطانة الرحم، ويحدث انتباذ بطانة الرحم عندما تنغرس أنسجة مشابهة لبطانة الرحم وتنمو خارج الرحم، وغالبًا ما يؤثر ذلك في وظيفة المبيضين والرحم وأنبوبي فالوب.
- الأورام الليفية الرحمية، الأورام الليفية هي أورام حميدة تنمو داخل الرحم. وهي شائعة الحدوث لدى النساء في سن الثلاثينيات والأربعينيات. ومن الممكن أن تؤثر الأورام الليفية في انغراس البويضة المخصبة.

- ربط البوق (التعقيم البوقي) السابق أو الاستئصال، وربط البوق هو نوع من تقنيات التعقيم يتم فيه قطع أنابيب فالوب أو سدها لمنع الحمل بشكل دائم. فإذا ما رغبت المرأة في الحمل بعد ربط البوق، فقد يكون الإخصاب في المختبر بديلاً لجراحة إعادة وصل ربط البوق.

- ضعف إنتاج الحيوانات المنوية أو ضعف وظيفتها، من الممكن أن يؤدي تركيز الحيوانات المنوية الأقل من المتوسط أو ضعف حركتها أو وجود خلل في حجمها وشكلها إلى صعوبة تخصيب الحيوانات المنوية للبويضة. وإذا كان هناك أي شيء غير طبيعي في السائل المنوي فقد تكون هناك حاجة إلى زيارة اختصاصي العقم لمعرفة ما إذا كانت هناك مشكلات يمكن تصحيحها أو مخاوف صحية كامنة.

- العُقم غير المُبرَّر أو العقم مجهول السبب، ويعني: عدم وجود سبب للعُقم على الرغم من إجراء التقييم للأسباب الشائعة.

- الاضطراب الوراثي، إذا كان أحد الزوجين مُعرَّضًا لخطر توريث اضطراب وراثي لطفل، فمن الأفضل أن يخضع لإجراء اختبار وراثي قبل زرع الجنين، وهو إجراء يتضمَّن الإخصاب في المُختبر. بعد أن يتم جمع البويضات وتخصيبها، حيث يتم فحصها بحثًا عن هذه المشكلات الوراثية واستبعادها، ويمكن نقل الأجنة غير المصابة بمشكلات محددة إلى الرحم لاستكمال الحمل.

- الحفاظ على الخصوبة لدى المصابين بالسرطان أو الحالات الصحية الأخرى، فإذا كان أحد الزوجين على وشْك البدء في علاج السرطان ـ مثل العلاج الإشعاعي أو الكيميائي ـ الذي قد يضرُّ بخصوبته، فقد يكون الإخصاب في المُختبر خيارًا مُتاحًا للحفاظ على الخصوبة. وفيه يمكن جمع بويضات المرأة من المِبيضين وتجميدها في حالة غير مُخصَّبة للاستخدام لاحقًا، أو يُمكن تخصيب البويضات وتجميدها كأجنة للاستخدام في المستقبل.

وتتضمن مخاطر الإخصاب في المختبر ما يأتي:

- **الولادات المتعدِّدة.**
- **الإجهاض التلقائي.**
- **الولادة المبكرة وانخفاض وزن الطفل عند الولادة.**
- **متلازمة فرط تحفيز المبيض:** إن استخدام عقاقير الخصوبة عن طريق الحقن، مثل هرمون موجهة الغدد التناسلية المشيمائية البشرية (HCG)، بغرض تنشيط التبويض يمكن أن يسبب متلازمة فرط تحفيز المبيض الذي ينتفخ فيها المبيضان ويسببان ألمًا، وتستمر الأعراض عادةً لمدة أسبوع وتتضمَّن الشعور بألم خفيف في البطن والانتفاخ والغثيان والقيء والإسهال. وقد تستمر الأعراض لعدة أسابيع حتى في حالة الحمل.
- **مضاعفات عملية استرجاع البويضات:** قد يؤدي تجميع البويضات باستخدام إبرة شفط إلى حدوث نزف، أو عدوى، أو تلف في الأمعاء، أو المثانة، أو الأوعية الدموية. وترتبط المخاطر أيضًا بمسكنات الألم والتخدير العام في حالة استخدامهما.
- **الحمل المنتبِذ (الحمل خارج الرحم):** تتراوح نسبة حدوث الحمل المنتبذ (الحمل خارج الرحم) لدى النساء اللاتي يحملن باستخدام الإخصاب في المختبر من (2% ـ 5%)، وذلك عند زراعة البُوَيضة المخصبة خارج الرحم في قناة فالوب عادةً. لا تستطيع البُوَيضة المخصبة النجاة خارج الرحم؛ مما يجعل اكتمال الحمل أمرًا غير وارد الحدوث.
- **التشوُّهات الخِلْقية:** يُعدُّ عمر الأم عامل الخطر الرئيسي في الإصابة بالتشوهات الخِلْقية، بغض النظر عن طريقة الحمل بالطفل. وهناك حاجة لإجراء المزيد من الأبحاث لتحديد ما إذا كان الأطفال المولودون من حمل باستخدام الإخصاب في المختبر معرضين لخطر أكبر للإصابة بالتشوهات الخِلْقية.

- **مرض السرطان:** على الرغم من إشارة بعض الدراسات المبكرة إلى احتمالية وجود صلة بين استخدام بعض الأدوية لتحفيز نمو البُوَيضة والإصابة بنوع محدد من ورم المبيض، فإن الدراسات الحديثة لا تدعم هذه النتائج، ولا تظهر أي زيادة كبيرة ملحوظة في خطر الإصابة بسرطان الثدي، أو بطانة الرحم، أو عنق الرحم، أو المبيض بعد الإخصاب المخبري.
- **الضغط النفسي:** حيث يمكن أن يسبب استخدام الإخصاب في المختبر استنزافًا ماليًا، وجسميًا، وعاطفيًا.

خطوات الإخصاب في المختبر

يتضمَّن الإخصاب في المختبر عدَّة خطوات، وهي: تحفيز المبيض، واستخراج البويضة، واستخراج الحيوانات المنوية، والإخصاب، ونقل الجنين. ويمكن أن تستغرق الدورة الواحدة في المختبر في الإخصاب حوالي أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع. وقد يتطلب الأمر أكثر من دورة واحدة.

ـ تحفيز التبويض

تبدأ دورة الإخصاب المخبري باستخدام الهرمونات الاصطناعية لتحفيز المِبيَضين لإنتاج بُوَيضات متعددة، بدلاً من البويضة الواحدة التي تتكون عادةً كل شهر. وإنتاج هذه البويضات المتعددة أمر لازم لأن بعض البويضات لن تُخصَّب أو تتطوَّر بشكلٍ طبيعي بعد الإخصاب.

ـ استخراج الحيوانات المنوية

يجب تقديم عينة من السائل المنوي للزوج في صباح يوم سحب البُوَيضة. وتُجمع عينة السائل المنوي عادةً بالاستمناء، لكن تلزم أحيانًا طرق أخرى، مثل: الشفط من الخصية باستخدام الإبرة، أو عملية جراحية لسحب الحيوانات المنوية مباشرةً من الخصية. وتُفصل الحيوانات المنوية عن السائل المنوي في المختبر.

ـ الإخصاب

يمكن إجراء الإخصاب للبويضة باستخدام طريقتين شائعتين:

- التلقيح التقليدي، وفي أثناء التلقيح التقليدي تُخلط الحيوانات المنوية السليمة والبويضات الناضجة وتحضينها طوال الليل.
- حقْن الحيوانات المنوية داخل البويضة (ICSI)، حيث يُحقَن حيوان منوي سليم مباشرةً في كل بويضة ناضجة، وحقْن الحيوانات المنوية داخل البويضة يُستخدم غالبًا عندما تُوجَد مشكلة في نوعية أو عدد السائل المنوي، أو إذا كانت هناك مُحاولات الإخصاب لاحِقة لدورات فاشِلة من الإخصاب في المُختبر.

وفي بعض الحالات قد ينصح الطبيب بإجراءات أخرى قبل نقل الأجنة داخل الرحم، وتشمل ما يأتي:

ـ المساعدة الطبية. بعد الإخصاب بحوالي (5 ـ 6) أيام، «يفقس» الجنين من الغشاء المُحيط به (المنطقة الشفَّافة)؛ ممَّا يُسمح له بالانغراس في بطانة الرحِم، وفي حال إذا كانت الزوجة مُتقدمة في العُمر، أو خضعتِ لعدة محاولات فاشلة من الإخصاب في المختبر فقد يقترح الطبيب الفقس المساعد، وهي تقنية تُثقَّب فيها المنطقة الشفافة مُباشرةً قبل نقل الجنين للمساعدة على فقسه وغرسه. والفقس المُساعد مُفيد أيضًا للبويضات، أو الأجنة التي جُمِّدت سابقًا لأن التجميد قد يُصلِّب المنطقة الشفَّافة.

ـ الاختبار الجيني السابق لانغراس البويضة، حيث يُسمح للأجنة بالنموِّ في الحاضنة حتى تصِل إلى مرحلة يمكن فيها استئصال عينة صغيرة واختبارها للكشف عن أمراض وراثية مُعينة أو العدد الصحيح من الصبغيات (الكروموسومات)، وعادةً ما يتمُّ ذلك بعد خمسة إلى ستة أيام من النمو، حيث يمكن نقل الأجنة التي ليس بها جينات أو صبغيات (كروموسومات) مُصابة إلى رحم الزوجة. يُمكن أن يُقلِّل هذا الاختبار من احتمالية انتقال مُشكلة وراثية من أحد الوالدين، إلَّا أنه لا يمكنه التخلُّص من هذا الخطر.

خطوات الإخصاب في المختبر.

- **الطريقة الثالثة: الإخصاب الصناعي**

أعلنت بريطانيا أنها أصبحت أول دولة في العالم تسمح بتقنية الإخصاب الصناعي الثلاثي العلاجية التي يقول الأطباء: إنها ستحول دون توارث الأمراض المستعصية، وتسمى هذه التقنية التبرع بالميتوكوندريا، أو الإخصاب الصناعي الثلاثي، لأن النسل سيتضمن جينات من الأم والأب ومن أنثى متبرعة [44].

ومن المعروف أن الميتوكوندريا (المتقدرات: Mitochondria) هى إحدى مكونات الخلايا وتعمل كبطاريات دقيقة مولِّدة للطاقة، وتتضمن هذه التقنية التدخل في عملية الإخصاب لإزالة الميتوكوندريا التالفة من الحمض النووي الريبوزي (الخاص بالبويضة) والتي تتسبب في حالات مرضية وراثية، منها مشكلات القلب القاتلة وقصور وظائف الكبد واضطرابات المخ وضمور العضلات. لإحلالها بالميتوكوندريا السليمة علماً بأن المصدر الرئيسي للميتوكوندريا في هذه الحالة هو الرحم عند زراعة رحم سليم بدلاً من الرحم المريض.

وستساعد هذه التقنية الأسر التي ينتشر بها أمراض الميتوكوندريا، وهي حالات مرضية تستعصي على العلاج، حيث تنقلها الأم للأبناء ويصاب بها طفل واحد من بين كل (6500) طفل في العالم. هذا، وقد وافق البرلمان البريطاني على إدخال هذه التقنية لأول مرة في العالم، وقال: «روبرت ميدوكروفت» الرئيس التنفيذي لحملة ضمور الأعصاب تعقيبًا عى هذه التقنية: «توصلنا أخيرًا إلى معلم بارز على طريقة يمنح المرأة خيارًا لا يُقدر بثمن، لتصبح أمًا دون أن تخشى أن تظل طول العمر خائفة من نقل أمراض الميتوكوندريا لطفلها».

وقال المتحدث باسم رئيس الوزراء البريطاني دافيد كاميرون: إنه صوَّت بالموافقة، بسبب «إيفان Ivan» ابنه الذي أُصيب بحالة حادة من الشلل والصرع، وتوفي في عمر (6) سنوات؛ بسبب إصابته بأحد الأمراض الوراثية [45].

ما حكم الشرع في مسألة الإنجاب الثلاثي ـ بحسب دار الإفتاء المصرية؟

جاءت إجابة دار الإفتاء المصرية ردًا على سؤال ورد إليها: ما حكم الإنجاب عن طريق الإخصاب الصناعي الثلاثي بجانب الزوج والزوجة لديها مشكلة في

الميتوكوندريا، ووجود متبرعة ثالثة لديها الميتوكوندريا سليمة، وفي هذه الحالة يحصل على المني من الزوج والبويضة من الزوجة وإصلاح الميتوكوندريا من متبرعة كطرف ثالث فما حكم هذا؟

أجابت دار الإفتاء المصرية: «إن الإنجاب عن طريق الإخصاب الصناعي الثلاثي باشتراك طرف ثالث مع الأبوين من خلال الحصول على الميتوكوندريا من امرأة أخرى غير الزوجة سواء بالتبرع، أو الأجرة حرام شرعًا، ولا يجوز، وترفضه الشريعة الإسلامية»؛ إذ يترتب عليه كثير من المفاسد الخطيرة، ويسبب خلط الأنساب والتنازع بين الناس والتدخل بتغيير نظام الطبيعة البشرية.

رأي المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

توصلت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية إلى الرأي الفقهي الآتي:

انتهت الفتوى بالنسبة لموضوع طفل الأنابيب إلى أنه جائز شرعًا بالشروط الآتية:

- أن يتم بين الزوجين، ويكون في أثناء حياتهما الزوجية.
- ألا يكون بينهما طرف ثالث من مني أو بويضة أو رحم مستأجر، وروعيت الضمانات الدقيقة الكافية لمنع اختلاط الأنساب، وإن كان هناك من تحفظ مع ذلك [46].

رأي مجمع الفقه الإسلامي الدولي

"هو أسلوب جائز شرعًا بالشروط العامة آنفة الذكر، وذلك بعدما تثبت حاجة المرأة لهذه العملية لأجل الحمل".

فإن الأسلوب الذي تؤخذ فيه البذرتان الذكرية والأنثوية من رجل وامرأة زوجين، ويتم تلقيحهما خارجيًا في أنبوب اختبار، ثم تُزرع اللقيحة في رحم الزوجة نفسها صاحبة البويضة هو أسلوب مقبول مبدئيًا في ذاته، بالنظر الشرعي، لكنه غير سليم تمامًا من موجبات الشك فيما يستلزمه ويحيط به من ملابسات؛ لذلك ينبغي ألا يُلجأ إليه إلا في حالات الضرورة القصوى.

وقد تفرع من هذا الموضوع عدة مشكلات:

الرحم الظئر (استئجار الأرحام)

التعريف: هو رحم امرأة صالح للحمل تبذله تطوعًا أو بأجر لزوجة ترغب في نقل بيضتها المخصبة من مني زوجها لتحمل المرأة الظئر أعباء ووهن الحمل على أن تسلم المولود لصاحبة البويضة التي غالبًا ما يكون رحمها غير قادر على الحمل أو تتخذه بعض السيدات أسلوبًا للحفاظ على رشاقتها.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

الاتجاه الأول: اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الأولى 1983م الاتجاه الذي ذهب إليه الأكثرون وهو: تحريم الرحم الظئر مطلقًا بجميع صوره، فجاء في التوصية ما يأتي: "اتُّفق على أن ذلك يكون حرامًا إذا كان في الأمر طرف ثالث غير الزوجة سواء أكان منها بويضة أو رحم أو جنين".

وقد أثيرت مسألة الولد لمن!، ووافق الأكثرون على أن المولود يُنسب للأم التي حملت ووضعت مصداقًا لقوله تعالى: ﴿إِنْ أُمَّهَٰتُهُمْ إِلَّا ٱلَّٰٓـِٔى وَلَدْنَهُمْ﴾ (سورة المجادلة: الآية 2)، وقوله تعالى: ﴿ٱلْوَٰلِدَٰتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَٰدَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ﴾ (سورة البقرة: الآية 233)، وفي سورة أخرى قوله تعالى: ﴿ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا﴾ (سورة الأحقاف: الآية 15).

أما الاتجاه الثاني: فيرى أن الأم الحقيقية هي صاحبة البويضة، وحجتهم أن المستأجرة في حكم الحاضنة أو المرضعة، ومنه أرضعت من اللبن الذي أنبت اللحم وأنشز العظم لا تكون أمًا حقيقية، وعلى ذلك فإن الأم الحقيقية هي صاحبة الحقيبة الوراثية للمولود؛ فلزم أن ينسب الولد لها [47].

بنوك المني (الحيوانات المنوية) والبويضات والأجنة

بعد نجاح ولادة الطفلة لويز براون (Louis Brown) عن طريق الإخصاب خارج الرحم ظهرت الحاجة الضرورية لإيجاد وسيلة لحفظ الحيوانات المنوية والبويضة

والأجنة التي تنتج عن تلقيح البويضة بالحيوان المنوي بين الزوج وزوجته ولا يوجد طرف ثالث من مني، أو بويضة غريبة، أو رحم مستأجر ثالث وكلها محرمة كما سبق أنْ ذكرنا سابقًا.

وَوُجِدَ أن الطريقة المثلى لحفظ حيوية الحيوان المنوي والبويضات والأجنة ضرورة إنشاء بنوك لتغطية الطلبات التي انهالت على هذه التقنية الجديدة بوصفها وسيلة لتحقيق حلم أي زوجين لم يُرْزَقا بأطفال.

بنوك المني: هي أماكن خاصة يجب أن يتوافر فيها مجموعة الشروط المختلفة من درجة الحرارة والرطوبة وغير ذلك، ولعل من أهم هذه الشروط الحفاظ على عدم خلط المني مع أي بويضة، وإنما فقط بويضة الزوجة وذلك بوسائل واضحة وصريحة، ويُستخدم المني المحفوظ في هذه البنوك لاستعماله وقت الحاجة إلى مني الزوج لتخصيب بويضة الزوجة، ولا يجوز استخدامه لتخصيب امرأة أخرى، ويجب أن تتمتع مثل هذه البنوك بالأمان الكامل خوفًا من سوء استخدامها، وأن تكون هذه البنوك تحت رعاية الدولة للتأكد من حسن استعمالها فى الأغراض التي من أجلها تم إنشاؤها تحت مسؤولية هيئة الغذاء والدواء [48].

وكان السبب وراء إنشاء هذه البنوك هو ـ وما يزال ـ أن نجاح عملية تخصيب البويضة يحتاج في كثير من الحالات إلى إعادته أكثر من مرة لِيَعلق أحدهم بجدار الرحم، وللحصول على عدد وفير من البويضات تخص الزوجة يتم استخدام الهرمونات التي تقوم بعملية تنشيط للمبيض لتحفيز إفراز عدد وفير من البويضات، وتُعَدُّ تلك العملية من الأمور الصعبة والتي تحيطها كثير من المخاطر التي تتعرض لها الزوجة وقد يؤدي في بعض الحالات إلى تكرار هذه العملية عديدًا من المرات التي تحتاج إلى تكلفة أكثر وتعريض الزوجة إلى ظروف صعبة [49].

وقد أثار موضوع إنشاء بنوك المني والبويضات جدلاً حول مدى مشروعية البنوك التي يراها بعضهم غير جائزة للأسباب الآتية:

أن الآيات الكريمة تذكر ﴿أَلَمْ نَخْلُقكُّم مِّن مَّآءٍ مَّهِينٍ ۝٢٠ فَجَعَلْنَٰهُ فِى قَرَارٍ مَّكِينٍ ۝٢١﴾ (سورة المرسلات: الآية 20، 21) أي: الرحم.

واستندوا أيضًا إلى الخوف من أن يقع خلط للأنساب بسبب سوء الإعداد الجيد الملتزم من جانب القائمين على هذه البنوك، وفي هذا المجال فإن القاعدة الفقهية، هي: (درء المفاسد مقدم على جلب المصالح)[50].

أما عن القول الآخر بجواز إنشائها فيستند إلى:

- إنشاء البنوك يؤدي إلى الإنجاب الذي هو أحد مقاصد الشريعة الإسلامية الخمسة.
- أنها الوسيلة الوحيدة التي تساعد في التغلب على العقم النسبي، إما بسبب ضعف الحيوانات المنوية وعدم قدرتها على الوصول إلى البويضة لتلقيحها، وإمّا لأن الخصية لا تنتج إلا عددًا قليلاً من الحيوانات المنوية، أو أن تكون المريضة أو المريض مصابًا بالسرطان، ويحتاج إلى التعرُّض للعلاج بواسطة المواد الكيميائية أو الأشعة، ولهما تأثير في صحة البويضة والحيوان المنوي؛ ولذلك يجب جمع الحيوانات المنوية والبويضات قبل الشروع في العلاج لبعض الأمراض الأخرى التي تؤثر في صحة الحيوانات المنوية والبويضات.
- أن جميع المجامع الفقهية ومراكز الإنجاب الفقهية والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية أباحوا الاستيلاد بهذه الطريقة كما سبق أن ذكرنا تحت طفل الأنابيب أو الإخصاب داخل الرحم، ولتحقيق هذه الموافقة كان لابد من إنشاء وسيلة لحماية الحيوانات المنوية والبويضات من الوفاة أو الخلل، ويجب أن يتم ذلك بعد أخذ الاحتياطات اللازمة لمنع خلط الأنساب المحرّم شرعًا، وأن يوافق الزوجان على تخزين الحيوانات المنوية والبويضات في البنوك المخصصة لذلك.
- وُجِدَ أن إدخال أقل عدد ممكن من البويضات الملقحة يرجح الحصول على حمل ناجح بإدخال من (3-5) بيضات مُلقَّحة إلى رحم الزوجة، وكلما زاد عدد هذه

البويضات الملقحة داخل الرحم زادت نسبة الإجهاض ونسبة الحمل المتعدد؛ مما يؤدي إلى مخاطر على الحمل وعلى الأم [51].

الأجنة الزائدة عن الحاجة

في أثناء عملية تلقيح البويضات يلجأ كثير من مراكز طفل الأنابيب إلى تخصيب عدد كبير من بويضات الزوجة بمني الرجل وحفظها في بنك الأجنة لحين الحاجة إليها، وفي كثير من الأحيان وبعد أن يوافق الزوجان على الاكتفاء بما يرغبان فيه من الذكور والإناث يبقى عددٌ آخر من الأجنة محفوظًا في البنوك، والأسئلة التي تطرح نفسها:

- ما مصير هذه الأجنة؟
- هل يجوز استخدامها لامرأة أخرى؟
- هل يجوز استخدامها (الأجنة الفائضة عن الحاجة) في الإنجاب؟
- هل يجب الغرة (بمعنى الدية) على من أتلف الأجنة الفائضة عن الحاجة؟
- هل يرصد للأجنة قبل إدخالها إلى الرحم في الميراث إذا توفي والده؟
- ما مصير البويضات الملقحة إذا توفي الزوج قبل انغراس الجنين في الرحم؟

هناك آراء ترى أن الحياة الإنسانية تبدأ لحظة الإخصاب فكما تبدأ في التخصيب في الوضع الطبيعي (الحمل الطبيعي) فهي تبدأ أيضًا في عملية التخصيب خارج الرحم. والاثنان يمثلان مشروعًا لإنسان يتطور بمرور الوقت حسب الآية الكريمة في قوله تعالى: ﴿وَلَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ مِن سُلَٰلَةٍ مِّن طِينٍ ﴿١٢﴾ ثُمَّ جَعَلْنَٰهُ نُطْفَةً فِى قَرَارٍ مَّكِينٍ ﴿١٣﴾ ثُمَّ خَلَقْنَا ٱلنُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا ٱلْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا ٱلْمُضْغَةَ عِظَٰمًا فَكَسَوْنَا ٱلْعِظَٰمَ لَحْمًا ثُمَّ أَنشَأْنَٰهُ خَلْقًا ءَاخَرَ ۚ فَتَبَارَكَ ٱللَّهُ أَحْسَنُ ٱلْخَٰلِقِينَ ﴿١٤﴾﴾ (سورة المؤمنون: الآيات 12-14).

- ولذلك رأى الفقهاء بأن الجناية على الجنين منذ لحظة الإخصاب إلى آخر تطورها إذا أصابها اعتداء عليها فتبدأ بالغرة (تحرير عبد صغير) ثم تزداد العقوبة حسب كل مرحلة لتصل إلى الدية.

- كما أن هذا الجنين منذ التأكد من الإخصاب في الحالة الطبيعية والعلوق في الرحم، وفي حالة الإخصاب خارج الرحم له الحق في الميراث بعد العلوق إن توفي والده، ويؤجل حتى تضع الأم حملها [52].
- كما أضاف مفهوم جواز استخدام الفائض من الأجنة الملقحة خارج الرحم في الأبحاث؛ لأن هذا له كرامة منحها الله له فلا يجوز الاعتداء عليها. وأوصى بتلقيح أقل عدد ممكن من البويضات تفاديًا لوجود فائض من الأجنة من استعماله في أغراض غير شرعية [53].
- وقد وافق على هذا الرأي فقهاء آخرون؛ لأن التخصيب خارج الرحم لا يُعَدُّ إنسانًا ويجب التخلص من الأجنة الفائضة عن الحاجة؛ لأنه لم يعلق، ولم يوضع في رحم أمه، وأن الجناية عليه تتم بغرة، بينما الاعتداء على الإنسان فيه قصاص [54]، [55].

وقد ثبت أن الحياة أدوار، والدور من الحياة الخِلْقية هو الدور الذي تتجمع فيه خمس خصال:

1. أن يكون الدور ظاهرًا كبداية للحياة ويُشار إليها بالإنسان.
2. أن ترى الخاصية للحياة، وهي النمو.
3. استمرار الحياة إنْ لم يعترضها عارض.
4. أن تتمتع بالحقيبة الوراثية الإنسانية التي تميز إنسانًا بذاته له صفاته.
5. أنه غير مسبوق [56].

وردًا للشبهات فقد اقتُرِحَ أن يتم تلقيح أقل عدد ممكن من البويضات المراد إدخالها إلى رحم الزوجة وتبريد (تجميد) البويضات دون تلقيح، وقد ثبت أن تخزين البويضات من دون تبريد يجعل الغشاء الخارجي للبويضة ينفجر، ولن يحدث حمل بسبب عدم إمكانية تلقيحها، وإذا لُقّحتْ فإن الناتج حمل عنقودي أو حتى سرطان في الرحم، وقد تُحدِث هذه الطريقة تشوهات خِلْقية للجنين [57].

بينما استخدامها في إجراء الأبحاث (على البويضة الملقحة) سيعود بفائدة

كبيرة على المجتمع وعلى طريقة التخصيب:

- البحث عن أسباب العقم عند الذكور.
- يحسن نسبة النجاح لعملية التخصيب.
- أفضل الطرق لتحسين تخزين البيضة الملقحة.
- دراسة أسباب الإجهاض المتكرر.
- دراسة الحمض النووي داخل الخلية للتعرّف ما إذا كان هناك تشوُّه للجنين أم لا.
- دراسة التشوهات الخِلْقية بسبب العوامل البيئية.
- دراسة الأبحاث عن أفضل نظم لتنظيم النسل [58].

وهذا الجواز لا يستخدم البويضة الملقحة في جميع الأبحاث بصورة مطلقة، بل يحتاج إلى ضوابط كالآتي:

- ألا يُستخدم فائض البويضات الملقحة في رحم امرأة أخرى غير الأم صاحبة البويضة.
- ألا تُستخدم في الأغراض غير الشرعية التي يرغب بعض الباحثين الساعين وراءها.
- أن تُستخدم لخدمة البشرية، وبالوسائل والطرق التي تتطابق مع الشريعة الإسلامية.
- عدم وجود بديل آخر.
- ضرورة موافقة الزوجين موافقة صريحة.
- موافقة الجهات المختصة والقيام بالأبحاث تحت إشرافها، لضمان عدم الاستخدامات غير الشرعية.

وأصدرت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية التوصيات اللازمة حول مصير البويضات الملقحة في ندوتها التي عقدت بدولة الكويت بتاريخ 18أبريل1987م، وأصدر مجمع الفقة الإسلامي الدولي في الدورة السادسة القرار رقم (57)/6/6

في عشرين مارس 1990م حول: الوضع الأمثل في موضوع (مصير البويضات الملقحة) هو أن لا يكون هناك فائض منها، وذلك بأن يستمر العلماء في أبحاثهم دون الاحتفاظ بالبويضات غير الملقحة مع إيجاد الأسلوب الأمثل الذي يحتفظ بها، ولها القدرة على التلقيح السوي فيما بعد، وتوصي الندوة ألا يعرض العلماء للتلقيح إلا العدد الذي لا يسبب فائضًا، فإذا ما رُوعي ذلك لم يَحْتَجْ إلى البحث في مصير البويضات الملقحة الزائدة.

أما اذا حصل فائض فترى الأكثرية أن البويضات الملقحة ليس لها حرمة شرعية من أي نوع ولا احترام لها قبل أن تنغرس في جدار الرحم، وأنه لذلك لا يمتنع إعدامها بأي وسيلة، ويرى بعضهم أن هذه البيضة الملقحة هي أول أدوار الإنسان الذي كرمه الله تعالى، وفيما بين إعدامها أو استعمالها في البحث العلمي، أو تركها لشأنها للموت الطبيعي يبدو بأن الاختيار الأخير أقلها حرمة، وليس فيه عدوان إيجابي على الحياة.

واتفق الرأي على تأكيد التوصية الخامسة المتخذة في ندوة (الإنجاب في ضوء الإسلام) عن تحريم استخدام البيضة الملقحة في امرأه أخرى، لا بد من اتخاذ الاحتياطات الكفيلة بالحيلولة دون استعمال البويضة الملقحة في حمل غير مشروع، وكذلك تأكيد التوصية الرابعة من ندوة الإنجاب أيضًا بشأن التحذير من التجارب التي يراد بها تغيير فطرة الله أو استغلال العلم للشر والفساد والتخريب، وتوصي الندوة بوضع الضوابط الشرعية لذلك والله أعلم. هذا وقد أصدر مجمع الفقه الإسلامي الدولي قراره بذلك [59].

زراعة الرحم

نجحت في الآونة الأخيرة زراعة الرحم سواءٌ أكان ذلك من سيدة متبرعة أو بمقابل إلى أخرى تحتاج إليه، ووصل عدد الحالات التي تمت زراعتها حوالي (40) حالة، نجح منها عشر فقط، وقد يستمر التطور فترتفع نسبة النجاح.

وتُعَدُّ هذه التقنية آخر محاولة (حتى الآن) للتغلب على العقم الناتج عن مشكلات في الرحم، وسينالها التطور لترفع نسبة النجاح كما حدث في طفل الأنابيب.

المواصفات الواجب توافرها في السيدة المتبرعة

- قد سبق لها الإنجاب، ولديها ما كانت تتمناه من الأبناء، وتوقفت عن الإنجاب برغبتها.
- أن تتمتع بعمر مناسب يؤهلها لإجراء عملية الاستئصال.
- أن تكون خالية من الأمراض أو العيوب الوراثية.
- يُستحسن أن تكون المتبرعة من أقارب المتلقية من الدرجة الأولى (الأم، أو الأخت).
- ألا تكون مصابة بأمراض وراثية أو غير وراثية.
- أن توافق على التوقيع بالموافقة على الإقرار الحر المستنير بعد أن يشرح لها الطبيب المختص الآثار التي ستمر بها والمخاطر التي ستتعرض لها، وأن يجيب عن أسئلتها.

المواصفات الواجب توافرها في السيدة المتلقية

- يجب ألا تكون مصابة بأمراض مناعية، أو وراثية، أو غير ذلك.
- أن توافق على إجراء العملية والتوقيع على الإقرار الحر المستنير بالموافقة بعد شرح كل التفاصيل التي ستتعرض لها، وجميع الاحتمالات، وبعد التأكد من صلاحية المتبرعة والمتلقية.

حكم زرع الرحم من وجهة نظر إسلامية

تدارس مجمع البحوث الإسلامية التابع للأزهر الشريف موضوع زرع الرحم من متبرعة إلى متلقية وجاءت التوصية كالآتي:

الحمد الله رب العالمين، زراعة الرحم للمرأة التي فقدت رحمها أو القدرة على الإنجاب، لا حرج فيه، حيث إنَّ زرع بعض أعضاء الجهاز التناسلي التي لا تنقل الصفات الوراثية ما عدا العورات المغلظة جائز لضرورة مشروعة، وضمن

الضوابط والمعايير الشرعية. وقد أصدرت دار الافتاء المصرية فتوى جاءت كالآتي:

تدارست دار الإفتاء المتطلبات الشرعية لعموم زراعة الأعضاء وتخص بالذكر هنا الجزء السفلي بزراعة الرحم من متبرعة إلى متلقية بالشروط الآتية:

- ألا يتم النقل عن طريق مقابل مادي أو معنوي، إذ لا يجوز بيع أعضاء الإنسان حيًا أو ميتًا.
- أن يثبت علميًا أن الرحم بمجرده لا يحمل الصفات الوراثية للمرأة المتبرعة، فإن ثبت العكس كان نقله حرامًا وجاء من جنس نقل الأعضاء التناسلية.
- أن يكون المنقول منها العضو قد ثبت طبيًا يأسها من الحمل بسبب عدم قدرتها على الإنجاب بأي صورة من الصور، أو كانت قد استؤصل رحمها لعلة مرضية وأمكن مع ذلك زرعه في المرأة المنقول إليها، أو كانت قد توفيت وذلك بالمفارقة التامة للحياة، أي: موتًا كليًا، وهو الذي تتوقف جميع أجهزة الجسم فيه عن العمل توقفًا تامًا تستحيل معه العودة للحياة مرة أخرى بشهادة أهل الخبرة الموثوقين الذين يُخول إليهم التعرّف على حدوث الموت بحيث يُسمح بدفنها.

أما نقل الرحم من امرأة حية لم تيأس من حملها ولم يُستأصل رحمها لعلة مرضية فمحرم شرعًا؛ لما فيه من إضرار المتبرعة بنفسها بإزالة المنفعة التي لا بديل عنها بإزالة العضو المذكور، واستجلاب الضرر الممنوع.

- وفي حالة النقل من المرأة المتوفاة يُشترط أن تكون قد أوصت بهذا النقل في حياتها وهي بكامل قواها العقلية، ومن دون إكراه مادي أو معنوي، مدركة أنها توصي بالتبرع بعضو معين من جسمها إلى امرأة أخرى بعد مماتها، وبحيث لا يؤدي النقل إلى امتهان لكرامتها.
- أن تكون حالة المنقول إليها لا علاج لها طبيًا إلا عن طريق زرع رحم امرأة أخرى، ويكون محققًا للمنقول إليها مصلحة الإنجاب في الظن الغالب.

قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي

كما أصدر مجمع الفقة الإسلامي الدولي قراره رقم (59) (8) /6) وينص على: (يجوز إجراء عملية زرع الرحم بالشروط والضوابط المذكورة في قرار المجمع (26) (1/4) وأن يثبت علميًا أن الرحم بمجرده لا يحمل الصفات الوراثية للمرأة المتبرعة، فإن ثبت العكس أو تخلف شرط من هذه الشروط فلا يجوز نقل الرحم شرعًا).

وواضح من القرارات والتوصيات السابقة وحكم دار الإفتاء المصرية ومجمع البحوث الإسلامية ومجمع الفقه الإسلامي الدولي أنهم جميعًا اعتمدوا على مبدأ أن الرحم لا ينقل الصفات الوراثية، وينطبق عليه ما سبق أن وافقت الجهات السابقة في الموافقة على زرع الكلى، والحقيقة أن الرحم يختلف كثيرًا عن الكلى، فالأخيرة لا يمكن لأي إنسان أن يعيش من دون كلى تعمل بصورة جيدة وإلا سيموت المريض، بينما الرحم يمكن أن تعيش من دونه السيدة.

وأضيف إلى ما سبق الآتي:

- التنبيه على المتلقية أنها ستخضع ثلاث مرات للجراحة: الأولى عند استئصال رحمها، والثانية لنقل رحم المتبرعة، والثالثة عند استئصال الرحم المزروع بعد أن تضع ما تشاء من الأولاد، وفي هذا مخاطر تعرضها لتلك العمليات.
- عملية الاستئصال وزراعة رحم من أصعب عمليات زرع الأعضاء تشريحيًا؛ ولذلك يجب ألا يقوم بمثل هذه العمليات إلا من كانت تتوافر فيه المهارة اللازمة.
- العملية مكلفة جدًا؛ إذ إنها تمر بثلاث مراحل: الأولى إخصاب بويضة المتلقية بحيوان منوي من زوجها، ثم يتم استئصال رحم المتبرعة، والثالثة استئصال رحم المتلقية ثم زرع رحم المتبرعة، ويجب عدم إدخال البويضة الملقحة إلى رحم المتلقية إلا بعد مرور عام على العملية.
- بعد أن يتم إنجاب ما تراه أسرة المتلقية عددًا من الأولاد كافيًا، يتم استئصال الرحم المزروع في المتلقية خوفًا من تعرضها للسرطان، وكل هذه الإجراءات وجدوا أن تكلفتها تتراوح ما بين (110 ـ 150) ألف دولار.

لذلك يجب على الدول النامية ألا تدرج هذه العملية ضمن أولوياتها الصحية وتوفير هذه المبالغ لتوفير الرعاية الصحية لأكبر عدد ممكن، هذا والله أعلم. وفي حالة السيدة التي لم تتمكن من الحمل لأي سبب فعليها أن تؤمن بما جاء في الذكر الحكيم﴿يَهَبُ لِمَن يَشَآءُ إِنَٰثًا وَيَهَبُ لِمَن يَشَآءُ ٱلذُّكُورَ ﴿٤٩﴾ أَوۡ يُزَوِّجُهُمۡ ذُكۡرَانٗا وَإِنَٰثٗاۖ وَيَجۡعَلُ مَن يَشَآءُ عَقِيمًاۚ إِنَّهُۥ عَلِيمٞ قَدِيرٞ ﴿٥٠﴾﴾ (سورة الشورى: الآيتان 49،50).

بنوك الحليب البشري المختلط

تجد الأم صعوبة أن ترضع وليدها منذ اللحظة الأولى، ويمكن في بعض الحالات أن يُولد الطفل قبل ميعاد ولادته الطبيعية، أو يولد ناقص الوزن، وفي هذه الحالة يوضع الطفل في الحضَّانة الكفيلة المزودة بكل الوسائل الكفيلة بالحياة، ومن بينها الحليب، وقد وُجد أن الطفل في تلك المرحلة يحتاج إلى نوع خاص من الألبان المماثلة لحليب الأم، إلا أن الأم لا يمكن أن تصل إليه نظرًا لاحتجازه في الحضَّانة، ولا يمكن إدخال ثدي الأم إليه لإرضاعه، فظهرت فكرة جمع حليب أمهات الأطفال المبتسرين، أي: ناقصي الوزن، ويمكن تغذية الأطفال بحليب أمهاتهم.

وفي صورة ثانية من تجميع حليب الأمهات ظهرت في الاتحاد السوفيتي وكاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية والسَبب وراء ذلك كان انشغال الأم طوال اليوم، فكانت تجمع حليب الأمهات وتُحفظ في بنوك أُطلق عليها بنوك الحليب البشري المختلط.

وكما نعلم أن حليب الأم أحاطه الإسلام بعناية خاصة فحرّم زواج الذكر من أنثى رضعا من أم واحدة، بينما في الغرب لا يهتمون بهذا الموضوع على الإطلاق، فليس هناك مانع من خلط حليب جميع الأمهات لإرضاع أبنائهم الموجودين في الحضانات، ويستوى في ذلك الأطفال المبتسرين أو أطفال الأمهات المنشغلات بالعمل.

تعريف الإرضاع في الفقه الإسلامي

الإرضاع عند الفقهاء هو التقام الطفل لثدي أمه، ومصُّ الحليب منه إلى جوفه، كما ذكر جمهور الفقهاء والأئمة الثلاثة: أبو حنيفة، ومالك، والشافعي، كل ما يصل

جوف الصبي عن طريق الحلق، وهو أن يصب اللبن في حلقه، وخالف في ذلك الإمام الليث بن سعد معاصر الإمام مالك ونظيره، ومثله الظاهرية وهو إحدى الروايتين عند الإمام أحمد[60]، حيث قال : إن الرضاع المحرم ما كان خمس رضعات متفرقات مشبعات في مدة الرضاع[61].

والمطلوب الإجابة عن سؤال: هل خلط حليب الأُمهات وإعطاؤه للأطفال بهذه الطريقة ينطبق عليه شروط ومواصفات الإرضاع التي ذكرت سابقًا؟ هذه هي نقطة الخلاف الكبيرة، فإذا تم استخدام هذه الطريقة فإن جميع الأطفال الذكور يحرم عليهم جميع الأمهات المشاركات في التغذية من هذه الألبان المختلطة.

انقسم الفقهاء إلى فريقين

الفريق الأول: عارض، فلم يوافق على اعتباره ضمن شروط الإرضاع، وذلك نظرًا لما يأتي:

- أنه لا يثبت به التحريم؛ لأنه ليس برضاع.
- لا إرضاع إلا ما أنشز العظم وأنبت اللحم.
- أساس التحريم الأمومة المرضعة كما في قوله تعالى: ﴿وَأُمَّهَٰتُكُمُ ٱلَّٰتِيٓ أَرۡضَعۡنَكُمۡ وَأَخَوَٰتُكُم مِّنَ ٱلرَّضَٰعَةِ ٢٣﴾ (سورة النساء: الآية 23).
- الواجب الوقوف عند ألفاظ الشارع، وكلها تتحدث عن الإرضاع والرضاع والرضاعة، وتعني: إلقام الثدي وامتصاصه لا مجرد الاغتذاء بالحليب بأي وسيلة.

  أما صفة الرضاع المحرّم فهو ما امتصه الراضع من ثدي المرضعة.

- قول الرسول صلى الله عليه وسلم «يحرم من الرضاع ما يحرم من النسب» (متفق عليه من حديث عائشة رضي الله عنها وابن عباس، الفتح الكبير). ومعنى هذا أن التحريم يتم بسبب الرضاع والرضاعة، فما عدا ذلك لا يُسمى إرضاعًا.
- إذا اختلط حليب المرأة بحليب امرأة أخرى فالحكم للغالب منها.
- إذا شرب فلان من لبن شاة فلا يصبحان أخوين.

- الحكمة في التحريم تنتهي إلى أنَّ حكمة تكريم المرضعة كتكريم الأم، وهذه مسألة أدبية.
- قاعدة الشك وهي مبنية على قاعدة من القواعد الأساسية في الفقة الإسلامي وهي قاعدة «اليقين لا يزول بالشك» والشك، هنا في أن الأمهات جميعًا خلطن ألبانهن ولا نعرف واحدة ولا أخرى[62، 63، 64، 65].

الفريق الثاني: وافق على تطبيق الإرضاع مع كل من تناول هذه الألبان المختلطة.

- إن الاعتماد على رأي الظاهرية في عدم تحريم الرضاع الذي يأتي عن غير طريق المصِّ ليس كافيًا، وكذلك المذهب الحنفي.
- المذهب المالكي والحنبلي والأحاديث النبوية والآيات القرآنية كثيرة التي قالت: إن التحريم مبني على أن الطفل يتناول الحليب الرضاعي سواءٌ أكان عن طريق المص أو عن طريق السقي.
- المهم أن يصل إلى المعدة وأن يترتب عليه أن ينبت اللحم وأن ينشز العظم، وهذه العلة التحريمية، بالإضافة إلى النصوص القرآنية والأحاديث النبوية.
- إن بنوك الحليب المشترك ستدفع كثيرًا من الناس إلى عملية التحريم، لأنه ستعم الفوضى، فقد يتزوج رجل امرأة رضع منها أو من لبن ابنتها، وفي الجهالة وعدم أخذ الاحتياط في مثل هذه الأمور ربما يؤدي إلى تسيب فقهي.
- هناك رأي يقول ما دام الحليب قد وصل إلى المعدة وأنبت اللحم والعظم عن أي طريق فهنا يقع التحريم عليه.
- إن اشتراط المص هنا ظاهري، وليس حكمًا يبنى على مفهوم معقول لهذه القضية.
- أما قضية الأمومة فإنه لا دخل لها في التحريم من الرضاع، إن قضية الشك بسبب اختلاط الحليب ليست القضية هنا شكًا ينبغي، وإنما القضية قد تصل أحيانًا إلى اليقين وقد تصل إلى غلبة الظن[66].

أوصت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالآتي:

- عدم تشجيع قيام بنوك حليب للحليب البشري المختلط، فإذا دعت الضرورة الطبية إلى ذلك تنشأ بنوك حليب بشري للأطفال الخدج ـ ناقصي الوزن ـ ورأى كثير من المشاركين استنادًا إلى رأي جمهور الفقهاء أنه ينبغي جمع الحليب، بحيث تعرف صاحبة كل حليب واسم من رضع منها، ويتم إثبات واقعة الرضاع في سجلات محفوظة مع إشعار ذوي الشأن حرصًا على عدم التزاوج من بينهم بسبب علاقة رضاعة محرمة.
- في حين يرى بعضهم عدم الحاجة إلى معرفة صاحبة كل حليب ومن رضع منها استنادًا إلى رأي الليث بن سعد وفقهاء الظاهرية، ومن وافقهم ممن ذهب إلى أن الرضاعة لا تتحقق إلا بالمص من ثدي المرضع وإدخال اللبن إلى المعدة، والله أعلم.

الإجارة

المقصود به العقد بين المريض والطبيب لأجل العمل أو العلاج الطبي مقابل المال تعاقد الطبيب على علاج المريض. والتعاقد على علاج المريض هو عقد على منفعة مباحة معلومة، مدة معلومة أو عمل معلوم بعرض معلوم[67].

والإمام النووي له تعريفان آخران:

- الأول: هو كل تصرف شرعي سواءٌ أكان هذا العقد مما ينعقد بكلام طرف واحد، أو لا ينعقد إلا بكلام الطرفين.
- الثاني: إن العقد ربط بين كلامين ينشأ عنه حكم شرعي بالتزام لأحد الطرفين أو لكليهما[68].

ويطلق القانونيون العقد على كل توافق بين إرادتين على إنشاء التزام أو نقله[69].

أركان العقد الطبي

* ذهب الإمام أبو حنيفة إلى أن للعقد ركنًا واحدًا وهو الصيغة أي: الإيجاب، أو القبول[70].

* أما الجمهور فذهبوا إلى أن للعقد ثلاثة أركان:

- الأول: الإيجاب والقبول، ويُعبر عنها بصيغة العقد، وهو ما دل على الرضا من قول أو عمل، فالإيجاب ما يصدر من المريض من قول يفيد طلب العلاج، والقبول هو ما يصدر من الطبيب من موافقة على العلاج مقابل عوض معلوم.
- الثاني: العاقدان، وهما هنا الطبيب والمريض.
- الثالث: محل العقد، أي: المعقود عليه، وهو هنا العمل الطبي من مداواة، أو جراحة، أو تحليل، أو تصوير، أو غيرها من الأعمال الطبية[71].

شروط العقد الطبي

جعل الفقهاء للعقد ثلاثة أركان، وجعلوا لكل ركن منها شروطًا؛ فالشروط تنقسم إلى ثلاثة أقسام:

- الأول: شرط في العاقدَين، وهو أن يكون كل واحد من الطبيب والمريض عاقلًا مميزًا متصفًا بالصفات التي تسوغ له مباشرة العقد، فلا يصح العقد من المجنون لأنه ليس له قولٌ ولا حِسٌ ولا شرعٌ باتفاق الفقهاء[72].

- الثاني: شرط في المعقود عليه وهو أن يكون مباحًا، والمباح من العمل الطبي هو كل ما أذن به الشارع فيه، فلا يصح العقد على ما لا يباح من الأعمال الطبية، كخلع سنة سليمة أو يد سليمة أو إصبع سليم، ومن شرطه كذلك الأهلية، أي: أن يكون الطبيب أهلًا للمعالجة فلا يصح العقد الطبي من طبيب عيون على علاج قلب، ولا من طبيب قلب على جراحة قلب.

- الثالث: شرط في الصيغة، وهو أن تكون دلالتها مفهومة للمتعاقدين، ليكون العمل الطبي المتعاقد عليه معلومًا للطرفين بلا لبس[73].

ومما سبق يظهر أن العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة عقدية نصت عليها أحكام الشريعة الإسلامية، وهذا واضح من النصوص الفقهية التي ذكرت أن التعاقد بين الطبيب والمريض علاقة عقدية في باب الإجارة [74].

غير أن القانونيين يرون أن العلاقة بين الطبيب والمريض ليست عقدية، ولكنها تقصيرية في حالة وقوع خطأ طبي[75].

واعترض بعضهم على تصنيف العقد الطبي على أنه عقد جَعالة (جَعالة: الأجر، جَعالة: جعل للرجل أجرًا معلومًا ولا ينقده أياه إلا بعد أن يكمل عمله كان له الجعل، وإن لم يتمه فلا شيء له)، أو عقد إجارة (التزام عوض معلوم على عمل معين معلوم، أو مجهول يعسر ضبطه)، لا يتخرج على واحد من هذين، فإن الجهالة تقتضي تحقيق المنفعة المجهول لها، وإلا لم يستحق من قام بعمل الجعل الآجر، من رد ضالته فله أجره، ومن لم يرد ضالته فلا يستحق أجرًا، والطبيب يستحق الأجر بكل وقت وبكل حال.

كذلك لا يكيف على أنه إجارة شخصية أو إجارة مشتركة، لا ينطبق عليه شيء من ذلك؛ لأن العمل الطبي لا يقتصر على نوع محدد أو معين، ففي الإجارة الشخصية لا بد من تحديد العين التي عليها الإجارة وتوافرها، وإلا لم تكن الإجارة صحيحة، على أن العمل الطبي لا يقتصر على فحص الطبيب، بل يدخل فيه عقد بيع الأدوية وما شابه ذلك ويدخل فيه عقد آخر، عقد البحث والتحليل، كذلك الكشف الطبي ... ولذلك ينبغي أن يصار إلى عقد طبي خاص بالمشاركة مع القانونيين والأطباء حتى يخرج هذا العقد كاملاً [76].

وأيد هذا التوجه الدكتور عبد الله النجار وأثار نقطة مهمّة بأن العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة تداولية وليست تبادلية [77].

فسخ عقد الإجـارة

عقد الإيجار لازم من الطرفين، بحيث يلزم المؤجر والمستأجر، مصداقًا لقوله تعالى:﴿يَـٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ أَوۡفُواْ بِٱلۡعُقُودِۚ ١﴾ (المائدة: الآية 1).

والإيجار على العمل الطبي يعتبر عقدًا، وعليه فالواجب على الطبيب إذا أجرى عقدًا مع المريض على عمل معين من الأعمال الطبية أن يفي بالعقد إلا لعذر تبيحه الشريعة، وكذلك على المريض أن يفي بعقده وألا يفسخه إلا أن يكون له عذر مقبول شرعًا.

غير أن فقهاء الشريعة استثنوا من ذلك عقد الإجارة على العمل الطبي فألزموا الطبيب بإتمام العقد، وأجازوا للمريض رفض المعالجة إذا رغب في ذلك، ويلزم الطبيب قبول فسخ العقد[78].

أولاً ـ فسخ العقد بأسباب عادية

ـ التقايل (التفاسخ): ويُقصد به أن يعبر كلا طرفي العقد عن رغبتهما في إنهاء العقد وفسخه بعد أن أبرمه ورضي به، أي: هو وسيلة من وسائل انحلال العقد الصحيح بالتوافق بين المتعاقدين.

ـ مُضي المدة: ينتهي عقد العمل على المنفعة الطبية المقدرة بمدة محدودة بانتهاء المدة المتفق عليها بين الطرفين.

ـ إتمام العمل: الغالب المعتاد في حال التعاقد بين الطبيب والمريض هو وقوعه على إنجاز عمل طبي بخصوصه يقوم بإتمامه الطبيب بصرف النظر عن الزمن الذي قد يستغرقه في إنجازه.

ثانياً ـ فسخ العقد بأسباب طارئة

ـ الفسخ بسبب العيب، ويُقصد به كل ما تنقضي به المنفعة الطبية، بحيث يظهر بسبب تفاوت في الأجرة عليها [79].

ثالثاً ـ الفسخ بسبب العذر

والأعذار الموجبة للفسخ كثيرة، وموادها على الضرر اللاحق بأحد طرفي العقد وهما الطبيب والمريض، فإذا حصل لأحد العاقدين سببًا يمنعه من القدرة على إتمام العقد المعني والمضي فيه كان ذلك عذرًا له في فسخ العقد، مثل أن تتبدل حال المرض العارض بالمريض إما إلى حالة القوة أو الضعف [80].

وهناك من أبدى رأيًا آخر:

أتعجب كيف يُصنف العقد الطبي على أنه عقد جَعالة أو عقد إجارة، لا يتخرج على واحد من هذين، فإن الجعالة تقتضي تحقيق المنفعة المجعول لها، وإلا لم يستحق من قام بعمل الجعل (الأجر)، من رد ضالته فله أجر، ومن لم يرد الضالة فلا يستحق أجرًا، والطبيب يستحق الأجر بكل وقت وبكل حال، كذلك لا يكيف على أنه إجارة شخصية أو إجارة مشتركة، لا ينطبق عليه شيء من ذلك؛ لأن العمل الطبي لا يقتصر على نوع محدد أو معين، ففي الإجارة الشخصية لا بد من تحديد العين التي عليها الإجارة وتوافرها، وإلا لم تكن الإجارة صحيحة، على أن العمل الطبي لا يقتصر على فحص الطبيب، بل يدخل فيه عقد بيع الأدوية، وما شابه ذلك ويدخل فيه عقد آخر، عقد البحث والتحليل وما شابه ذلك، كذلك الكشف الطبي هذه كلها ما تتكيف مع عقد الإجارة؛ ولذلك هو الذي ينبغي أن يصار إليه، بأن يكيف هذا العقد على أنه عقد طبي خاص، والشريعة الإسلامية تتسع لذلك فإن هناك عقودًا غير مسماة حدثت الآن، فليجعل الفقهاء عقدًا خاصًا يسمونه العقد الطبي، بالمشاركة مع القانونيين والأطباء حتى يخرج هذا العقد كاملاً ويتبناه مجمع الفقه بقرار المجمع [81].

«مما سبق يجب أن يتقاضى الطبيب الأجر المناسب لعمله ومكانته في المجتمع على ألا يبالغ في أجره، ولا يبخس المريض حقه».

الفصل الثالث

أحكام فقهية تختص بأنواع المعالجات

إن دراسة بعض القضايا المعاصرة والآراء الفقهية فيها، يلبي حاجة المجتمع الإسلامي إلى معرفة أحكام الحوادث النازلة المتعلقة بالعلاجات المختلفة، وذلك في ضوء القرآن الكريم والسنة النبوية، وذلك على النحو الآتي:

عمليات التجميل (جراحة التجميل)

إنَّ المعنى الذي يُفهم من الاسم العربي أنه عملية تجميل وتغيير للمظهر، بينما الاسم اليوناني لكلمة (Plastic Surgery) لا يعني هذا في اللغات الأخرى، بل يعني: تشكيل أو إعادة بناء، وفي العربية ظهرت مرادفات له، من مثل: الإصلاح والتقويم أو الترميم.[82]

والتجميل في اللغة العربية طلب البهاء والحسن واصطلاحًا هو: «عمل كل ما من شأنه تحسين الشيء في مظهره الخارجي بالزيادة عليه أو الإنقاص منه».

وجراحة التجميل هي فرع من فروع الجراحة العامة، وبمرور السنين تطورت، خاصةً بعد الحرب العالمية الأولى، ومنذ أربعين سنة حصل تطور هائل في هذا المجال وشملته الفروع الآتية:

أولاً ـ علاج الحروق

وفيه تتم معالجة الحروق من الدرجة الثانية والثالثة، وأصبح في الإمكان إنقاذ المرضى المصابين بحروق تصل إلى (90%) من سطح الجسم أحيانًا، ولكن بعد علاج الحروق قد يحتاج المريض إلى إجراء عمليات مختلفة لعلاج التشوهات في الجلد أو لتصحيح الخلل الوظيفي في حركة المفاصل.

ثانيًا ـ علاج العيوب والتشوهات غير تامة الخِلْقة منذ الولادة

وفيه تُصاب نسبة معينة من المواليد ببعض العيوب غير تامة الخِلْقة منذ الولادة، وهي قد تحدث في جميع أجزاء الجسم، وتحتاج إلى إعادة ترميم العضو المصاب، ومن أمثلة تلك التشوهات غير تامة الخِلْقة المولود بها الوليد، من مثل: الشق في الشفة العلوية، وسقف الحلق الخلفي، ووجود فتحة مجرى البول السفلية ـ وغير ذلك من الإصابات.

ثالثًا ـ جراحة الوجه والجمجمة

هنا ينال هذا الجزء من الجسم النصيب الأكبر من المعالجة وإعادة الترميم، والجزء الآخر من الإصابات هو ما ينتج عن مضاعفات كسور الوجه والحوادث، وهذا النوع من الجراحة يحتاج إلى معرفة كبيرة بعملية تشريح الأعضاء المختلفة في محاولة لإعادة العضو إلى وضعه الطبيعي.

رابعًا ـ جراحة الرأس والرقبة

ويُعنى هذا الفرع بعلاج الأورام في تلك المنطقة التي قد تصيب الإنسان، وتؤثر على مظهره وشكله، وتحتاج إلى إجراء عمليات الترميم المطلوبة.

خامسًا ـ الجراحة المجهرية

وتُعنى بنقل أنسجة من الجسم إلى أماكن أخرى بغرض إعادة إصلاح ما تم للعضو أو المكان المصاب، معتمدين على إقامة اتصال بين الأوعية الدموية لهذه الأنسجة وأوعية مشابهة في هذا المكان الجديد باستخدام المجهر، من مثل: إعادة اليد المبتورة، ويتطلب ذلك مجموعة عمل (فريق طبي) في تخصصات مختلفة لإجراء مثل تلك العمليات.

سادسًا ـ جراحة التجميل العامة

كل ما سبق من جراحات يعتبر ضرورة، فمن دون التدخل لإصلاحها قد تؤدي إلى الوفاة أو العجز، والجراحة التجميلية وهي الأكثر شيوعًا، من مثل:

عملية تجميل الأنف وتأتي في المرتبة الأولى، وقد تكون لأسباب كثيرة إما نتيجة حروق أو كسور، ويسبب هذا التشويه آلامًا نفسية كبيرة لمن يصاب بها.

كما يأتي بالمرتبة الثانية عمليات شفط الدهون من البطن والمناطق الأخرى، ويتم ذلك لتخفيف الوزن بعد الولادة، أو زيادته نتيجة خلل هرموني، أو عوامل وراثية.

كما تنال عمليات تصغير الثدي إقبالًا كبيرًا من اهتمام السيدات، أما عمليات تكبير الثدي فهي قليلة.

ويمكن تقسيم المرضى الذين يُقبلون على مثل تلك المعالجات إلى مرضى حقيقيين يحتاجون إلى العلاج والإسراع في اتخاذ الإجراءات اللازمة لذلك من إجراء عمليات الإصلاح أو الترميم ومرضى آخرين ممن يعانون مشكلات شخصية، مثل: زيادة حجم الثدي، أو الأنف، أو غير ذلك، فهم يعيشون في حالة نفسية شديدة قد تؤدي إلى اكتئاب وهي مشكلات تحتاج إلى ترميم لإعادة العضو إلى شكله المناسب.

لقد خلق الله تعالى الإنسان في أحسن تقويم، قال تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ فِىٓ أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ ۝٤﴾ (سورة التين: الآية 4). فجعله في أفضل هيئة، وأكمل صورة، معتدل القامة، كامل الخلقة، وأودع فيه غريزة حب التزين والتجمل، ودعاه إليها عن طريق رسله وأنبيائه فقال: ﴿يَٰبَنِىٓ ءَادَمَ خُذُوا۟ زِينَتَكُمْ عِندَ كُلِّ مَسْجِدٍ ۝٣١﴾ (سورة الأعراف: الآية 31). وقال صلى الله عليه وسلم: «إن الله جميل يحب الجمال». (أخرجه مسلم).

وإذا كان الله ـ سبحانه وتعالى ـ قد شرع التزين والتجميل للرجال والنساء جميعًا، فإنه قد رخَّص للنساء أكثر؛ فأباح لهن لبس الحرير والتحلي بالذهب، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «حُرِّمَ لِباسُ الحَرِيرِ والذَّهَبِ على ذُكُورِ أُمَّتِي، وأُحِلَّ لِإنَاثِهِمْ» (رواه وأخرجه الترمذي؛ بشرح ابن العربي 7/220 وقال: حديث حسن صحيح).

وإذا كانت الزينة بالنسبة للرجال من التحسينات أو الكماليات فإنها بالنسبة للإناث من الحاجيات؛ إذ بفواتها تقع المرأة في حرج شديد ومشقة، فلابد من التوسعة عليها فيما تتزين به لزوجها، لتتمكن من إحصانه، وإشباع رغباته.. ولكن الإسلام لم يطلق العنان لتلك الغرائز والرغبات، بل دعا الإنسان إلى ضبطها بمقتضى الهدي الرباني.. وقد حددها سبحانه وتعالى حرصًا على إنسانية الإنسان؛ فشرع التشريعات وأنزل الكتب وأرسل الرسل، فحرم الإسلام بعض أنواع الزينة كالوصل والوشم، والوشر، والنمص، وغير ذلك.[83]

والأصل في ذلك عدم جواز تغيير هيئة الأعضاء بالتصغير أو التكبير أو الزيادة أو النقصان إذا كان العضو في حدود الخِلْقة المعهودة؛ لحديث اللعن على تغيير خلق الله: «لَعَنَ اللَّهُ الوَاشِمَاتِ والمستوشمات، والنامصات المُتَنَمِّصَاتِ، والمُتَفَلِّجَاتِ لِلْحُسْنِ، المُغَيِّرَاتِ خَلْقَ اللَّهِ» (رواه البخاري ومسلم من حديث ابن مسعود).

وقال الطبري: (لا يجوز للمرأة تغيير شيء من خلقتها التي خلقها الله عليها بزيادة أو نقص التماسًا للحسن، لا للزوج ولا لغيره).[84]

وقال ابن العربي: «إن الله سبحانه وتعالى خلق الصور فأحسنها في ترتيب الهيئة الأصلية، ثم فاوت في الجمال بينها، فجعلها مراتب، فمن أراد أن يغير خلق الله فيها ويبطل حكمته فإنه ملعون لأنه أتى ممنوعًا».[85]

تجميل الأعضاء المبتورة بالتركيب والتثبيت والزرع واستئصال الأنسجة الزائدة

اتفق الفقهاء على جواز تركيب أعضاء صناعية ومعدنية بدلًا من الأعضاء المبتورة ـ كما جاء في إحدى الروايات أن عرفجة بن سعد قُطع أنفه، فاتخذ أنفًا من ورِق عليه، فأنتن، فلما ذهب إلى الرسول صلى الله عليه وسلم أمره النبي أن يتخذه من ذهب. وعليه فإن ذلك أباح استخدام أي عنصر يناسب كل حالة، وفي حالة تحرك السن أجاز الفقهاء شدها بالفضة خشية أن تسقط. كذلك أجاز جمهور الفقهاء وصل عظام الإنسان بعظم الحيوان الطاهر وخياطة الجرح بعصب الحيوان الطاهر.[86]، [87]

رأي الفقه الإسلامي في مسألة الزوائد التي يولد بها الإنسان

إذا خلق الله للإنسان أصبعًا زائدة أو سنًا زائدة، فهل يجوز قطعها؟

الرأى الفقهي

من الفقهاء من حرم ذلك ومنهم من أباحه، وأغلب الفقهاء أجازوا قطعها لأنها عيب وزيادة في الخِلْقة المعهودة، ويجوز قطعها بشروط وهي:

- أن تكون زائدة على الخِلْقة المعهودة، كوجود أصبع سادس في اليد أو الرجل.
- أن يؤدي وجودها إلى ضرر مادي أو نفسي لصاحبها.
- أن يأذن صاحبها أو وليه في القطع.
- ألا يترتب على قطعها ضرر أكبر، كتلف عضو أو ضعفه.
- ألا يكون الهدف إرضاء شهوة أو رغبة أو تصغير العمر من الناحية الظاهرية.
- ترميم العضو المبتور وبناء الأعضاء، بحيث يُقطع جزء من الآدمي ويُزرع في محل العضو المبتور، والسؤال هنا فإذا تعرض عضو من الأعضاء لبتر لأي سبب كان، فهل يجوز بناؤه من جديد؟ لم يتعرض الفقهاء لمثل هذه المُحدثات، ولكن تعرضوا لحكم بناء أو ترميم الأعضاء باستخدام المعادن كالذهب والفضة، كما تعرضوا لحكم استقطاع قطعة من الفخذ لوضعها مكان عضو آخر لاستعادة وظيفة العضو المُتلقي، على أن يتم الالتزام بالشروط السابق ذكرها.[88]

شد التجاعيد

تظهر التجاعيد في الجلد، وبخاصة في النساء من كبار السن، وكذلك في حالات خاصة في الشباب كالمدمنين، ففي حالة كبار السن يحدث نتيجة لارتخاء العضلات وجفاف الجلد، وترهله، وغير ذلك، خاصة في المدمنين والمدمنات للكحول والمخدرات، أو لأسباب مرَضية. وحكم شد الوجه يختلف حسب المرأة أو الشاب؛ خوفًا من أن يكون الغرض منه إظهار المرأة بأنها أقل سنًا مما هي عليه وهذا حرام.[89]

عمليات شفط الدهون

وتجرى هذه العمليات عن طريق شفط الدهون من أماكن كثيرة في الجسد، مثل: الأرداف والبطن وغير ذلك.

ويرى بعض الفقهاء أن هذا جائز إذا لم تنفع معه الوسائل الأخرى مثل الرياضة وأخذ الاحتياطات اللازمة في الطعام والشراب، كما يجب أخذ الاحتياطات اللازمة في أثناء إجراء عملية الشفط خوفًا من وقوع أضرار على المريض.[90]، [91]

آراء أخرى بالنسبة لعمليات التجميل:

على سبيل المثال: لو أن شخصًا ما أُصيب بإصابة أو حالة مرضية جعلت شكله دميمًا وعرَّضة للتندر، فهل لو قام بعمل ما يصلح ذلك على الوجه الذي يتمتع به كل إنسان عادي فهل يعتبر ذلك تغييرًا لخلق الله؟ [92]

ومثال آخر: لو أن امرأة أصيبت بالثعلبة وهو مرض جلدي يصيب الشعر فيسقط جميع ما في جسمها بما في ذلك الرأس ـ فما الرأي الفقهي في ذلك؟ يرى البعض أن هذا ينقسم إلى أمرين:

1. إذا كانت شابة صغيرة فهي لن تقدر أن تعيش بهذا المرض في المجتمع، ولكن يمكن أن تلبس شعرًا اصطناعيًا يستر ما بها.
2. أما إذا كانت متزوجة وأُصيبت بهذا المرض فإن زوجها شاهدها وهي في وضعها الطبيعي والأمر بين يديه؛ إما أن يوافق على استعمال الشعر الصناعي وإما أن يرفض ذلك.[93]

أما بالنسبة للمقصود من الآية الكريمة: ﴿وَلَآمُرَنَّهُمْ فَلَيُغَيِّرُنَّ خَلْقَ ٱللَّهِ﴾ (سورة النساء: الآية 119) فيظهر منها تسلط الشيطان على الإنسان تسلطًا يدعوه إلى تغيير خلق الله، وهو كلام غيّر النص؛ فإن ذلك في تغيير الحيوانات، فبقية الآية: ﴿فَلَيُبَتِّكُنَّ ءَاذَانَ ٱلْأَنْعَٰمِ﴾(سورة النساء: الآية 119) فهو متصل بتعذيب الحيوان وأنواع من هذا التعذيب.[94]

أما عن الحديث الشريف: «لعن الله الواصلة والمستوصلة والواشمة والمستوشمة» الذي رواه عبد الله بن عمر، وأخرجه البخاري إلى «لعن الله الواشمات والمستوشمات والنامصات والمتنمصات» الذي رواه عبد الله بن مسعود، وأخرجه البخاري ففيه جزء واضح وآخر غير واضح.

فالقواعد الشرعية هي أن مبنى العبادات على أمور تعبدية، أي: الامتثال والخضوع لله. أما الأمر البشري فمبني على الفهم وعلى الحكم التي يوفَّق إليها عقل الإنسان، فمثلًا استخدام النساء للكحل في العينين فإنه يزيد المرأة جمالًا، فهل يعتبر ذلك تغييرًا لخلق الله؟ لا أظن ذلك.[95]

أما تغيير خلق الله فهو أن يذهب شخص وقع في جنايةٍ أو هاربٌ من العدالة ويطلب من الطبيب أن يغير ملامح وجهه؛ للتدليس والإفساد.

كما يرى بعض الفقهاء أن عمليات التجميل في عضو خُلِقَ قدرًا مصابًا بزيادة أو نقص، فإن علاجه تجميليًا يكون قدرًا أيضًا، أي: «أَفِرُّ من قدر الله لقدر الله»، أي أنَّ ما كان زائدًا في الجسم سواء أكان الأنف أو العين أو غير ذلك صحيح أنه من قدر الله، والصحيح أيضًا أن العلاج من قدر الله ليس خارجًا عن إرادة الله؛ لأننا لا نعرف سبب ذلك، فقد يكون بسبب مرض، أو أدوية، أو أطعمة، أو ظروف اجتماعية؛ لذلك فإن إعادة الخِلْقة إلى الخِلْقة المعهودة أمر مقبول شرعًا بشرط أن يقرر الطبيب الحاجة إليها ومدى أهميتها وضرورة إجراء الجراحة لها.[96]

وقد أصدرت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية التوصية التالية في ندوتها التي بعنوان: «جراحة التجميل بين المفهوم الطبي والممارسة من منظور إسلامي».

وعرضت الندوة موضوع (جراحة التجميل) وانتهت إلى التوصيات الآتية:

1. الجراحات التي يجب أن يكون الهدف منها علاج المرض الخِلْقي والحادث بعد الولادة لإعادة شكل أو وظيفة العضو السوية المعهودة له، جائز شرعًا، ويرى الأكثرية أنه يُعَدُّ في حكم هذا العلاج إصلاح عيب أو دمامة تسبب للشخص أذى عضويًا أو نفسيًا.

2. لا تجوز الجراحات التي تخرج بالجسم أو العضو عن خِلْقته السوية، أو يُقصد بها التنكر من العدالة، أو للتدليس، أو لمجرد اتباع الهوى.. والله أعلم.

جراحة تغيير الجنس

المقصود من مصطلح جراحة تغيير الجنس (Transsexual) هو التغير من جنس لآخر بسبب اختلاف تعبير بعض الأشخاص عن هويتهم الجنسية والاجتماعية عن الجنس الذي يولدون به، وهناك نوعان يحتاجان إلى هذا النوع من الجراحة:

الأول: ما يُطلق عليه الخنثى.

الثاني: ما يُعرف بتغيير رجل كامل الرجولة إلى أنثى، والعكس.

يقول الله سبحانه وتعالى في محكم التنزيل: ﴿وَمِن كُلِّ شَيْءٍ خَلَقْنَا زَوْجَيْنِ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ﴿٤٩﴾﴾ (سورة الذاريات: الآية 49). وفي سورة أخرى: ﴿وَهُوَ أَنشَأَكُم مِّنَ ٱلْأَرْضِ وَٱسْتَعْمَرَكُمْ فِيهَا فَٱسْتَغْفِرُوهُ﴾ (سورة هود: الآية 61). وسورة أخرى: ﴿يَـٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ ٱتَّقُواْ رَبَّكُمُ ٱلَّذِى خَلَقَكُم مِّن نَّفْسٍ وَٰحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا وَنِسَآءً﴿١﴾﴾ (سورة النساء: الآية 1). وعندما خلق الله آدم خلق حواء؛ أي أن كل شيء على الأرض من نبات أو حيوان أو إنسان له زوجان: ذكر وأنثى. وقوله سبحانه وتعالى: ﴿يَـٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَـٰكُم مِّن ذَكَرٍ وَأُنثَىٰ وَجَعَلْنَـٰكُمْ شُعُوبًا وَقَبَآئِلَ لِتَعَارَفُوٓاْ إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِندَ ٱللَّهِ أَتْقَىٰكُمْ﴿١٣﴾﴾ (سورة الحجرات: الآية 13).

ومعنى هذا أن الله سبحانه وتعالى خلق الذكر بصفاته الخارجية والداخلية وبأشكاله وصفاته وقدراته التي تختلف عن الأنثى التي خلقها متطابقة مع نفسها خارجيًا وداخليًا.. كما خص كلاً منهما بهرمونات تختلف عن هرمونات الثاني كي يمكن تمييز بعضهما عن بعض.

إننا نعيش حاليًا في عالم تسيطر عليه رؤية الغرب اللاديني والذي يضع المواثيق التي تخلط الأشياء بعضها ببعض تحت دعاوى باطلة، من مثل: «الحرية الكاملة، ولكل إنسان الحق في أن يفعل ما يشاء طالما أن هذه الحرية لن تتدخل في حرية الآخرين، تحت عنوان كبير هو: «حقوق الإنسان» ـ وقد ساعد في

هذا الفساد الإعلام والإنترنت اللذان أصبحا وبالًا على البشرية؛ بسبب سيطرة الضالين المضلين الذين ينشرون الفساد في البر والبحر، وتحول العالم إلى عالم صغير بين يدي الصغار والكبار بطريقة يصعب السيطرة عليها من نشر للأفكار الجنسية الهدامة وتحريض على البغاء، واقتراح برامج تحض الأطفال منذ الصغر على الرذيلة بطريقة جهنمية تشد انتباه الأطفال، حتى إذا اشتد عودهم عند البلوغ تجدهم مؤهلين تأهيلاً تامًا لممارسة ما تعلموه في الصغر. العالم الآن على وشك أن يقع في الهاوية؛ بسبب تلك الحملات الإعلامية التي تشبع الشهوة الجنسية عند الشباب، وتجعلهم يمارسونها في العلانية بلا احترام أو خجل.

ومع أن الله قد خلق الذكور والإناث، فإن المنحرفين نفسيًا وعقليًا لا يملون من بث السموم لأبنائنا، أقول ذلك على الرغم من أننا نجد الرجل بكامل الرجولة يريد أن يخلع عن نفسه ذلك الرداء ويتخذ من الجنس الآخر الأنوثة والرغبة لكي يعيش في ذلك والشيء نفسه تتعرض له النساء.

حالة الخنثى (ثنائية الجنس)

يعاني الأطفال المصابون بهذه الحالة المرضية مشكلة في التطور الجنسي الخلقي وهو ما يُطلق عليه ثنائي الجنس أو البين جنسية (Intersex)، وهذه لا يد للطفل فيها، فقد خلقه الله كذلك، وكل ما يحتاج إليه عملية جراحية لتصحيح الوضع حسب نوع الأعضاء التناسلية الداخلية، بحيث يتطور نمو الشخص بالصفات الجنسية المطلوبة ذكرًا أو أنثى. ويحتاج في تلك الحالات إضافة إلى العملية الجراحية إلى أنواع خاصة من الهرمونات تتناسب مع التحوّل، أو التصحيح الجديد في مراحل الطفولة المبكرة.

إلا أنه في بعض الحالات تكون الأعضاء الداخلية التناسلية الذكرية والأنثوية موجودة لدى الشخص بالتساوي، ويُطلق عليها الخنثى المشكل، ويرى بعض الأطباء أن يُترك الوضع حتى سن البلوغ ومراقبة الطفل إلى أي جنس يميل وبعدها تجرى له العملية. ولتأكيد النوع وتحديده من حيث الذكورة أو الأنوثة فيمكن من خلال التعرُّف على مستوى الغدد ـ والأعضاء الداخلية والأعضاء الظاهرية وتحليل الجينات ثم علم الأجنة.

الأسباب

ولشرح السبب وراء الخنثى يحدث سواءٌ أكان المشكل أو غير المشكل، حيث إن إنتاج النُّطف (الأمشاج) في البشر المبايض أو الخصيتين يحدث عبر عملية يُطلق عليها «الانقسام الاختزالي»، حيث ينتج عن هذا الانقسام خلايا تحتوي على نصف عدد الكروموسومات في الجسم استعدادًا لاستكمالها بالعدد الكامل عند تلقيح البويضة القادمة من الأم بالحيوان المنوي القادم من الأب، وهذا يُحدِث جزءًا من التنوع المرغوب، إضافة إلى ذلك فإنه في أثناء عملية الانقسام الاختزالي يحدث ما يُعرف بـ «العبور» "Crossing one"، حيث ينتقل جزء من الكروموسوم من الأب إلى ذلك الجزء المقابل له القادم من الأم ليكمله.[97]، [98]

ومن الواضح أن عملية العبور يحدث فيها أحيانًا بأن تختلط صفات الأنثى وصفات الذكر في الجنين في أثناء تطوره وتؤدي إلى ولادة طفل يحمل صفات جنسية مبهمة بين الذكورة والأنوثة، وهؤلاء يُطلق عليهم في الغرب ما يمكن ترجمته إلى «البين جنسية» (Intersex)، وفي البلاد العربية يُطلق عليها الخنثى.

بيان حكم الجنس في الإسلام وموقف الشرع منه

يُراد بـ "تغيير الجنس" تحويل ذكر إلى أنثى، أو تحويل أنثى إلى ذكر. يحرم شرعًا؛ لأنه تغيير لخلق الله، وهو داخل في قوله تعالى: ﴿وَلَأُضِلَّنَّهُمْ وَلَأُمَنِّيَنَّهُمْ وَلَآمُرَنَّهُمْ فَلَيُبَتِّكُنَّ ءَاذَانَ ٱلْأَنْعَٰمِ وَلَآمُرَنَّهُمْ فَلَيُغَيِّرُنَّ خَلْقَ ٱللَّهِ ۚ وَمَن يَتَّخِذِ ٱلشَّيْطَٰنَ وَلِيًّا مِّن دُونِ ٱللَّهِ فَقَدْ خَسِرَ خُسْرَانًا مُّبِينًا ﴿١١٩﴾﴾ (سورة النساء: الآية 119)، وقوله تعالى: ﴿فِطْرَتَ ٱللَّهِ ٱلَّتِى فَطَرَ ٱلنَّاسَ عَلَيْهَا ۚ لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ ٱللَّهِ ۚ ذَٰلِكَ ٱلدِّينُ ٱلْقَيِّمُ ﴿٣٠﴾﴾ (سورة الروم: الآية 30). وللحديث الذي رواه البخاري عن عبد الله بن عباس ـ رضي الله عنهما ـ قال: "لعن رسول الله صلى الله عليه وسلم المخنثين من الرجال، والمترجلات من النساء، وقال: أخرجوهم من بيوتكم" (أخرجه البخاري).

جراحة تغيير الجنس طبيًا

هذا النوع من الجراحة يشتمل على استباحة المحظور شرعًا من دون إذن الشارع، كون كشف العورات التي تتم في مثل هذه العمليات الجراحية لا تدخل في باب "الضرورات التي تبيح المحظورات"؛ لذلك يوصي مجلس مجمع الفقه الطبي الإسلامي الدولي المنبثق عن منظمة التعاون الإسلامي، والمنعقد في دورته الخامسة والعشرين بجدة في المملكة العربية السعودية، خلال الفترة من 29 رجب ـ 3 شعبان 1444 هـ الموافق من 20-23 فبراير 2023م، بما يأتي:[99]

- دعوة الحكومات والدول إلى منع إجراء هذه العمليات، والتوعية بمخاطرها، ونتائجها المدمرة لفاعلها وللمجتمعات، وتوجيه الأشخاص الذين لديهم اضطرابات، أو وساوس في الهوية الجنسية لأسباب نفسية أو غيرها إلى العلاج.
- التوعية بخطورة الدعوات التي تدافع عن الشذوذ الجنسي، وتغيير الجنس، وتهدف إلى نشر الرذيلة وإشاعة الفاحشة بدعوى الدفاع عن الحقوق والحريات الفردية.
- الرجوع إلى الله ـ عز وجلّ ـ واللجوء إليه، وإلى ما أباحه الشرع الحنيف، وندب إليه من أسباب التداوي، ففيه الشفاء من جميع المشكلات، وبخاصة الاضطرابات النفسية، وغيرها.

الفتاوى الإسلامية حول موضوع تغيير الجنس من ذكر إلى أنثى أو العكس:

صدر عديد من الفتاوى من جهات مختلفة في العالم الإسلامي، وجميعها تُحَرِّمُ هذا الفعل وتُدينه، ومن هذه الفتاوى:

- فتوى الشيخ جاد الحق علي جاد الحق.[100]
- فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية.[101]
- فتوى إدارة الفتوى بوزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية بالكويت 1984م.[102]

- قرار المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي.[103]
- قرار الأمانة العامة لهيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية سنة 1993م.[104]
- توصيات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية.[105]

ويمكننا تلخيص ما سبق فيما يأتي:

- إن الشذوذ الجنسي مُحَرَّمٌ في الإسلام، وما قد يصحبه من تغيير الهوية مثل الذكر يتحول إلى أنثى، وبالعكس ويُحكم مع فاعله إما بالحد أو التعزيز.
- ما ظهر في بعض المجتمعات من جراحات تُسمى عمليات تغيير الجنس استجابة للأهواء المنحرفة «حرام قطعًا»، ويجوز إجراء عمليات لإجلاء حقيقة الجنس في الخنثى.[106]

نقل أو زرع الأعضاء

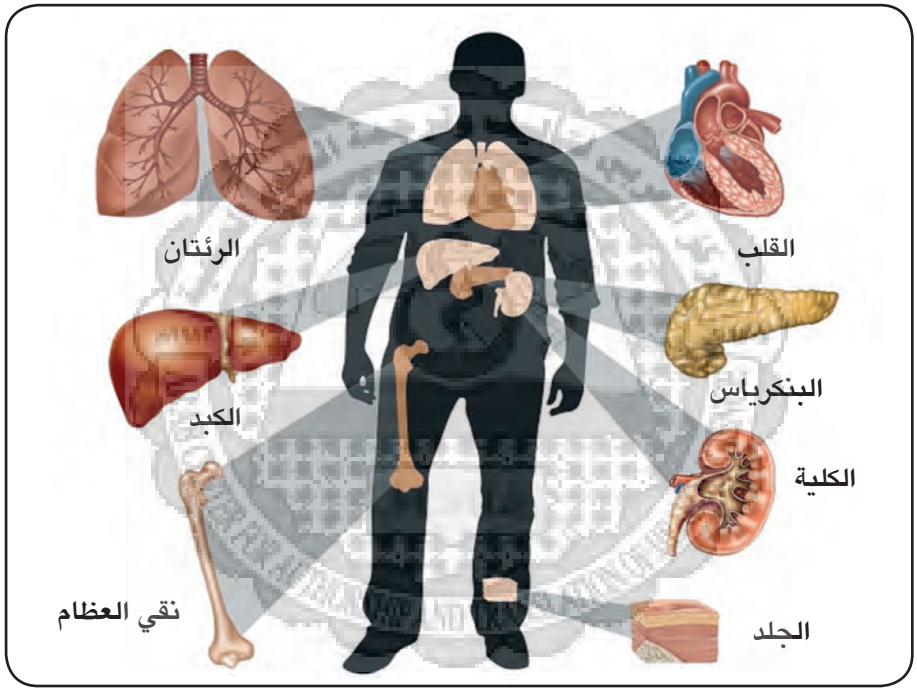
المراد بنقل الأعضاء، هو: «نقل أو زرع عضو سليم من متبرع (Donor) إلى مستقبل (Recipient) ليقوم مقام العضو التالف».

إن موضوع زرع الأعضاء ليس أمرًا حديثًا يشهده القرن الحالي، ولكنه أمر قديم عرفته البشرية بشكل من الأشكال البدائية، ويبدو من حفريات القدماء المصريين أنهم عرفوا عمليات زرع الأسنان والتي أخذها عنهم اليونانيون والرومانيون فيما بعد، ووصف الجراحون الهنود القدماء عمليات بارعة في إصلاح الأنف والأذن المقطوعة أو المتآلمة؛ نتيجة مرض ووصفوا بدقة ترقيع الجلد ونقله من الخد إلى موضع الأنف، وقد انتشرت هذه الطريقة في استخدام الرقعة الذاتية من الهنود إلى غيرهم من الأمم، ثم نقلها الجراحون الأوربيون في عصر النهضة عبر الأطباء المسلمين، وتوالت محاولات العلماء عبر التاريخ، ثم تطورت الحياة العلمية، وزادت من خيال العلماء بإمكانية وصل الأعضاء مع بعضها ببعض، ويتمثل ذلك في الأجزاء الخارجية لجسم الإنسان، ولكن

باءت جميعها بالفشل، وكانت المحاولة الأولى نجاح فكرة زراعة الأعضاء هي زراعة القرنية، ثم أتبع ذلك محاولات كثيرة، وكانت أول محاولة كبيرة وموفقة هي ما قام به البروفسيور "كريستيان برنارد" (Christiaan Bernard) في 1967م في جنوب إفريقيا، كان يُعالج فتاة في مقتبل العمر حالة قلبها متدهورة وليس لها علاج آخر سوى زراعة قلب مكان قلبها، وفي هذه الأثناء توفي شاب زنجي في حادث سيارة وسعى البروفسيور "برنارد" إلى أسرته واستطاع أن يقنعها بأخذ قلب الفتى لزراعته مكان قلب الفتاة، تكللت العملية بالنجاح، ونُشر الخبر في جميع وسائل الإعلام، وكان ذلك في الستينيات، وازدادت شهية العلماء في المجال الطبي بإمكانية زرع الأعضاء الأخرى، ولقد تطورت عمليات زرع الأعضاء لتشمل كل الأعضاء تقريبًا ما عدا الدماغ، ومما ساعد على تطور هذه العمليات ظهور مفهوم (موت الدماغ) وتَقَبُّل الدوائر الطبية والشرعية والقانونية له، واعتبار بعض الفقهاء الوفاة الدماغية هي وفاة حقيقية يجوز معها نقل الأعضاء للمحتاجين ؛ مما ساعد على كثرة عمليات الزرع وتعدُّدِها. لكن واجهتهم صعوبة نقل الأعضاء من الميت إلى الحي، فكيف يتم نقل عضو من شخص ميت وما زال قلبه ورئتاه تعمل؟! لذلك بدأت الدراسات لوضع تعريف للموت السريري.[107]

والسؤال الحتمي المنطقي: إن فلانًا من الناس قد مات (سريريًا) لفترة، ولكن قلبه وكبده ورئتيه لم تمت بعد، فماذا لو شققنا جسمه فاستخلصنا منه عضوًا ليُزرع في مريض لا أمل له في الحياة الآن، أو استبدل عضو من أعضائه الصحيحة لزراعته في مريض لا أمل له في الحياة؟ وهو سؤال أجاب عنه الإسلام بالإيجاب؛ بحكم أن الضرورات تبيح المحظورات، فالضرر في إنقاذ الحي يبيح المحظور في جرح الميت وأخذ عضو منه، وبه كانت المصلحة في إبراء المريض المشرف على الهلاك واضحة، وقد صدرت بذلك الفتاوى في معظم الجهات المسؤولة عن الإفتاء. تتطلب خروجًا من الموروث القديم بتعريف الموت، والتفرقة بين الموت الذي درجت عليه الثقافات المختلفة والموت السريري، وسوف نشرح ذلك في الصفحات القادمة للتعرّف على كيف أمكن التفريق بينهما؟[108]

صاحب هذا التعريف التقدم الهائل في أجهزة الإنعاش والرعاية المكثفة بشكلها الحديث، وكذا مجموعة كبيرة من الأجهزة المختلفة في داخل جسم المريض، ونتج عن هذا إمكانية معرفة الوقت المناسب لوقف أجهزة الإنعاش وفق المعارف الإنسانية المتوافرة، إن لم يَعُدْ لاستمرارها جدوى أو يقرر نقلها من مريض لم تَعُدْ تقدِّم له نفعًا إلى آخر يرجى أن تساعد على إنقاذ حياته [109].



الأعضاء التي يمكن التبرع بها.

هل يتعرض المتبرع بالأعضاء للخطر؟

بالتأكيد توجد درجة من الخطورة في مرحلة إجراء الجراحة ذاتها تمتد لفترة بعد الجراحة مباشرة، هذه الاحتمالات تضاءلت كثيرًا في ظل التقدم العلمي والطبي الحديث، إلا أنها ما زالت واردة وهناك أيضًا مخاطر أخرى؛ وذلك إذا ما تعرض العضو الباقي (مثلًا الكلية الأخرى) للتلف في حادث مثلًا، أو نتيجة مرض ما... ولهذا كانت

حكمة الله في خلق فائض من الأنسجة في جسم الإنسان وحتى في الأعضاء البشرية المفردة فيما يفوق حاجة الجسم في الأحوال العادية، وليس أمام المتبرع من سبيل آخر سوى الصبر وشعوره بالسعادة؛ لأنه أنقذ إنسانًا كان على وشك الهلاك، وهو ما تهون أمامه أخطار التبرع، والفرصة الأخرى أنه أعطى شخصًا آخر فرصة الحياة الجديدة، وهي سعادة العطاء المادي والروحي، وتقاسم فرصة الحياة مع من يحب في ظل صلة الرحم [110]، [111].

الموت السريري والموت الدماغي

الموت السريري (Clinical death)، هو المصطلح الطبي لتوقف الدورة الدموية والتنفس مما يلزم لاستمرار الحياة بينما الموت الدماغي (Brain death)، يُعرف بأنه فقدان لا رجوع فيه لجميع وظائف الدماغ بما في ذلك جذع الدماغ، وتُعَدُّ علامات الموت الدماغي الأساسية هي: الغيبوبة، وغياب رد فعل جذع الدماغ، وتوقف التنفس، وحينئذٍ يُحكم بوفاة الدماغ ووفاة الإنسان؛ لأن موت الدماغ يعني: موت باقي الأعضاء سواء أكان ذلك بعد وفاة الدماغ مباشرة أو بعد زمن.

مع أن التراث الغربي عدَّ الحاخام والطبيب اليهودي "ابن ميمون" هو أول من جاء بفكرة «موت الدماغ»، وذلك بملاحظته أن الإنسان المفصول جسده يُعدُّ ميتًا مع استمرار حركة الجسم والأطراف [112]، إلا أن علماء المسلمين سبقوه في هذه الملاحظة وشبهوها بحركة المذبوح قبل ولادة ابن ميمون بمئات السنين (وسيأتي التعريف بحركة المذبوح في الجزء الفقهي).

وفي القرن الثامن عشر والتاسع عشر سيطر الخوف من إمكانية دفن إنسان ما زال حيًا بسبب التشخيص الخاطئ لموته، ولتفادي مثل هذا الخطأ الفادح بيعت بالأسواق أجراس وأعلام لتنبيه الناس بأنه ما زال حيًا [113].

وعندما نبه الأطباء الفرنسيون المجتمع الطبي بمرض موت الدماغ أصبح الوضع القانوني والشرعي لهؤلاء المرضى مبهمًا؛ وذلك لأنهم يتمتعون ببعض الصفات التي ارتبطت سابقًا بالحياة، من مثل:

- أجسام تفرز البول والفضلات.
- بعض أعضاء الجسم الأخرى ما زالت تعمل بطاقتها الطبيعية وفي الوقت نفسه فإنهم يملكون صفات مميزة ارتبطت بالموت.
- الإغماء الكامل وعدم الاستجابة لأي مؤثرات معتادة مهما تكررت، ومهما كانت وسائل التنبيه قوية ومؤلمة.
- فقدان القدرة على التنفس بشكل نهائي أو كامل.
- انعدام الحركات الإرادية.
- انعدام نظام المحافظة على التوازن البدني الداخلي [114].

ما الأسباب التي تكون وراء الحاجة إلى التحديد، أو التشخيص المبكر لموت الدماغ

توجد أسباب وراء هذا الموضوع، وهي:

- اهتمام فريق نقل الأعضاء باستخدام الميت باعتباره متبرعًا بأعضائه.
- التكاليف الباهظة للملاحظة في العناية المركزة.
- الإحباط الذي يصيب العاملين بوحدة العناية المركزة حين يُجبَرون على تمريض جسم شخص ميت، خاصة إذا كانت هناك حالة في حاجة ماسة لاستخدام وحدة العناية المركزة التي يوجد بها المريض الميت.
- التقليل من فترة حزن الأهل التي تقع بعد التشخيص، وأمل الأهل بعودة الحياة مرة ثانية إلى قريبهم ورفض فصل الأجهزة المختلفة، وهؤلاء الأقارب لا يدركون أنهم بهذا الفعل (تأخير إعلان الوفاة) يسيئون إلى المتوفى (فإكرام الميت دفنه كما قال الفقهاء) [115].

وفي معرض الرد على أن الموت يُعرف سابقًا بتوقف القلب والتنفس تمامًا، وينقض هذه الفكرة توقف القلب عن النبض مؤقتًا في أثناء إجراء عمليات القلب المفتوح والانتهاء من إصلاح ما أصاب القلب بعد تنبيه القلب ليعود تدريجيًا، فهل يمكن وصف مرحلة توقف القلب مؤقتًا بأن المريض مات، هذا مرفوض، ويتبين أن الجهاز العصبي هو الجهاز الذي يقوم بالتنسيق بين أعضاء الجسم جميعها بشكل مباشر أو غير مباشر، ويجعل الشخص يتصرف ككل لا يتجزأ، وتقطع الشخصية الاعتبارية كفر [116].

وتأكيدًا لما سبق فإذا ما أُصيب الدماغ سواء أكانت الإصابة في حادثة أو بمرض شديد أدى إلى تعطيل جزء كبير من تفكيره ووعيه وقدرته على الكلام، ولكنه احتفظ بقدرته على التنفس والغذاء فماذا نَعُدُّه؟ هل يُعد من الأموات أم من الأحياء؟

طالما هذا الشخص قادر على التنفس التلقائي والغذاء، ومهما تأثرت المراكز الأخرى، فإنه يُعَدُّ من الأحياء، وإن كان معاقًا غير قادر على النطق أو الحركة أو الإحساس يُعَدُّ هذا الشخص وأمثاله في حالة نباتية (Vegetation State)؛ لأنه كالنبات يحتاج إلى تقديم المياه والمغذيات له [117]. "وبعضهم الآخر يرى أن تسمية هذه الحالة بالحالة النباتية" تسمية خاطئة، أي: أن الجسد يبين على المقدمات الخارجية [118].

بينما لو أُصيب هذا المربع في المخ بإصابة بالغة، وتم تشخيص وفاته فإن جميع الأعضاء تتوقف عن أداء وظائفها، ويتفاوت التوقف الكامل من عضو لآخر، ويمكن بعد ذلك، إذا ما تمت تغذية الجسم بالأكسجين اللازم أن تبقى تعمل لمدة قد تصل إلى 48 ساعة. واستطاع اليابانيون زيادة عمل هذه الأعضاء لعدة أسابيع، وفي جميع الحالات يمكن الحصول على الأعضاء السليمة من المريض لزرعها في المرضى الذين هم في حاجة إليها [119].

مصادر الحصول على الأعضاء

- الموتى المتبرعون.
- المتبرعون الأحياء.
- النقل الذاتي، أي: (من الشخص، وإلى الشخص نفسه).

أولًا: الموتى المتبرعون، ويُشترط للحصول على عضو، أو أعضاء من المتوفى الشروط الآتية:

- أن يتم تشخيص موت الدماغ حسب الأصول التي يتم الاتفاق عليها والتأكد من مراعاة جميع بنودها.
- إذا أوصى المتوفى قبل وفاته بالتبرع بالأعضاء.
- إذا لم يوصِ المتوفى قبل وفاته يمكن أخذ موافقة الأهل على ذلك، وإذا رفضوا فلا يجوز أَخذ أي عضو من جسد المتوفى.
- ضرورة توافق جميع الاختبارات بين المتبرع المتوفى والمتلقي.

ثانيًا: المتبرعون الأحياء، ويشترط :

- يُفضل أن يكون من الأقارب.
- إذا لم يجد فعليه البحث عن متبرع.
- يُشترط أخذ الموافقة الكتابية اللازمة من المتبرع.
- ضرورة إخطاره بما سيتم من إجراء العملية ومخاطرها، والإجابة عن جميع أسئلته.
- توافق جميع متطلبات الزرع لكل من الطرفين: المتبرع، والمتلقي.
- اتخاذ الإجراءات اللازمة نحو عدم استغلال موضوع زراعة الأعضاء للتجارة، ومنع بيع وشراء واستغلال ذي الحاجة ببيع جزء من جسده للحصول على المال.
- يجب مراعاة أن المسموح به في التبرع من الأحياء هي الأعضاء الثنائية فقط، من مثل: (الكليتين، والرئتين)، ولا يُسمح بغير ذلك.

ثالثًا: النقل الذاتي، أي: (من الشخص، وإلى الشخص نفسه)

مثل: نقل أو زراعة خلايا من الغدة الكظرية إلى مخ المريض لعلاج الشلل الرعاش وألزهايمر، أو زرع الجلد، والأوردة، والغضاريف.

الملاحظات السريرية التي تتوافق مع تشخيص موت الدماغ

المظاهر التالية تُلاحظ أحيانًا، ويجب ألا يُساء تفسيرها على أنها دلائل على قيام جذع الدماغ بوظيفته وعودة الشخص إلى الحياة، ومنها:

- حركات تلقائية ناتجة من النخاع (Spinal) في الأطراف.
- حركات شبيهة بحركات التنفس (ارتفاع وانخفاض الكتفين، أو تقوس الظهر، أو تمدد بين الضلوع دون أحجام مدية ذات أهمية).
- عرق أو احمرار الوجه أو خفقان.
- ضغط دم عادي من دون دعم عقاقيري.
- انعكاسات عضلية عميقة، استجابة استثنائية ثلاثية [120].

كان هذا معظم ما يتعلق بالجوانب الطبية «لموت الدماغ، أو موت جذع المخ».

وقد أضاف الفقهاء تصورًا لتشخيص موت جذع المخ بحركة المذبوح:

فرَّق الفقهاء بين من وصل إلى حركة المذبوح؛ نتيجة عدوان أو افتراس وحشي ولم يَعُدْ لديه القدرة على النطق أو الكلام ونفسه انقطع، فإن هذا يُحكم بموته وتسري عليه أحكام الموت، وتعتد زوجته وتُقسم تركته، ولو اعتدى عليه شخص آخر فأجهز عليه فلا يعتبر الثاني قاتلًا بل الأول، وإنما يحكم على الثاني بالتعزير [121]. (عقوبة مشروعة بغرض التأديب على معصية، أو جناية لا حد فيها ولا كفارة، ولكن لم تتوفر شروط تنفيذه، والتعزير حق لولي الأمر).

من وصل إلى حركة المذبوح نتيجة مرض لا تسري عليه أحكام الموت [122].

قال النووي في المنهاج: "ولو قتل مريض في النزع أو النزف وعاش عيشة المذبوح وجب بقتله القصاص"، وقال الشارح: "لأنه قد يعين بخلاف من وصل بالجناية إلى حركة المذبوح" [123].

كما بين «الدكتور حسن علي» أسباب وجود النبض والقلب لا يزال ينبض ويتنفس تلقائيًا بينما يموت المخ. السبب في ذلك أن للقلب خاصية كهربائية أتوماتيكية ذاتية، والمخ لا يتحكم في هذه الخاصية الكهربائية الأتوماتيكية الذاتية لتوليد نبضات القلب، وهذه المظاهر بجانب ما ذكره الدكتور محمود كريدية توكد أن استمرار هذه الأعضاء لا يعني أن المريض ما زال حيًا، بل هو متوفى منذ موت جذع المخ. وهذا يفيد في وجوب سرعة الحصول على الأعضاء للاستفادة منها في استئصالها وزرعها في مريض يحتاج إليها حتى تظل تعمل ويدفع الدم إلى الأعضاء المختلفة في الجسم [124]، [125].

متى يكون الإنسان قد توفي؟

من المعروف أن الإنسان جسد وروح، والروح هي التي تسيطر على كل تصرفات الجسد، فإذا توقف الجسد عن أداء مهامه المكلف بها من الروح، فإن الروح تغادر الجسد ـ وهنا يموت المخ وبقية الأعضاء تباعًا مع اختلاف الزمن.

هل يملك الإنسان جسمه؟ (مدى ملكية الإنسان لأعضائه)

من مظاهر تكريم الإسلام للإنسان أنه اعتبر جسمه ملكًا لله تعالى وحده، فلا يجوز لأحد أن يتصرف فيه بما يسوؤه أو يرديه، حتى ولو كان هذا التصرف من صاحب هذا الجسد نفسه؛ ولذا حرمت الأديان السماوية والوضعية إتلاف البدن وإزهاق الروح عن طريق الانتحار أو ما يؤدي إليه. مصداقًا لقوله تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوٓاْ أَنفُسَكُمْۚ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا ﴿٢٩﴾ وَمَن يَفْعَلْ ذَٰلِكَ عُدْوَٰنًا وَظُلْمًا فَسَوْفَ نُصْلِيهِ نَارًاۚ وَكَانَ ذَٰلِكَ عَلَى ٱللَّهِ يَسِيرًا ﴿٣٠﴾﴾ (سورة النساء: الآيتان 29، 30).

كذلك في قوله سبحانه وتعالى:﴿وَأَنفِقُواْ فِي سَبِيلِ ٱللَّهِ وَلَا تُلْقُواْ بِأَيْدِيكُمْ إِلَى ٱلتَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوٓاْۛ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلْمُحْسِنِينَ ﴿١٩٥﴾﴾ (سورة البقرة: الآية 195).

وكذلك بالأحاديث النبوية الشريفة، فعن أبي هريرة ـ رضي الله عنه ـ قال رسول الله صلى الله عليه وسلم معلمًا: «الذي يخنق نفسه يخنقها في النار، والذي يطعن نفسه يطعن نفسه في النار، والذي يقتحم ـ أي: يرمي نفسه من مكان مرتفع ـ يقتحم في النار» (رواه البخاري).

وعن جابر بن سمرة: أن رجلًا كانت به جراح، فأتى قرَنًا له، أي: (الجعبة التي يضع فيها السهام)، فأخذ مِشْقَصًا فذبح به نفسه فلم يُصلِّ عليه النبي صلى الله عليه وسلم (قال الترمذي: حديث حسن صحيح).

ولقد كرم الله الإنسان بأن خلقه في أحسن صورة، وخلقه بيده وشق له سمعه وبصره، وفضله على كثير من مخلوقاته بالعقل والعلم والنطق، وقد ابتنى على هذا التكريم وجوب الحفاظ على بقاء هذا النوع بأسلوب شريف نظيف، ومنع الوسائل التي تؤذيه، أو تقطعه، أو تميته إلا بالحق [126].

فلا يجوز قتل النفس المؤمنة عمدًا؛ لعصمتها بالإسلام وبالمقام في ديار المسلمين مصداقًا لقوله تعالى: ﴿وَمَن يَقْتُلْ مُؤْمِنًا مُّتَعَمِّدًا فَجَزَآؤُهُۥ جَهَنَّمُ خَٰلِدًا فِيهَا وَغَضِبَ ٱللَّهُ عَلَيْهِ وَلَعَنَهُۥ وَأَعَدَّ لَهُۥ عَذَابًا عَظِيمًا ﴿٩٣﴾﴾ (سورة النساء: الآية 93). وقال: ﴿وَٱلَّذِينَ لَا يَدْعُونَ مَعَ ٱللَّهِ إِلَٰهًا ءَاخَرَ وَلَا يَقْتُلُونَ ٱلنَّفْسَ ٱلَّتِى حَرَّمَ ٱللَّهُ إِلَّا بِٱلْحَقِّ وَلَا يَزْنُونَ ۚ وَمَن يَفْعَلْ ذَٰلِكَ يَلْقَ أَثَامًا ﴿٦٨﴾﴾ (سورة الفرقان: الآية 68).

مدى قابلية حق الله وحق العبد للنقل والإسقاط

صرح كثير من علماء المسلمين بأن حق الله وحق العبد يختلفان من حيث قابلية كل منهما للإسقاط والنقل، فنصوا على أن الأصل في حق العبد أن الخيرة فيه لصاحبه، يتصرف فيه بالنقل والإسقاط وغيره من أنواع التصرفات. وعلى أن الأصل في حق الله (حق الجماعة) أنه لا يجوز التصرف فيه بالنقل والإسقاط إلا لمبررات شرعية تحكمها قواعد محددة [127].

ويقول ابن قيم الجوزية: «الحقوق نوعان: حق الله وحق الآدمي». حق الله لا مدخل للصلح فيه .. وأما حقوق الآدميين فهي التي تقبل الصلح والإسقاط والمعارضة عليها[128].

وكتب "الشاطبي" حول هذا المعنى مع اختيار ألفاظ وعبارات مختلفة [129]، [130].
وكل أصل من هذين الأصلين يرد استثناء، يكون حق العبد فيه غير قابل للنقل والإسقاط، ويصبح فيه حق الله قابلًا لذلك، يقول العز بن عبد السلام: "ما من حق للعباد يسقط بإسقاطهم إلا وفيه حق الله.. وهو من الإجابة والطاعة، أي: إسقاط حق الغير" [131].

وأبرز معالم هذا المنهج منع الإنسان من التعسف باستعمال حقه بالإضرار بالآخرين وتضييع حقوقهم [132].

وعلى الرغم من ذلك يرى بعض الفقهاء أنه لا يجوز للإنسان أن يبيع عضوًا من أعضاء جسده أيًا كان هذا العضو، وذلك لأسبابٍ متعددة منها:

- أنَّ جسد الإنسان ليس ملكًا له، بل ملكًا لله سبحانه وتعالى، وليس محلاً للبيع والشراء، وليس سلعة من السلع التي يصحُّ فيها التبادل التجاري.
- أنَّ موضوع الضرورة يجب الاحتياط في تصنيفها فالضرورة تُقدر بقدرها.
- أن تصرف الإنسان في جسده أو في جزء منه بالبيع والشراء ليس مما أحله الله [133].

وهذه عينة من آراء الفقهاء بإجماعهم على حرمة بيع الآدمي، والجميع متفق على هذا التحريم [134].

هل يمتلك الآدمي أعضاءه الداخلية

إن قياس بيع العضو الآدمي على بيع الحر في التحريم قياسٌ مع الفارق؛ وذلك أن بطلان بيع الحر سببه تنافي هذا البيع مع كرامة الآدمي من جهة، وإهدار حقه الثابت شرعًا من جهة أخرى.

وهذان المعنيان منتفيان في بيع العضو، فلا قدح في الكرامة إذا بيع العضو لاستعماله فيما خلق له من غير الكسب المادي وإنما بهدف إنقاذ مريض من الهلاك،

والحر لا يباع من أجل هذا الغرض، كذلك فإن بيع الآدمي لعضو من أعضائه لا يتنافى مع حريته، فمن باع جزءًا من دمه أو باع كليته لا يفقد شيئًا من حريته [135].

إباحة الحي لإقطاع عضو منه لمعالجة غيره به

هذه صورة أثيرة من صور الإيثار على النفس، والإحسان المرغوب فيه، ومن مشمولات قوله تعالى:﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَآ أَحْيَا ٱلنَّاسَ جَمِيعًا﴾ (المائدة: الآية 32). وفي آية أخرى ﴿وَيُؤْثِرُونَ عَلَىٰٓ أَنفُسِهِمْ وَلَوْ كَانَ بِهِمْ خَصَاصَةٌ﴾ (سورة الحشر: الآية 9).

ولا مرغوب فيه أعظم أجرًا من هذا، فإن كان القطعُ بعلاج فلا بأس به، وإن كان من غير علاج فلا يحل. وفي الوقت نفسه نصُّوا على عدم جواز القطع إذا كان ذلك للأكل أو للتجارة [136].

وهناك قول ثانٍ: هو أنَّ الإنسان يملك أعضاءه، ومن ثَمَّ يجوز له التصرف فيها بالتبرع بشروط، وبه قال جملة من الفقهاء المعاصرين، ولا شك أن الأصل في ملكية جسد الإنسان كاملًا لله تعالى، ولكن هذه الملكية لا تتعارض مع الملكية الشخصية [137]، وذلك لأن الشريعة أباحت للإنسان التصرف بما خُلِقَ له لينتفع به دون إضرار، وأن يحافظ على أعضائه، ويحرم عليه الإضرار بها.

الشروط الواجب توافرها للموافقة على النقل (الاقتطاع)

- أن يكون بإذن مطلق من المقتطع منه، فلو كان بغير إذن «حُرِّم».
- أن يكون المقتطع منه الذي أذن مكلفًا مختارًا غير مكره، ويملك التصرف فيها بما لا يخالف الشرع.
- أن يكون الإذن بالاقتطاع متبرعًا به.
- أن لا يؤدي التبرع بشيء من الأعضاء إلى هلاك المتبرع أو تعطله عن واجباته الحيوية.

- أن يكون الإذن بالاقتطاع صادرًا من الآذن به في حياته، أو من ورثته بعد وفاته.
- أن لا يترتب على الإذن بعد الوفاة تمثيل بالميت.
- أن يكون الاقتطاع لإنقاذ الغير، بحيث لا يغنى عنه سواء أكان ذلك من أعضاء أي حيوان أو صناعي، وذلك لتحقيق الضرورة؛ لأن الأصل تحريم ذلك كما تقدم [138].

وماذا عن المتبرعين الموتى: هل يجوز نقل شيء من أعضاء الميت إلى الإنسان الحي؟

إن الشريعة الإسلامية كرمت جسد الإنسان حيًا وميتًا ونهت عن ابتذاله وتشويهه أو الاعتداء عليه بأي لون من ألوان الاعتداء. ومن مظاهر هذا التكريم: الأمر بتغسيله، وتكفينه والصلاة عليه، ودفنه مصداقًا لحديث الرسول (صلى الله عليه وسلم): «كَسْرُ عَظْمِ المَيِّتِ كَكَسْرِهِ حَيًا» (رواه مسلم عن حديث عائشة رضي الله عنها) أي: أن عقوبة من يعتدي على جسد الميت كعقوبة من يعتدي على جسم الحي؛ لذا قال بعض العلماء بحرمة التبرع بشيء من أجزاء الجسم لا في حال الحياة ولا في حال الوفاة؛ لأن الإنسان لا يملك جسمه.

ويرى فريق آخر أنه يجوز نقل عضو من أعضاء الميت إلى جسم إنسان حي إذا كان هذا النقل يؤدي إلى منفعة الإنسان المنقول إليه هذا العضو منفعة ضرورية لا يوجد بديل لها، وأن يحكم بذلك الطبيب المختص الثقة .. وفي حالة عدم وجود وصية من المتوفى يجوز أخذ موافقة الورثة في ذلك، وإن لم يكن للمتوفى ورثة أخذ إذن من النيابة العامة... إلا أن هذا الإذن لا يكون ملزمًا لأهل الاختصاص، وهم الأطباء الثقات إذا رأوا أن حياة هذا الإنسان بناء على القاعدة الفقهية المشهورة «الضرر الأشد يزال بالضرر الأقل» [139].

التبرع بالأعضاء والواجب الأخلاقي (الإيثار)

الأصل في الشرع هو أن الإيثار محمود عمومًا، وفي التبرع بالأعضاء والتضحية ببعض الحقوق في سبيل إنقاذ المضطر يكون مطلوبًا شرعًا ما لم يخل ذلك بمقصد شرعي [140]. فالإيثار بالنفس أو بجزء من البدن أو عضو من الأعضاء عند الضرورة جائز شرعًا على أن يستوفي الشروط السابقة، خاصة إذا تحققت المصلحة، أما إذا تحققت المفسدة أو طغت على المصلحة فيوصى بعدم الجواز [141].

يقول "أبو إسحاق الشاطبي" في مسألة الإيثار وتنازل المسلم عن حظوظه الدنيوية لأخيه المسلم وندب ذلك من الشرع: وهو نظرُ مَن يُعِدُّ المسلمين كلهم شيئًا واحدًا على مقتضى قوله (صلى الله عليه وسلم): «مثلُ المؤمنين في تَوادِّهم، وتَرَاحُمِهم، وتعاطُفِهِمْ مثلُ الجسَدِ إذا اشتكَى منْهُ عضوٌ تداعَى لَهُ سائرُ الجسَدِ بالسَّهَرِ والْحُمّى» (رواه الشيخان البخاري ومسلم)، وقوله: «لا يُؤْمِنُ أحدُكُم حتى يُحِبّ لأَخِيهِ ما يُحِبُّ لنفسِهِ من الخيرِ» (أخرجه البخاري (11/1)، ومسلم (49/1) في صحيحهما)، وقوله سبحانه وتعالى ﴿وَيُؤْثِرُونَ عَلَىٰٓ أَنفُسِهِمْ وَلَوْ كَانَ بِهِمْ خَصَاصَةٌ ۚ ۝٩﴾ (سورة الحشر: الآية 9) [142].

ويرى الدكتور «محمد نعيم ياسين»* الآتي:

يجوز بيع الأعضاء الآدمية للحاجة، وأنه ما دامت الحاجة هي مجرد الحكم بالجواز، فلا بد من أن يكون بالقيود والشروط الآتية:

* محمد نعيم ياسين هو: كاتب ومؤلف وداعية إسلامي فلسطيني، عمل أستاذًا في كلية الشريعة بعديد من الدول العربية؛ من مثل: الأردن، وقطر، والكويت، وكان عضوًا في عدة هيئات وجامعات علمية أبرزها: مجلس الإفتاء الأردني، ولجنة إنشاء كلية الشريعة بجامعة الكويت، ووزارة الأوقاف والعدل الكويتية وغيرها من كليات الدراسات الإسلامية والعربية وحصل على جائزة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في مجال الفقه الطبي والتي تمنحها مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

- أن يكون بيعها من أجل الانتفاع بها بمثل ما خلقت له، وأن لا تباع إلا لمن يعلم أنه يستعملها في ذلك.
- أن لا يكون في بيعها تعارض مع الكرامة الآدمية، بحيث لا تكون الغاية من ذلك الربح والتجارة والتداول.
- أن يدفع البائع ببيع عضوه مفسدة أعظم من مفسدة فقد العضو نفسه.
- أن لا يكون بيع العضو متعارضًا مع نص شرعي خاص (كالشعر) أو مبدأ شرعي آخر غير ما ذكر (كمني الرجل).
- أن لا يكون هناك أي بدائل صناعية للأعضاء الآدمية تقوم مقامها وتقف عنها.
- أن يكون البيع والشراء تحت إشراف مؤسسة متخصصة رسمية موثوقة للتحقق من توافر الشروط [143].

لا يقبل التبرع عن الصغير والمجنون والمعتوه؛ لأن النيابة الشرعية مقيدة بتحقيق الأصلح للصغير والمجنون، وقد اتفق الفقهاء على أن الولي والوصي لا يقبل منهما التبرع بمال الصغير والمجنون ولا أي حق من حقوقه؛ فمن باب أولى لا يجوز لهما الإذن بأخذ عضوه وهو حي [144].

مما سبق تتضح ضرورة الالتزام بالشروط السابق ذكرها في حالة الموتى والأحياء حتى يتم قبول الأقدام والأعضاء المطلوبة من الموتى والأحياء.

والتبرع بالأعضاء من الحي إلى الحي يراعى فيه الآتي:

- الأعضاء الزوجية في جسم الإنسان مثل الكليتين. وقد أجمع فقهاء الأمة الإسلامية بجانب موافقة الأطباء على نقل إحدى الكليتين بالشروط السابق ذكرها، وتسير بنجاح كبير في كل أنحاء العالم.
- التبرع بإحدى العينين لمريض فقد نظره، وهذا أمر غير مقبول لأنه تشويه للإنسان الذي قال عنه سبحانه وتعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ فِىٓ أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ ۝٤﴾ (سورة التين: الآية 4) فلماذا تشوه وجه إنسان؟!

- الأعضاء التناسلية: لا يجوز نقلها بسبب خلط الأنساب، وهي عملية أشبه بالزنى، حيث إن زرع الغدد التناسلية (الخصية والمبيض) تستمر في إفراز الصفات الوراثية (الشفرة الوراثية) للمنقول منه حتى بعد زرعها في متلق جديد؛ ولذا فإن زرعها محرم شرعًا، وبالنسبة لزرع الأعضاء التناسلية فإن بعضًا منها التي لا تنقل الصفات الوراثية جائز للضرورة ووفق الضوابط والمعايير الشرعية.

أما من المتبرعين الموتى إلى الأحياء (نقصد بالموتى الذين تم تشخيصهم عن طريق موت جذع المخ).

- يجوز نقل القرنية لمن يحتاج إليها للتغلب على مشكلة ضعف الإبصار.
- يجوز نقل جميع الأعضاء الداخلية من المتوفين إلى الأحياء.

التأكيد على أمرين: الأمر الأول: أن هذه الأعضاء ليست للبيع، ويتوفر فيها شروط أخذ الإذن من الأقارب في حالة عدم ترك وصية.

الأمر الثاني: أن يتم تشخيص الآدمي باتباع أحدث الطرق في هذا الخصوص من الإعلان والتأكد من وفاته[145].

مسألة بيع الأعضاء

في ضوء ما استقر عليه الرأي الشرعي من المجامع الفقهية وهيئات الإفتاء في العالم الإسلامي من جواز نقل الأعضاء إلى المرضى في الظروف والشروط المقررة شرعًا: ناقشت الندوة موضوع بيع الأعضاء وانتهت إلى ما يأتي:

- خير ما يتم به الحصول على الأعضاء أن يكون ثمرة التراحم بين الناس بالتبرع من جثث الموتى بالوصية أو موافقة الورثة، وكذلك من أعضاء المتوفى مجهول الهوية.
- رأى الأكثرية أنه يجوز الحصول على الأعضاء بتبرع الحي للحي بالشروط والضوابط المعتبرة، ومنها عدم الإضرار بالشخص المتبرع، أو إرغامه على التبرع بالأعضاء.

- لا يجوز بيع الأعضاء، وإذا لم يمكن الحصول على الأعضاء بالتبرع ولم يمكن الحصول عليها إلا ببذل مال فهذا جائز فيما انتهى إليه أكثرية المشاركين، وهو من المحظور الذي يباح في حال الضرورة، ويرى بعضهم عدم جواز ذلك.
- في جميع الأحوال يجب أن لا يترك الحصول على الأعضاء ـ ولا سيما في حال الإضرار ـ لمناقشة المريض الغني للمريض الفقير، بل تنشئ له الدولة هيئة تحكمه، وتتقي محاذير وفق قانون مفصّل يوضح ذلك.
- لا يقبل التبرع عن الصغير والمجنون والمعتوه؛ لأن النيابة الشرعية تقوم بتحقيق الأصلح للصغير والمجنون والمعتوه، وقد اتفق الفقهاء على أن الولي والوصي لا يقبل منه التبرع بمال الصغير والمجنون والمعتوه، ولا أي حق من حقوقه فمن باب أولى لا يجوز لهما الإذن بأخذ عضوه وهو حي [146].

توصيات المنظمة الاسلامية للعلوم الطبية حول زرع الأعضاء

زرع خلايا المخ والجهاز العصبي

عرضت الندوه لموضوع زرع الخلايا المخ والجهاز العصبي (ولا يقصد بذلك نقل المخ من إنسان لإنسان آخر) والغرض من هذه الزراعة إما لعلاج قصور خلايا معينة في المخ عن إفراز مادتها الكيميائية، أو الهرمونية بالقدر السوي فيستكمل هذا النقص بأن تودع في موطنها من المخ خلايا مثيلة من مصدر آخر لو لعبور فجوة في الجهاز العصبي؛ نتيجة بعض الإصابات كما يُستبدل بقطعة من سلك تالف قطعة صالحة، وقد قرر ما يأتي [147]:

أولًا ـ إذا كان المصدر للحصول على الأنسجة هو الغدة الكظرية للمريض نفسه وفيه ميزة القبول المناعي؛ لأن الخلايا من الجسم نفسه، وترى الندوة أنه ليس في ذلك من بأس شرعًا.

ثانيًا ـ إذا كان المصدر هو الحصول على الأنسجة من خلايا حية من مخ جنين باكر (في الأسبوع العاشر، أو الحادي عشر)، فيختلف الحكم بحسب طريقة الحصول على تلك الأنسجة.

وهناك طرق للحصول على هذه الخلايا:

الطريقة الأولى: أخذها من جنين حيواني وقد نجحت هذه الطريقة بين فصائل مختلفة من الحيوان، ومن المأمول نجاحها باتخاذ الاحتياطات الطبية اللازمة لتفادي ـ الرفض المناعي ـ وترى الندوة أنه لا مانع شرعًا من هذه الطريقة إن أمكن نجاحها

الطريقة الثانية: أخذها مباشرة من الجنين الإنساني في بطن أمه بفتح الرحم جراحيًا، وتستتبع هذه الطريقة إمامتة الجنين بمجرد أخذ الخلايا من مخه، وترى الندوة حرمة ذلك شرعًا إلا إذا كان بعد إجهاض مشروع لإنقاذ حياة الأم وبالشروط التي ترد في موضوع الاستفادة من الأجنة.

الطريقة الثالثة: وهي طريقة قد يحملها المستقبل القريب في طياته باستزراع خلايا المخ في مزارع أجيالًا بعد أجيال للإفادة منها، وترى الندوة أنه لا بأس في ذلك شرعًا إذا كان المصدر للخلايا المستزرعة مشروعًا.

ثالثًا ـ إذا كان المصدر من المولود (الجنين) اللادماغي:

- طالما بقي (ولد) حيًا بحياة جذع مخه لا يجوز التعرُّض له بأخذ شيء من أعضائه هذا إلى أن يتحقق موته بموت جذع دماغه، ولا فرق بينه وبين غيره من الأسوياء في هذا الموضوع.
- إذا مات فإن الأخذ من أعضائه تُراعى فيه الأحكام والشروط المعتبرة في نقل أعضاء الموتى من الإذن المعتبر، وعدم وجود البديل، وتحقق الضرورة وغيرها مما تضمنه القرار رقم (1) من قرارات مجمع الفقه الإسلامي في دورته الرابعة.

ولا ترى الندوة ما يمنع من إبقاء هذا المولود اللادماغي على أجهزة الإنعاش إلى ما بعد موت جذع المخ (والذي يمكن تشخيصه) للمحافظة على حيوية الأعضاء الصالحة للنقل توطئة للاستفادة منها بنقلها إلى غيره بالشروط المذكورة أدناه (المشار إليها).

قرارات مجمع الفقه الإسلامي ـ القرار رقم (1) ـ الدورة الرابعة (بشأن نقل الأعضاء)

أولًا ـ يجوز نقل العضو من مكان من جسم الإنسان إلى مكان آخر من جسمه مع مراعاة التأكد من أن النفع المتوقع من هذه العملية أرجح من الضرر المترتب عليها، وبشرط أن يكون ذلك لإيجاد عضو مفقود، أو لإعادة عضو مفقود، أو لإعادة شكله، أو وظيفته المعهود له، أو لإصلاح عيب، أو إزالة دمامة تسبب للشخص أذى نفسي أو عضوي.

ثانيًا ـ يجوز نقل العضو من جسم إنسان إلى جسم إنسان آخر إن كان هذا العضو يتجدد تلقائيًا، كالدم والجلد، ويُراعى في ذلك اشتراط كون الباذل كامل الأهلية وتحقق الشروط الشرعية المعتبرة.

ثالثًا ـ تجوز الاستفادة من جزء من العضو الذي استؤصل من الجسم لعلة مرضية لشخص آخر كأخذ قرنية العين لإنسان ما عند استئصال العين لعلة مرضية.

رابعًا ـ يحرم نقل عضو تتوقف عليه الحياة كالقلب من إنسان حي إلى إنسان آخر.

خامسًا ـ يحرم نقل عضو من إنسان حي يعطل زواله وظيفة أساسية في حياته وإن لم تتوقف سلامة أصل الحياة عليها كنقل قرنية العينين كلتيهما، أمّا أن كان النقل يعطل جزءًا من وظيفة أساسية فهو محل بحث ونظر كما يأتي في الفقرة الثامنة.

سادسًا ـ يجوز نقل عضو من ميت إلى حي تتوقف حياته على ذلك العضو أو تتوقف سلامة وظيفة أساسية فيه على ذلك بشرط أن يأذن الميت، أو ورثته بعد موته بشرط موافقة ولي المسلمين إن كان المتوفى مجهول الهوية أو لا ورثة له.

سابعًا ـ ينبغي ملاحظة أن الاتفاق على جواز نقل العضو في الحالات التي تم بيانها مشروط بأن لا يتم ذلك بواسطة بيع عضو؛ إذ لا يجوز إخضاع أعضاء الإنسان للبيع بأي حال من الأحوال. أما بذل المال من المستفيد ابتغاء الحصول على العضو المطلوب عند الضرورة، أو مكافأة، وتكريمًا فمحل اجتهاد ونظر.

ثامنًا ـ 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.

الفصل الرابع

الأحكام الفقهية المتعلقة بالتداوي بالمواد المحرمة والنجسة

يقول الرسول صلى الله عليه وسلم: «الحلالُ ما أحل اللهُ في كتابهِ، والحرامُ ما حرم اللهُ في كتابهِ، وما سكت عنهُ فهو مما عفا لكم» (رواه الترمذي، وابن ماجه عن سلمان الفارسي). ويقول الله تعالى: ﴿وَمَا كَانَ رَبُّكَ نَسِيًّا ﴿٦٤﴾﴾ (سورة مريم: الآية 64).

والحديث الثاني قوله صلى الله عليه وسلم: «الحلال بيِّن والحرام بيِّن وبينهما أمور مشتبهات لا يعلمهن كثير من الناس فمن اتقى الشبهات فقد استبرأ لدينه وعرضه» (رواه البخاري ومسلم).

في الحديث الأول أن ما سكت عنه الشارع أو المشرع فهو عفو، وأُمرنا أمرًا أن نقبل من الله عافيته. وفي الحديث الثاني بين لنا أن دائرة العفو هذه لها نطاق ضيق تتخللها الأمور المشتبهات، وهو نطاق دائرة الحرام، ويشك في أنه يتداخل مع حدودها وكما قال صلى الله عليه وسلم: «لا يعلمهن كثير من الناس»، ولم يقل صلى الله عليه وسلم لا يعلمهن أحد من الناس، تنبيهًا لنا وحثًا على ضرورة بذل الجهد، واستفراغ الطاقة في التوصل إلى حكم هذه المشتبهات بمقدار ما يستجد من الوسائل العلمية التي تُعين على تحديد طبيعتها؛ لأن الاشتباه ليس صفة لازمة، لكنه صفة عارضة تزول بالتدليل (بالاستدلال عليها)، فما تبيَّنت حرمته انتقل إلى دائرة الحرام المحقق، وما تبيَّن حله انتقل إلى دائرة الحلال الخالص.

فما تبين أنه حلال حلَّ تناوله في الغذاء والدواء على السواء، وما تبين أنه حرام حُرِّمَ تناوله في الغذاء والدواء قطعًا إلا في المخمصة (المجاعة) وما إليها، وجاز تناوله في الدواء بمقدار ما تسمح الضرورة بشروطها التي حددها الشارع، وهذه المشتبهات

التي سنتطرق إليها في هذا الفصل تضم مشتقًا من مشتقات البروتينات يستعمل كثيرًا في الغذاء والدواء ألا، وهو البلازما وهو مقوِّمٌ رئيسيٌّ من مقومات الدم كما تضم ضروبًا من الدهن الحيواني والنباتي، ومواد الاستحلاب، والكحول، والمخدرات، وما يتصل بها وما يتخذ من الميتة، والدم، ولحم الخنزير، وغير ذلك.

قال الله تعالى في مُحكم آياته: ﴿يَسْـَٔلُونَكَ مَاذَآ أُحِلَّ لَهُمْۖ قُلْ أُحِلَّ لَكُمُ ٱلطَّيِّبَٰتُ﴾ (سورة المائدة: الآية 4) فكل طيب حلال، وكم من الخبائث محرمة في كتابه الكريم! فكل خبيث محرم مصداقًا لقوله سبحانه وتعالى: ﴿وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ ٱلْخَبَٰٓئِثَ﴾ (سورة الأعراف: الآية 157). ولقوله سبحانه وتعالى: ﴿وَقَدْ فَصَّلَ لَكُم مَّا حَرَّمَ عَلَيْكُمْ إِلَّا مَا ٱضْطُرِرْتُمْ إِلَيْهِۗ﴾ (سورة الأنعام: الآية 119)، ﴿فَمَنِ ٱضْطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ وَلَا عَادٍ فَلَآ إِثْمَ عَلَيْهِۚ إِنَّ ٱللَّهَ غَفُورٌ رَّحِيمٌ﴾ (سورة البقرة: الآية 173).

يقول الإمام "الغزالي": «إن جلب المنفعة ورفع المضرة مقاصد الخلق، وصلاح الخلق في تحصيل مقاصدهم، لكن نعني بالمصلحة المحافظة على مقصد الشرع، ومقصود الشرع خمسة أن يحفظ عليهم دينهم، وأنفسهم، وعقلهم، ونسلهم، ومالهم، فكل ما يتضمن حفظ هذه الأصول فهو مصلحة، وكل ما يفوِّت هذه الأصول الخمسة فهو مفسدة ودفعها مصلحة» [148].

وإذا كانت المصالح هي مقصد الأحكام التكليفية والأحكام الوضعية للارتباط الوثيق بينهما فإن الأحكام الشرعية كلَّها يلاحظ فيها أن تكون مصلحة الشخص لها اعتبارها، ولا تترك إلا إذا كانت معارضة لمصلحة أكبر، ومن هنا كانت الرُّخص والعزائم؛ وذلك لأن الأحكام الشرعية التكليفية طالبت المكلفين بأفعال، وطالبتهم بالكف عن أخرى، وقد يعرض للمكلف ما يجعل التكليف شاقًا غير قابل للاحتمال، أو لا يمكن أداؤه إلا بمشقة غير عادية، فيرخص الله للمكلف أن يترك الفعل الذي يطالب الشارع به، كالمريض في رمضان يرخص له في الإفطار على أن يقضيه بعده من أيام أخر. فالعزيمة حكم عام هو الحكم الأصلي، أما الرخصة ففي أكثر الأحوال تنقل الحكم من مرتبة اللزوم إلى مرتبة الإباحة، وقد تنقلها إلى مرتبة الوجوب.

وقد قرر الفقهاء أن الضرورات تبيح المحظورات، والدليل على ذلك قوله تعالى: ﴿إِنَّمَا حَرَّمَ عَلَيْكُمُ ٱلْمَيْتَةَ وَٱلدَّمَ وَلَحْمَ ٱلْخِنزِيرِ وَمَآ أُهِلَّ بِهِۦ لِغَيْرِ ٱللَّهِ ۖ فَمَنِ ٱضْطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ وَلَا عَادٍ فَلَآ إِثْمَ عَلَيْهِ ۚ إِنَّ ٱللَّهَ غَفُورٌ رَّحِيمٌ ﴿١٧٣﴾﴾ (سورة البقرة: الآية 173)؛ فالميتة ولحم الخنزير حُرِّمت لما فيها من ضرر، ولكن ضرر الموت أشد من ضرر الأكل؛ ولذا وجب الأكل، وذلك للقاعدة المقررة، الضرر الكبير يُدفع بالضرر اليسير، وفيها رفع الحرج والمشقة بجلب التيسير، مثال على ذلك رخصة رؤية الطبيب للمرأة للعلاج [149]؛ ولذلك فإن بعض المواد النجسة والمواد المحرمة تُستخدم بأشكال مختلفة في المستحضرات الدوائية والغذائية في الدول الإسلامية؛ مما يحتاج إلى توضيح مثل هذه الأمور بين الحلال والحرام، فمثلاً:

- المسلم يتداوى ويتغذى بالحلال، إلا أنه يفاجأ بأن بعض الأدوية والأغذية تحتوي على مواد محرَّمة؛ لأن الدول الإسلامية لا تقوم بتصنيع دوائها ولا غذائها.
- الجاليات المسلمة المنتشرة في جميع أنحاء العالم لها دين في رقبة إخوانهم في الدول الإسلامية لتبيِّنَ الحلال والحرام حول هذه المواد. وغير ذلك من أمور سنتعرض لها خلال هذا الموضوع.

المواد المحرمة التي تدخل في تصنيع الدواء

- الكحول ويُستخدم في الأدوية بصورة شائعة.
- المواد المسكرة / الخمر
- المخدرات.
- أدوية التخدير.
- مشتقات الخنزير / شحم (دهن) الخنزير.
  - مادة الجيلاتين المستخرج من عظام وجلود الخنزير.
  - مادة الهيبارين المستخرج من خلايا الحيوان ومنها الخنزير.
  - صمامات القلب المأخوذة من صمام قلب الخنزير.
- منتجات الدم في الأدوية والأغذية.
- التداوي بالحرير والذهب.

بعض المنتجات المحظورة المتداولة، وخاصة الأدوية التي تحتوي على دهن الخنازير.

تعريف الدواء

كل مادة تُستخدم داخليًا أو خارجيًا وتُحدِث تأثيرًا فيزيولوجيًا داخل الجسم وتؤثر في العمليات الأساسية في جسم الإنسان مثل: عمليات الهدم والبناء، ويخضع لهذا التعريف المواد التي تُستخدم في التشخيص أو الوقاية أو العلاج، وأخيرًا أدرج تحت هذا التعريف مواد التجميل التي لها تأثير خاص داخل الجسم، ومصدر هذه المواد يمكن من مصدر نباتي، أو حيواني، أو معدني، أو مصنَّع كيميائيًا. كما يمكن أن تكون مفردة أو مزيجًا من المصادر المذكورة أعلاه أو من أصول مختلفة مثل: الذهب والفضة ومن الجماد.

الكحول والمواد المسكرة

إن عملية السُّكر في الخمر تحدث نتيجة وجود مادة الكحول الموجود فيها بجانب مواد أخرى تنتج عن عمليات التخمر للعنب أو التمر أو غير ذلك، حيث يوجد عديد من المواد الأخرى مثل: مكسبات الطعم والرائحة، وقد تصل هذه المواد إلى ما يقارب (150)مادة كيميائية.

ولكن استخدام الكحول في المستحضرات الصيدلانية ليس بهدف الإسكار ولكن له استخدامات أخرى سنذكرها لاحقًا، وإذا تعاطى المريض الأدوية التي تحتوي على الكحول بكميات كبيرة ستؤدي إما إلى الوفاة أو أعراض جانبية خطيرة.

أسباب استخدام الكحول في المستحضرات الصيدلانية

1. الكحول بوصفه مذيبًا لبعض المواد الفعّالة، فمثلاً:

- يُستخدم بوصفه مذيبًا للزيوت وللمواد الطيارة التي تكسب الدواء طعمًا خاصًا ورائحة مميزة للتغلب على طعم المادة الفعّالة التي قد تكون لها رائحة نفاذة غير محببة وطعم غير مقبول.
- مذيب لخلاصات المواد الفعّالة من النباتات الطبية التي لا تذوب في الماء، ولا يمكن استخدام الماء في مثل هذه الحالات وإذا حاولنا استبعاد الكحول من تلك الخلاصات، فإن المواد الفعّالة التي قد تكون سامة جدًا تترسب في القاع، وقد تسبب الوفاة، أو أعراضًا خطيرة على مستخدميها.

2. يُستخدم الكحول في تركيب بعض الأدوية السائلة (الشراب) بوصفه مادة حافظة للمستحضر لفترة طويلة؛ بسبب خاصيتها لقتل الجراثيم التي تنمو في المستحضرات الصيدلانية لوجود مواد سكرية في المستحضرات كمكسبات للطعم.
3. يُستخدم الكحول خارجيًا كمطهر للجلد قبل الحقن.
4. يُستخدم في تركيب العطور لإذابة الزيوت الطيارة التي تدخل فيها.

مضاعفات استخدام الكحول في المستحضرات الصيدلانية

ثبت أن الكحول إذا أُستخدِم بنسب منخفضة في حالات الأشربة (أدوية الشراب) بنسبة لا تزيد عن (2 –3%) ليس له تأثير ضار سواء على الصغار أو الكبار، أما ما يزيد على ذلك فله تأثيرات خطيرة خاصة على الأطفال، فيسبب مضاعفات كثيرة على نمو وتطور الدماغ، وقد يؤدي إلى اضطرابات خطيرة بالنسبة للأطفال.

ملحوظة: وفي الواقع العملي كانت هناك بعض المستحضرات الدوائية تحتوي على ما يزيد على (10%) من الكحول، تُستخدم بوصفها دواءً مسكنًا وطاردًا للغازات في بعض أدوية الأطفال، وأن منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية كان لهما فضل السبق في التوعية بمخاطر وجود الكحول بالنسبة الكبيرة، وتم إصدار قرار بهذا الموضوع، وتحفيز الدول ومراكز الأبحاث باستئصال الكحول من جميع المستحضرات كلما أمكن ذلك. (انظر الملاحق:3.2.1).

هل يمكن استبعاد الكحول واستبداله بمواد أخرى مذيبة أو حافظة؟

الطريقة الأولى: يمكن أن يتم استخدام عمليات أخرى للإذابة دون إدخال الكحول باعتباره مذيبًا لبعض المستحضرات عن طريق معالجة المواد الفعّالة، مثل: الخلاصات التي يتم استخلاصها من النباتات بإضافة نسبة من الماء ثم تحويلها إلى مادة صلبة عن طريق التبريد (بـ 20 درجة سيليزية)، ثم تعريض هذه المادة للضغط الشديد فتتحول إلى مادة خفيفة سهلة الإذابة في الماء، إلا أن هذه الطريقة مكلفة جدًا، وتُسمى بطريقة التجفيد، أو التجفيف بالتجميد (Cryodesiccation)، أي: تحويل المادة من الحالة الصلبة إلى الحالة الغازية دون المرور بالحالة السائلة.

الطريقة الثانية: التجفيف عن طريق الرذاذ، وهو طريقة لإنتاج مسحوق ناعم جاف من سائل عن طريق التجفيف السريع باستخدام الغاز الساخن.

الطريقة الثالثة: محاولة الإقلال أو الاستبدال الكامل للكحول باستعمال مذيبات أخرى، مثل: الماء مع بعض المواد التي تساعد على الذوبان، ولكن يجب الحرص الشديد في هذه الطريقة؛ لأن بعض المواد المساعدة على الذوبان تسمى المواد الخالبة، تتفاعل مع المادة الفعّالة التي لا تستطيع الانحلال منها، ولا يتمكن الجسم من الاستفادة منها [150].

من بين المميزات المختلفة للكحول قوة إذابته للزيوت الطيارة التي تُستخدم في الكلونيات (الروائح) لإكسابها الرائحة المطلوبة. وكذلك يُستخدم في قتل الجراثيم الموجودة على الجلد قبل الحقن، والأسطح التي تحتاج إلى تعقيم، كما يُستخدم في بعض الأدوية التي تُستخدم من الخارج مثل صبغة اليود. كما أن هناك استعمالاً غير شائع باستخدام الكحول الإثيلي في علاج حالات التسمم بالكحول المثيلي.

ملحق رقم 1

جمعية الصحة العالمية ـ الدورة الأربعون (ج. ص. ع 40 ـ القرار رقم 32) (World Heath Assembly;WHA 40.32) البند (2 - 18) من جدول الأعمال (15 أيار/ مايو1987م). بشأن استعمال الكحول في الأدوية

إدراكًا منها للمخاطر الناجمة عن فرط تعاطي الكحول على صحة الإنسان، وإذ تلاحظ وجود الكحول في كثير من الأدوية، بما فيها أدوية الأطفال بتركيزات لا لزوم لها بل تنطوي على ضرر كامن.

وإذ تدرك التأثيرات الضارة للكحول، ولا سيما في أثناء فترة الحمل، ونتيجة للتفاعلات المتبادلة التي قد تحدث عند تعاطي الكحول مع الأدوية في وقت واحد، وإذ تلاحظ وجود قلق متزايد بين الأطباء والصيادلة إزاء الاستعمال غير الملائم للكحول في الأدوية.

وإذ تأخذ في الاعتبار ما أثبته البحث العلمي من إمكانية الاستعاضة عن الكحول في كثير من الأدوية بمواد غير كحولية دون التأثير في فعّالية هذه الأدوية.

وإذ تعتقد أن قوائم العقاقير الأساسية الوطنية ينبغي ألا تتضمن العقاقير المحتوية على الكحول إلا عندما يكون الكحول مقومًا أساسيًا.

وإذ تأخذ علمًا بالقرار (ش ب/ ل إ 32/ ق 9) بشأن استعمال الكحول في الأدوية الذي اتخذته اللجنة الإقليمية لشرق البحر المتوسط في دورتها الثانية والثلاثين.

تحث الدول الأعضاء على ما يأتي:

1- استعراض تسجيل الأدوية المحتوية على الكحول بوصفه مقومًا فعّالاً بغية الحد من استعماله قدر الإمكان، وخاصة حيثما يمكن الاستعاضة عنه بمادة غير كحولية.

2- العمل على إنقاص تركيز الكحول في الأدوية قدر الإمكان، وذلك في الحالات التي لا يوجد فيها بديل مناسب يمكن إحلاله محله.

3- استعراض المستحضرات الصيدلانية المتوافرة للتحقق من محتوى الكحول فيها.

4- تكثيف الجهود وتشجيع البحث العلمي بهدف إيجاد المستحضرات الصيدلانية البديلة التي لا تحتوي على الكحول، وتكون لها الفعّالية نفسها.

وتطلب إلى المدير العام:

1- تزويد الدول الأعضاء بالمعونة التكنولوجية، والمعلومات اللازمة للنهوض بالأنشطة آنفة الذكر.

2- متابعة تنفيذ هذا القرار، وتقديم تقرير عن الإجراءات المتخذة في هذا الصدد.

الجلسة العامة الثانية عشرة، 15 أيار/ مايو.

ملحق رقم 2

مجلس وزراء الصحة العرب ـ الدورة الثانية عشرة ـ قرار رقم (16)

بشأن: الحد من استعمال الكحول الإثيلي في الدواء

بعد الاطلاع على مذكرة الأمانة الفنية في الموضوع وعلى القرار رقم (14) للمكتب التنفيذي بدورته (51) وعلى قرار المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية رقم (17) بدورته (79) وبعد المناقشة، قـرر:

1- التأكيد على وزارات الصحة العربية التي لم تزود الأمانة الفنية بالخطوات المتخذة منها لتنفيذ قرارات المجلس ومكتبه التنفيذي بشأن الحد من استعمال الكحول الإثيلي في الدواء سرعة إرسال هذه الملاحظات إلى الأمانة الفنية.

2- الطلب من الدول العربية تبني القرار رقم (17)، الصادر من المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية بدورته (79)، وذلك خلال مناقشة موضوع استعمال الكحول في الأدوية في الدورة (40) لجمعية الصحة العالمية.

3- توجيه الشكر للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية للجهود التي تبذلها في هذا المجال.

ملحق رقم 3

استبعاد الكحول من المستحضرات الصيدلانية

نبذة مختصرة عن أهم الأسباب التي دعت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، ومنظمة الصحة العالمية، ومجلس وزراء الصحة العرب لتبني استبعاد من الكحول في المستحضرات الصيدلانية.

أولًا ـ أضرار وجود الكحول في المستحضرات الصيدلية

التأثيرات المباشرة من مثل:

1- زيادة الحموضة مما قد يؤدي إلى قرحة المعدة أو المريء.

2- تليف الكبد.

3- المخ قد يؤدي ذلك إلى ضمور خلايا المخ.

4- يؤثر في مستوى الزنك والنحاس، ومن ثَمَّ مضاعفاتهم.

المرضى المترددون على هذه المراكز الصحية؛ مما يعرضهم للأضرار السابق ذكرها، وخاصة على الأطفال والحوامل لوجود الكحول بهذه المستحضرات.

ثانيًا ـ على المستوى العربي والإسلامي

فإن وزارة الصحة العامة بدولة الكويت سوف تساعد كثيرًا من الدول العربية والإسلامية (خاصة التي لا تمتلك إمكانات بشرية ومادية ومخبرية) لتخليص مستحضراتها الصيدلية من الكحول راجين أن تقدم دواءً إسلاميًا خاليًا من المحرمات.

المواد المسكرة / الخمر

للفقهاء المتقدمين والمتأخرين رأيان حول نجاسة الخمر

الرأي الأول: أنها نجسة العين نجاسة مغلظة كالبول والدم، ولثبوت حرمة شربها تلازم التحريم ولتسميتها رجسًا، والرجس في اللغة هو القذر والنتن ـ قال تعالى: ﴿يَـٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ إِنَّمَا ٱلْخَمْرُ وَٱلْمَيْسِرُ وَٱلْأَنصَابُ وَٱلْأَزْلَـٰمُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ ٱلشَّيْطَـٰنِ فَٱجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ ﴿٩٠﴾﴾ (سورة المائدة: الآية 90) وهذا رأي فقهاء المذاهب الأربعة[151].

الرأي الثاني: أنها طاهرة العين، لأن الأصل في الأعيان الطهارة ما لم يقم دليل على نجاستها، وليس في نجاسة الخمر دليل يصلح للتمسك به، ولأن التحريم غير ملازم للنجاسة؛ إذ لو كان مجرد تحريم شيء مستلزمًا لنجاسته، مثل قوله تعالى: ﴿حُرِّمَتْ عَلَيْكُمْ أُمَّهَٰتُكُمْ﴾ (سورة النساء: الآية 23) إلى آخر الآية الكريمة كان دليلًا على نجاسة المذكورات في الآية وهو ممتنع باتفاق أهل العلم... وللزوم نجاسة الأعيان وقع التحريم بتحويلها وهي طاهرة بالإجماع كالأنصاب والأزلام، وما يسُّكر من النبات والثمرات بأصل الخلقة.

أما قوله تعالى: ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ إِنَّمَا ٱلْخَمْرُ وَٱلْمَيْسِرُ وَٱلْأَنصَابُ وَٱلْأَزْلَٰمُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ ٱلشَّيْطَٰنِ فَٱجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ﴾ (سورة المائدة: الآية 90) فقد وقع الخمر فيها مقترنًا بالأنصاب والأزلام والميسر، وتلك قرينة لمعنى الرجسية إلى غير النجاسة الشرعية، ومثل ذلك قوله تعالى: ﴿إِنَّمَا ٱلْمُشْرِكُونَ نَجَسٌ﴾ (سورة التوبة: الآية 28)، كما جاءت الأدلة الصحيحة المقتضية لعدم نجاسة ذوات المشركين، فكان ذلك دليلًا على أن المراد بالنجاسة المذكورة في الآية النجاسة الحُكميّة لا الحِسِّية، والتعبير الذي يستلزم تكليف العباد بحكم من أحكام الشرع إنما هو بالنجاسة الحِسِّية دون المعنوية الحُكمية.

والذي يقتضيه النظر أن الخمر ليست نجسة العين، وبناءً على ذلك فليس هناك حرج شرعًا في استعمال الروائح (الكلونيات) التي استخدم فيها الكحول باعتباره مذيبًا للخلاصات النباتية، أو العضوية، أو الكيميائية، وكذا استخدامه قاتلًا للجراثيم والميكروبات للجلد، وللحاجة إلى استعمالها في تلك المواطن [152].

المخدرات

تعريف المواد المخدرة / المخدرات

التعريف اللغوي: في لسان العرب: الخدر من الشراب والدواء: فتور وضعف يعتري الشارب، والخدر معناه: الفتور.

التعريف الفقهي: بالاطلاع على كتب الفقه المختلفة نجد أن جميعها شملت هذه التعريفات، إن اختلفت في اللفظ اتفقت في المعنى، وعلى الرغم من أن التعريفات كلها انصبَّتْ على النباتات، حيث لم يوجد في تلك العصور الأشكال المختلفة من المواد الفعّالة المستخلصة من هذه النباتات، إلا أن التعريف الذي وضعوه للنباتات يمكن أن يُطبق على المواد الفعّالة.

وسوف نكتفي بتعريف واحد جامع وشامل هو تعريف "الإمام القرافي" [153]. الذي وضع التعريفات الآتية:

المفتِّر: "هو كل مخدر للجسم وإن لم ينتهِ إلى الإسكار" وقد قسمها إلى ثلاثة أنواع: المسكرات، والمفسدات، والمرقدات.

- المسكرات: ما غَيَّبَ العقل دون الحواس مع نشوة وفرح، مثل الخمر.
- المفسدات: ما غَيَّبَ العقل دون الحواس من دون نشوة مثل: نبات البلازا وهو حَبُّ الفهم، وجاء في كتاب تذكرة داود الأنطاكي هو شجر هندي يعلو كالجوز وُرَقهُ عريض أغبر، وحاد الرائحة وإذا نام تحته شخص سكر، وربما عرض له السبات.
- المرقدات: ما غَيَّبَ العقل والحواس كالشوكران (الأبقع، أو السيكوان الإفريقي) *(Conium maculatum)* (نبات سام يُستخلص منه سم الشوكران).

أمثلة لبعض المواد المخدرة

الاسم: الكوكا

- الاسم العلمي: *(Erythroxylum coca)*.
- الفصيلة: (Erythroxylaceae).
- الجزء المستخدم: الأوراق.
- المحتوى الفعَّال: قلويدات (قلوانيات) تصل إلى (5.1%) أهمها: الكوكايين ومشتقاته، التركسيلين.

- الأثر الطبي والاستعمال: النبات مخدر للجهاز العصبي، ويسبب زيادة في نشاط الجهاز العصبي، ويُوَلِّدُ شعورًا وهميًا بالسعادة والقوة واختفاء الألم للمتعاطي، وعندما يتلاشى تأثيره بعد فترة قصيرة يشعر المتعاطي بالإحباط غالبًا؛ مما يشجعه على تناول جرعة أخرى محاولًا استعادة الشعور بالفرح مرة أخرى مما يؤدي إلى الإدمان؛ لذا فاستخداماته الطبية تكاد تكون معدومة.
- الأضرار: النبات يُسَبِّبُ الإدمان القوي، وهو ما يجعل متعاطيه كالمتعبد له وضعيف الإرادة أمامه، وهو يعطي إحساسًا بالبهجة والسعادة الكاذبة يعقبها اكتئاب.

الاسم: الأفيون ـ خشخاش ـ أبو النوم

- الاسم العلمي: *(Papaver somniferum)*.
- الفصيلة: (Papaveraceae).
- الجزء المستخدم: ثمار الخشخاش غير الناضجة، (المادة التي تُفرز منها عند جرحها بسكين) وتسمى لاتكس.
- المحتوى الفعّال: قلويدات يصل عددها إلى (25) قلويدًا أهمها:
  - المورفين.
  - الكودايين.
  - البابافرين.
  - الناركوتين.
  - النوسكابين.
- الأثر الطبي والاستعمال:
  - مسكن قوي للآلام وللصداع.
  - منوم شديد (مخدر).
  - علاج جيد للكحة.
  - يضيق حدقة العين.

- الأضرار: العقار يسبب الإدمان، وجرعات كبيرة منه تسبب هبوطًا في القلب وضعفًا بالدورة الدموية، ويسبب فقدان الجسم لحرارته ـ يلي ذلك حدوث ضيق في التنفس وصداع، ويؤدي في بعض الأحيان إلى الغيبوبة أو الموت.

- بعد سرد هذين المثالين لاستخدام بعض المواد المحرمة في الغذاء والدواء يأتي الآن دور الرأي الفقهي في كل ما تم ذكره سابقًا، وقبل التطرق إلى الرأي الفقهي ـ هناك بعض الاصطلاحات (أو النظريات) المهمّة التي سيكون لها دور في تحويل مفهومنا لتلك المواد الحرام إلى حلال.

نظرية الاستحالة

في المصطلح العلمي الشائع: يُنظر إلى كل تفاعل كيميائي يحوِّل المادة إلى مركب آخر على أنه شكل من استحالة العين إلى عين أخرى، كتحويل الزيوت والدهون على اختلاف مصادرها إلى صابون.

حكم استحالة النجس إلى حقيقة أخرى

اختلف أهل العلم في استحالة النجاسة إلى حقيقة أخرى بالحرمة أو بغيرها، هل تكسب الطهارة أوْ لا؟ هناك رأيان:

الرأي الأول: ذهب بعض العلماء إلى القول بأن الاستحالة تُكسِب الطهارة، وممن قال بذلك المالكية وأكثر الحنفية، ولم يفرقوا بين ما هو نجس لعينه، وما هو نجس لمعنى.

أما الشافعية فوافقوا هذا الرأي في النجس لمعنى جلد الميتة، ومن الحنابلة من يقول بالطهارة، وهو ما اختاره شيخ الإسلام ابن تيمية، وقد قدموا الأدلة الكثيرة على موافقتهم على أن الاستحالة تحِّول النجس إلى طاهر وبالعكس، وضربوا عديدًا من الأمثلة على ذلك.

الرأي الثاني: الاستحالة لا تُكسِب الطهارة: حيث إن استحالة النجس وزوال أعراض النجاسة عنه، وتبدله بأوصاف طيبة لا تصيره طاهرًا، وممن قالوا بهذا القول أبو يوسف وهو أحد القولين في مذهب مالك، وهو قول الشافعي فيما كان نجاسة عينية، وإحدى الروايتين في مذهب أحمد. فظاهر مذهب الحنابلة أن النجاسة لا تُطهر بالاستحالة خلافًا لمحققي المذهب مثل شيخ الإسلام "ابن تيمية " وتلميذه "ابن القيّم".

وذكروا كثيرًا من الروايات التي تتوافق أيضًا مع ما ذهبوا إليه، واستنادًا إلى ما ذهب إليه الأحناف وغيرهم من المالكية، ومن تبعهم وما اختاره شيخ الإسلام "ابن تيمية"، و"ابن القيم"، وأئمة مذهب الشيعة الإمامية الاثنى عشرية. تستطيع أن نستنتج القواعد الآتية باستحالة النجاسة:

1. إذا استحال الكلب والخنزير وما شابههما إلى عين أخرى، كالملح، أو مركبات كيميائية فالناتج طاهر.
2. إذا استحال الطيب كاستحالة العصير إلى خمر، واستحالة الماء إلى بول، أو إلى عذرة مائعة (براز مائع) صار نجسًا.
3. اذا استحال الخبيث طيبًا كاستحالة الخمر إلى خل فالناتج طاهر.
4. ويترتب على ذلك أن الاستحالات التي تطرأ على الأعيان النجسة بتأثير التفاعلات الكيميائية والمدخلات الصناعية تؤدي إلى ناتج طاهر يجوز تناوله ما لم يتحقق الضرر في الناتج الجديد.
5. إن الأحكام إنما هي ما حكم الله بها مما يقع عليه ذلك الاسم الذي خاطبنا الله عز وجل، فإذا سقط ذلك الاسم فقد سقط ذلك الحكم، وإنه غير الذي حكم الله تعالى فيه، فالخمر غير الخل، والإنسان غير الدم الذي خلق منه، والميتة غير التراب.
6. إن استخدام المركبات الكيميائية الناتجة عن استحالة النجاسات في الصناعات الدوائية والأغذية يخضع لهذه القواعد، وما دام المستحضر الناتج طبيًا ولا يحمل خبثًا ولا ضررًا فليس ما يمنع من استعماله وتناوله [154]، [155].

نظرية الاستهلاك

مفهوم النظرية أن العين محرمة التناول أو النجسة إذا كانت قليلة فامتزجت بعين طيبة فهي حلالٌ غالبًا، حتى إذا زالت صفات ذلك المخالط المقلوب من الطعم واللون والرائحة، فإن هذا الاستهلاك يذهب عنها صفة النجاسة والحرمة شرعًا، حيث لم يبق من خصائص وصفات العين المحرمة، أو النجاسة شيء يمكن أن يوصف بالحرمة أو النجسة.

قال "ابن تيمية": «إن الله حرم الخبائث التي هي الدم والميتة ولحم الخنزير ونحو ذلك، فإذا وقعت هذه في الماء أو غيره واستهلكت لم يبق هناك دم ولا ميتة ولا لحم خنزير أصلًا، كما أن الخمر إذا استهلكت في الماء لم يكن الشارب لها شارب خمر» [156].

توصيات منظمة الصحة العالمية

مناقشة كل بند على حدة

الكحول في الأشربة للأطفال والكبار: بالنسبة للكحول الموجود في أشربة الأطفال مثال على ذلك المستحضرات والتي تُستخدم في تهدئة بكاء الأطفال، فكان يُضاف إليها أكثر من (8 %) كحول، وقد قامت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بوقف إنتاج هذا المستحضر وسحب الموجود منه من الأسواق، ولم يقتصر الأمر على ذلك بل أصدرت منظمة الصحة العالمية نداءً إلى جميع شركات الدواء بإلغاء الكحول من جميع مشروبات الأطفال، ومن ثَمَّ لم تُعُدْ مثل هذه المستحضرات موجودة، وإن وُجِد بعضها فلا تزيد النسبة عن (2%) من الكحول في حالة الضرورة، أما في حالة أدوية الكبار فإن وجود الكحول لأمرين يكون [157]:

الأول:

- إذابة المواد الفعّالة، أو الزيوت الطيارة، ويخضع لقاعدة الاستهلاك.

الثاني:

- استخدامها باعتبارها مادة حافظة للأدوية لمنع نمو الجراثيم عليها، وفي هذه الحالة لا يزيد تركيز الكحول عن (2 – 3%)[158].

مشتقات الخنزير

اختلف الفقهاء على مدى حرمة استخدام مشتقات الخنزير، ففريق يقول بأن الخنزير كله نجس ولا يجوز استخدام مشتقاته بأي حال من الأحوال.

والفريق الثاني ويمثل الأكثرية يقول بأن القرآن الكريم ذكر لحم الخنزير فقط، وعلينا أن نلتزم بالنص ولا يجب تأويله. ﴿حُرِّمَتْ عَلَيْكُمُ ٱلْمَيْتَةُ وَٱلدَّمُ وَلَحْمُ ٱلْخِنزِيرِ ۝٣﴾(سورة المائدة: الآية 3).

المواد الصيدلانية المستخلصة من الخنزير

- الأنسولين: من بنكرياس الخنزير.
- الجيلاتين: من عظام وجلود الخنزير.
- الهيبارين: من بنكرياس الخنزير.
- صمامات القلب.
- شحم (دهن) الخنزير.

التداوي بالأنسولين المشتق (المستخلص) من بنكرياس الخنزير

للفقهاء في حكم التداوي بالنجس أو المحرم مذهبان:

المذهب الأول: يرى أصحابه جواز التداوي بالنجس المحرم على تفصيل فيما يجوز التداوي به وهو قول بعض الحنفية، وهو ما عليه مذهب الشافعية من جواز التداوي بالنجاسات ـ غير المسكر في حال الضرورة إليها [159].

المذهب الثاني: يرى عدم جواز التداوي بالنجس، أو المحرم على تفصيل فيما يجوز التداوي به منه، ذهب إليه جمهور الحنفية، وغيرهم يرون عدم جواز التدواي بالنجاسات مطلقًا وكذلك الحنابلة [160].

وكل مذهب تقدم بأسانيده ومراجعه.

ووفقًا لما ذهب إليه كثير من الفقهاء في حكم هذه المسألة، فإنه يمكن القول بأن التداوي بالأنسولين جائز إذا دعت إليه الضرورة [161].

التداوي بالهيبارين المشتق من الخنزير

الهيبارين دواء يُستخدم بشكل واسع لمنع تجلط الدم سواء أكان عن طريق الحقن الوريدي أو تحت الجلد، ويُستخرج من الأغشية المخاطية للحيوانات آكلة العشب. ويُعطى الهيبارين لعلاج احتشاء عضل القلب (جلطة القلب)، وخثار الأوردة العميقة في الساق وغيرها. وقد بحث مجمع الفقه الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته السابعة عشرة المنعقدة بمكة المكرمة في الفترة من 19-10/23/ 1445 هـ الموافق 2023/12م في موضوع حكم استعمال الدواء المشتمل على شيء من نجس العين كالخنزير وله بديل أقل منه فائدة، وأصدر القرار الآتي:

- يراد بالهيبارين العادي مادة تنتجها خلايا معينة في الجسم، وتُستخلص عادة من أكباد الحيوانات ورئاتها وأمعائها ومنها البقر والخنزير.
- أما الهيبارين ذو الوزن الجزيئي المنخفض فيتم تصنيعه من الهيبارين العادي بالطرق الكيميائية المختلفة، وهما يستخدمان في علاج أمراض مختلفة كالذبحة الصدرية، واحتشاء القلب، والخثرات الدموية، وغيرها.
- إن عملية استخلاص الهيبارين ذي الوزن الجزيئي المنخفض من الهيبارين العادي تتم بطرق كيميائية ينتج عنها مركبات جديدة مختلفة في خواصها وصفاتها الفيزيائية والكيميائية عن الهيبارين العادي وهو ما يعبر عنه الفقهاء بالاستحالة.

وقرر المجلس ما يأتي:

يُباح التداوي بالهيبارين الجديد ذي الوزن الجزيئي المنخفض عند عدم وجود البديل المباح الذي يغني عنه في العلاج، أو إذا كان البديل يطيل أمد العلاج مع عدم التوسع في استعماله إلا بالقدر الذي يحتاج إليه، فإذا وجد البديل الطاهر يقينًا يصار إليه عملًا بالأصل ومراعاة للخلاف [162].

مادة الجيلاتين

الجيلاتين أو الهلام ناتج من منتجات تفكك البروتينات، يتم الحصول عليها بواسطة تفكيك الهيكل الكيميائي للبروتينات الحيوانية المعروفة باسم الكولاجين، وذلك بإدخال جزيئات من الماء في مواضع مختلفة من هذا الهيكل أو البنية؛ مما يؤدي إلى تكسير الروابط الكيميائية التي تربط بينها، وتشكل بنى كيميائية جديدة أصغر حجمًا. وتُسمى هذه العملية الحلمهة (أي: التحلل بواسطة الماء)، إما في بيئة حمضية وإما في بيئة قلوية، وإما باستعمال إنزيمات مختارة لأغراض خاصة، ولكن الطريقة الأخيرة قلما تُستخدم في الصناعة.

ومن الجدير بالذكر أن هذه البنى الكيميائية الجديدة التي نتجت عن هذا التفكك الكيميائي تختلف اختلافًا كليًا عن البروتينات التي كانت أصلًا لها، أما المواد الحيوانية الخام المستخدمة كمصادر لهذه الكولاجين فهي مشتقة من الجلود المقطعة والعظام التي يتم الحصول عليها من المجازر ومراكز تجميع اللحوم، أما استخدام الجلود والعظام المأخوذة من حيوانات نافقة لأسباب طبيعية فغير مسموح به.

هذا ويقدر الإنتاج العالمي لمادة الجيلاتين بحوالي (200000) طن أكثر من نصفها خنزيري المنشأ [163]. ويُستخدم الجيلاتين على نطاق واسع في صناعة المواد الغذائية.

فعلى سبيل المثال: المثلجات (جيلاتي ـ آيس كريم ـ بوظة ـ ومنتجات الألبان الطري، والزبادي المخلوط بالفاكهة، والكريمة المخفوقة، بعض الحلويات) [164]. كما أن للجيلاتين استخدامات مهمة في صناعة المواد والمستحضرات الصيدلانية وأنواع العلاجات، ومن أمثلة ذلك ما يأتي:

- تحضير كبسولات الدواء القاسية أو اللدنة والكبسولات الدوائية الدقيقة.
- إنتاج أقراص المص القاسية أو الطرية، المحملة بالفيتامينات والمواد العلاجية الأخرى[165].

- استعمال الجيلاتين بوصفه بديلاً أو موسعًا للبلازما (للاستخدام عند الحاجة إلى تعويض حجم الدم الناقص) [166].
- استعمال الجيلاتين في تحضير التحاميل (اللبوس) الشرجية والمهبلية؛ لأنه يذوب بفعل حرارة الجسم [167]، [168]، [169]، [170]، [171].

وعلى الرغم من أن المصدر الرئيسي للجيلاتين هو جلد الخنزير وعظامه، فإن هذه المواد كما سبق وذكرنا بأنها تتعرض للتحليل المائي القلوي، وتنتج الجيلاتين الذي يختلف تمامًا عن المكونات الرئيسية للكولاجين، وبذلك يمكن القول بأن المواد الجديدة الناتجة عن تصنيع الجيلاتين أصبحت حسب نظرية الاستحالة حلالاً يمكن استخدامها في الغذاء والدواء.

حُكم استعمال جلد الخنزير في العلاج الطبي

يوجد قول سائر عند معظم أهل العلم إن جلد الخنزير نجس لا يحل الانتفاع به فجلد الميْتة نجس قبل الدبغ وبعده، فمشهور مذهب الحنابلة أنه نجس أيضًا، وعن أحمد رواية أخرى أنه يطهر "المغنى كتاب الطهارة (53/1)". وعلى ذلك فلا يجوز استعماله في ترقيع جلد الإنسان المصاب بحروق من الدرجة الثالثة إلا في حالة الاضطرار؛ لذلك حيث لا يتوافر البديل وبالقدر الذي يزول به الضرر وتعود به الصحة ويتم به الصلاح، فقد اشترط الفقهاء شرطين:

- أن يكون الاستخدام بناءً على قول الطبيب الحاذق الأمين.
- ألا يوجد في غير المحرم ما يقوم مقامه في العلاج ليكون متعينًا، ولا يكون في تناوله، أو الإشارة بتناوله على التشريع ولا عدوان يتجاوز به قدر الضرورة.
- وقد أفتى بذلك الجهابذة من الفقهاء المعاصرين، من مثل: "الطاهر بن عاشور" و"الإمام محمود شلتوت" [172]، [173].

حُكم استخدام الدهن الحيواني

يتم الحصول على الدهن الحيواني من الخنازير (شحم الخنزير) ومن البقر والغنم (Tallow) أي: (الودك) ومن الطيور (دهن الإوز، والبط)، ومن الحيوانات البحرية (زيت السمك)، ولقد شهدت السنوات الأخيرة انخفاضًا كبيرًا في الاستهلاك المباشر لكل من دهن الخنزير والودك، لأنهما يعتبران من العوامل المسببة للأمراض القلبية الوعائية؛ مما أدى إلى خفض أسعارها إلى حدٍّ بعيد، وتم تحويل جانب من هذه الكميات إلى صناعات غير الصناعات الغذائية، كصناعة الصابون ومواد التجميل وغيرها [174]، إلا أن الصناعات الغذائية عمدت إلى استنباط طرائق جديدة لاستيعاب هذا الفائض مرة أخرى في أصناف مختلفة من الأطعمة، وينطبق هذا على وجه الخصوص، على شحم الخنزير الذي يتم تغييره بتعريضه إلى مختلف عمليات الهدرجة وإزالة اللون والرائحة عن طريق الأسترة التبادلية، والبلورة الاستقطابية[175]، [176]. ومن الجدير بالذكر أن الرافضين لشحم (دهَن) الخنزير والودك لأسباب طبية قد أقبلوا على هذه الأشكال المعدلة من الدهنيات. ويتم الآن استخدامه في عديد من الأغذية، والقلي، والطهي، وغير ذلك، أي: أنه فقد كل الخصائص السابق ذكرها عن الشحم الأصلي للخنزير، أي: أنه تحول إلى مواد جديدة يمكن الاستفادة منها.

منتجات الدم

إن الدم المسفوح محرم في الإسلام، بينما يعتبر صالحًا للاستهلاك في البلدان الغربية، ولذلك فإنه يتم جمعه في أثناء خروجه من الذبيحة لهذه الغاية، ويُستخدم جزء من هذه الدماء المسفوحة لتغذية الحيوانات، ولتسميد الزراعة أو لتحضير المواد التجميلية والبيولوجية [177].

أما البلازما فيتم فصلها من الدم وتضاف إلى الفطائر والحساء والعجائن والنقانق والهامبرجر (تستخدم البلازما كبديل رخيص عن زلال البيض في المعجنات كالكعك والبسكويت والفطائر والبودنج والخبز).

الاستعمالات الطبية لمنتجات الدم وقرار المجمع الفقهي

من المعروف أن أمصال دم الحيوان الحاوية على أجسام مضادة تقاوم الجراثيم التي تهاجم الإنسان وهي شائعة الاستعمال في العصر الحاضر، ويتم تحضير الأمصال في الخيول وغيرها من الحيوانات ولا يتم ذلك في الخنزير [178].

وقد أصدر مجمع الفقه الإسلامي قرارًا رقم 198 (4/21)، وتحت بند الاستحالة البند الأول والثاني:

- **البند الأول:** المركبات الإضافية ذات الأصل الحيواني المحرم أو النجس التي تتحقق فيها الاستحالة حسب المصطلح السابق تعتبر طاهرة وتناولها حلال في الغذاء والدواء.

- **البند الثاني:** المركبات الكيميائية المستخرجة من أصول نجسة أو محرمة كالدم المسفوح، أو مياه المجاري التي لم تتحقق فيها الاستحالة بالمصطلح السابق لا يجوز استخدامها في الغذاء والدواء مثل الأغذية التي يُضاف إليها الدم المسفوح كالنقانق، والأغذية المدماة (البودنج الأسود) والهامبرجر، وأغذية الأطفال المحتوية على الدم وعجائن الدم، والحساء بالدم ونحوها تُعتبر طعامًا نجسًا محرم الأكل لاحتوائه على الدم المسفوح الذي لم تتحقق فيه الاستحالة.

- أما بلازما الدم التي تُعتبر بديلًا رخيصًا لزلال البيض، وقد تُستخدم في الفطائر والحساء، والنقانق، والهامبرجر، وصنوف المعجنات الكعك، والبسكويت، والبودينج، والخبز، ومشتقات الألبان وأدوية الأطفال وأغذيتهم والتي قد تضاف إلى الدقيق، فإنها حلال؛ لأنها مختلفة عن الدم في الاسم والخصائص والصفات، فليس لها حكم الدم.

- أما بالنسبة لصمامات القلب فنظرًا للمرضى الذين هم في حاجة إليها وعدم وجود بديل بسعر معقول، فيجوز استخدامها من باب القاعدة الفقهية ـ الضرورات تبيح المحظورات ـ، قال النووي رحمة الله: "إذا انكسر عظم آدمي فينبغي أن يجبره بعظم طاهر، ولا يجوز بنجس إذا كان ذلك ممكنًا. هذا الأمر فيه اجتهاد كما في حالة صمامات القلب" [179].

الفصل الخامس

الأحكام الفقهية المتعلقة بالأمراض النفسية

الأمراض النفسية ليست بالجديدة على البشرية، بل هي قديمة، واختلفت المعالجة التي قُدمت للمرضى النفسيين من حضارة إلى حضارة، ففي الوقت التي كانت أوروبا تقوم بعزلهم عن المجتمع، وعدم تقديم الطعام لهم حتى الموت، وضربهم لإخراج مس الجن والشياطين منهم، كان هناك على الجانب الآخر في الحضارة الإسلامية تُبنى لهم المستشفيات الخاصة بهم بما يتناسب معهم، ومع توفير من يرعاهم أيضًا، فأعدت لهم المستشفيات المناسبة المحتوية على الحدائق والنوافير المائية، وخصَّصت لهم بعض علماء الدين للترويح عنهم ومحاولة حثهم على الاندماج في المجتمع وتقديم العون الروحي والنفسي لهم بجانب زيارات الأطباء لفحصهم ووصف الدواء اللازم لهم، كل هذا إضافة إلى توفير الغذاء والدواء لهم [180].

مآثر علماء المسلمين في مجال الأمراض النفسية

شغلت الأمراض النفسية اهتمام أطباء المسلمين خلال الحضارة الإسلامية. فيرى "ابن سينا" أن الإنسان مركب من ناحية جسمانية، ومن ناحية نفسية تكون قابلة لما تقبله النفس الأمارة بالسوء إلى النفس اللوامة إلى المطمئنة إلى الراضية إلى غير ذلك[181]. ومن ناحية ثالثة هو مركب من عقل ينفي أن يُصاغ الإنسان بصورة يتأثر بالمعلومات في قالبه، وكان بارعًا فيما يتعلق بما يسمى اليوم "النظرة بنور الله"، وهي مجاهدة النفس، لتكشف لك عن حقيقة بعض وجوه الروح الإنسانية، وهي نفحة ربانية حتى لا يبقى هذا الإنسان مخنوقًا [182]، ولقد فطن "ابن سينا" إلى أهمية الإيمان بالله، ويرى أن الإيمان بالله هو باب السكينة، وهو الباب الذي تُصاغ فيه تلك النفس

المطمئنة الراضية المرضية الراجعة إلى ربها لدفع النفس إلى رشدها بعدما تتلاعب بها الأهواء والشهوات وتصيبها بما يُسمّى الأمراض الجسمانية النفسية، وهذه الفلسفة تتعارض تمامًا مع النظريات الحديثة التي ترى أن الإنسان مادة فقط أو على الجانب الآخر روحية فقط، إن نظرة "ابن سينا" تجمع شتات الإنسان وتحميه مما يُسمّى اليوم الأمراض النفسية العصبية (Neurosis)، وبالمقابل الأمراض الذهانية أو الأمراض العقلية (Psychosis)[183].

ومن مآثر ابن سينا أنْ وضع تعريفًا شاملًا للطب وهو:

"الطب علم تتعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يصح وتزول عنه الصحة من جهة أخرى".

كما عرَّف الصحة بأنها: «ملكة أو حالة تصدر عنها الأفعال من الموضوع لها سليمة»، ويوضحه أكثر: «حفظ الصحة الحاصلة واسترجاعها زائلة»[184].

منهج ابن سينا في النفس «في أكثر من اتجاه»

ذكر ابن سينا في إدراك النفس لذاتها، كجوهر روحاني من طريق التأمل الباطن، في كتابه "الإشارات" فكان له تأثيره القوي عند الأوروبيين، وفي دراسة القوى النفسية المدركة والمحركة، الظاهرة والباطنة، وهو يربط بين العوارض والهيئات النفسية وبين مظاهرها البدنية وتأثيراتها الأبعد التي لا ينكرها إلا من لم يقف على أحوال غامضة من أحوال الوجود [185].

وهو صاحب نظرية التأثير المتبادل بين النفس والدين، مخالفًا لأصحاب نظرية التوازي بين سلسلتَي الظاهرات النفسية والبدنية، وله لمحات متميزة، فتعرض لدراسة نبض العوارض النفسية، ومما تكلم عنه في كتابه "القانون" من علاقة النبض بأحوال العشق وكيفية ملاحظة النبض على ذلك (وقصة الشاب العاشق المريض الذي لم يجدوا له علاجًا إلا بعد أن فحصه "ابن سينا" الذي استطاع أن يعرف السبب من حركة عينيه وشفتيه) [186].

وتحدَّث عما يشغل الإنسان من همٍّ، أو غم، أو نكد، أو حالة نفسية قلقة، وذكر بأن هناك الحمى الغمية، والهمية، والفكرية، والغضبية، والسهرية، والفرحية والفزعية، والتعبية [187].

كما تكلّم ابن القيّم عن آثار العشق وعرض علاجه في كتاب (الروح) و(منازل السائرين)، مما قال: «من أصابه سهمٌ من سهام إبليس وهو العشق فعليه بالتزوج فإنه ينقص الشهوة، ويُضعف العشق، وعليه المداومة على الصلوات الخمس والتضرُّع، والدعاء وقت السحر وأن يبعد عن سكن المعشوق»

كانت هذه لمحة سريعة عن مآثر علماء المسلمين في مجال الأمراض النفسية، وهناك كثير من الإضافات "للزهاوي والإمام الغزالي والبلخي" الذين كانت لهم إضافات سواءٌ أكان ذلك في التشخيص أو العلاج بنوعية: المعالجة بالحديث إلى الشخص والتعرّف على الأسباب والمسببات، وهي إحدى الطرق الحديثة في مجال العلاج للأمراض النفسية، ويُسمى العلاج الجماعي، والنوع الثاني من العلاج باستخدام النباتات الطبية بجرعات منضبطة، وسجلوا مضاعفاتها الجانبية، ونسب نجاح كل نبات في كل حالة.

أسباب إصابة الإنسان بالأمراض النفسية من منظور علماني وإسلامي

الأخلاق بالمعنى الفلسفي: (هي أن تشبع رغباتك بما لا يتعارض مع حق الآخرين في إشباع رغباتهم، فهي مفهوم مادي اجتماعي بالدرجة الأولى، وهدفها "حسن توزيع اللذات"). أما الأخلاق بالمعنى الديني: (فهي بالعكس أن تقمع رغباتك وتخضع نفسك، وتخالف هواك، وتتحكم في شهواتك لتفوز برغبتك ومنزلتك العظيمة بوصفك خليفة عند الله، ووارث للكون الذي سُخر من أجلك، فأنت لا تستحق هذه الريادة مع العالم إلا إذا استطعت أولًا أن تسود نفسك، وتحكم ملكاتك الداخلية).

ولهذا افترقت النظريتان... نظرة الفلسفة العلمانية، ونظرة الدين، وأدت كل منهما إلى إنسان مختلف.

نظرة الفلسفة المادية

أنتجت إنسانًا يستهدف اللذة الفورية والمقابل المادي العاجل ويجري وراء اللحظة ويتشبث بالحاضر.

لكن اللحظة منفلتة والآن هارب، فهو يعيش في عالم الفوت والحسرة، وهو متروك دائمًا في حلقه غصة، كلما أشبع شهواته ازدادت جوعًا، ويعيش في قلق وتوتر، مشتت القلب، متوزع الهمة بينهما كلما ازدادت الرغبات، لا يعرف للسكينة طعمًا حتى يرحمه الموت.

النظرة الإسلامية

أما الإنسان المؤمن فهو تركيب نفسي مختلف، وصفات أخلاقية مختلفة، ورؤية مختلفة، فهو يرى أن اللذات الدنيوية زائلة لا محالة، وأنها امتحان إلى منازل ودرجات ورائها، وأن الدنيا مجرد عبور إلى تلك المنازل، وأن الله هو الضمان الوحيد في رحلة الدنيا والآخرة، وأنه ولا حاكم سواه، ولو اجتمع الناس على أن يضروه بشيء لم يضروه إلا بشيء قد كتبه الله عليه، ولو اجتمعوا على أن ينفعوه بشيء لن ينفعوه إلا بشيء قد كتبه الله له: ﴿أَلَا بِذِكْرِ ٱللَّهِ تَطْمَئِنُّ ٱلْقُلُوبُ ﴿٢٨﴾﴾ (سورة الرعد: الآية 28)، والمؤمن إذا ترك شهوة من شهواته وجد عوضًا عنها، مصداقًا لقوله سبحانه وتعالى: ﴿وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّىٰهَا ﴿٧﴾ فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَىٰهَا ﴿٨﴾ قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّىٰهَا ﴿٩﴾ وَقَدْ خَابَ مَن دَسَّىٰهَا ﴿١٠﴾﴾ (سورة الشمس: الآيات 7-10).

إنَّ التوحيد يجمع عناصر نفسه ويوحِّد اتجاه مشاعره نحو مصدر واحد للمتلقي وهو الله سبحانه وتعالى.

تلك كانت ملامح عن بعض المسببات التي يعيشها العالم اليوم لدرجة أن هناك مقولة تقول: "لا يوجد إنسان على الأرض إلا وأصيب بالاكتئاب في مرحلة من مراحل حياته".

تدمير النفس البشرية بالمفهوم الفرويدي

فماذا قدم علم النفس الفرويدي: إن الإحساس بالذنب رآه فرويد مرضًا والتوبة نكوصًا وقمع الشهوات كبتًا والندم تعقيدًا والصبر على الأذى برودًا، إنه لم يرَ من النفس الإنسانية إلا الجانب الحيواني الشهواني، وتصور الأحلام كلها تدور برموزها في هذا الفلك الشهواني المحدود، لقد وضع (فرويد) أصول تدمير النفس البشرية، وجعلها أسيرة للشهوة والرغبة. (النظرية الشيطانية)[188].

والقرآن الكريم يبين اللجوء إلى الله تعالى لكشف الضر وإجابة الدعاء، قال تعالى: ﴿أَمَّن يُجِيبُ ٱلْمُضْطَرَّ إِذَا دَعَاهُ وَيَكْشِفُ ٱلسُّوٓءَ وَيَجْعَلُكُمْ خُلَفَآءَ ٱلْأَرْضِ ۗ أَءِلَٰهٌ مَّعَ ٱللَّهِ ۚ قَلِيلًا مَّا تَذَكَّرُونَ ﴿٦٢﴾﴾ (سورة النمل: الآية 62).

والسيرة تحفظ لنا صورًا ونماذج من تبدُّل النفوس من الظلامية إلى النورانية في لحظة بالفضل والهدى الإلهي. كما كان شأن عمر بن الخطاب ـ رضي الله عنه ـ الذي تحول من الغلظة والقسوة والشراب والضلال إلى نموذج رفيع للعدل والمحبة، والإخاء، والرأفة بالغير، مصداقًا لقوله سبحانه: ﴿وَنَزَعْنَا مَا فِي صُدُورِهِم مِّنْ غِلٍّ إِخْوَانًا عَلَىٰ سُرُرٍ مُّتَقَٰبِلِينَ ﴿٤٧﴾﴾ (سورة الحجر: الآية 47).

إنَّ الفرد المسلم في الجماعة له قيمة، يشعر بالأمان في محيطه، ولا يشعر المجتمع المؤمن بالذنب أو القلاقل العاطفية، ويتمتعون بالإيجابية في علاقته مع أنفسهم ومع الآخرين. إنَّ نظام الأسرة المترابطة والمجتمع المتآخي على المحبة والتعاطف يوفران ضمانًا للتسامح والتراحم بين الأفراد منذ ولادتهم حتى مماتهم.

إنَّ المستشفيات والعيادات المعالجة للأمراض العقلية في العالم الغربي تغص بالمرضى، ومشكلاتهم نتاج لمجتمع مريض، إنَّ التملك الاجتماعي والمعنوي والديني وتفكك أواصر الحياة الأسرية في الغرب أنتجت جميعها إنسانًا غريبًا عمن حوله، فريسة للهوى والضياع وتعاطي المخدرات والكحوليات والإغراق في الجشع.

الإسلام مصدر للصحة النفسية والعقلية

أما في الإسلام فيشعر الفرد بهويته الإسلامية واضحة وصريحة، لإحساسه بذاته كإنسانٍ وليس عدوًا، فالإسلام مصدرٌ للصحة النفسية والعقلية وليس مصدرًا للأمراض العقلية والنفسية؛ مصداقًا لقوله تعالى: ﴿يَـٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ قَدْ جَآءَتْكُم مَّوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَآءٌ لِّمَا فِى ٱلصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴿٥٧﴾﴾ (سورة يونس: الآية 57) ﴿وَيَقُولُ ٱلَّذِينَ كَفَرُواْ لَوْلَآ أُنزِلَ عَلَيْهِ ءَايَةٌ مِّن رَّبِّهِۦ ۚ قُلْ إِنَّ ٱللَّهَ يُضِلُّ مَن يَشَآءُ وَيَهْدِىٓ إِلَيْهِ مَنْ أَنَابَ ﴿٢٧﴾ ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ ٱللَّهِ ۗ أَلَا بِذِكْرِ ٱللَّهِ تَطْمَئِنُّ ٱلْقُلُوبُ﴿٢٨﴾﴾(سورة الرعد: الآيتان 27 ، 28) وأن المرض النفسي يُشار إليه أكثر من مرة بمرض في القلب، مصداقًا لقوله سبحانه وتعالى: ﴿فِى قُلُوبِهِم مَّرَضٌ فَزَادَهُمُ ٱللَّهُ مَرَضًا ۖ وَلَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌۢ بِمَا كَانُواْ يَكْذِبُونَ﴿١٠﴾﴾ (سورة البقرة: الآية 10) وهذا وصف للمنافقين: ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ ٱلْقُرْءَانِ مَا هُوَ شِفَآءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ ٱلظَّـٰلِمِينَ إِلَّا خَسَارًا﴿٨٢﴾﴾ (سورة الإسراء: الآية 82) إنَّ علم النفس القرآني أصبح أمرًا مهمًا للمجتمعات الإسلامية، فتعاليم الإسلام من عند الله خالق الإنسان الذي يعلم ما توسوس به نفسه، وهو أعلم بما هو خير، فأباحه له، وما هو شر فحرَّمه عليه.

علم النفس الغربي والصحة النفسية للإنسان

أما علم النفس الغربي فعبارة عن نظريات بشرية وضعها بشر يصيبون ويخطئون، والنتيجة بين أيدينا شباب يعيشون الشتات، ومجتمع تحكمه الغريزة، ومستشفيات تغص بالمرضى المصابين بالأمراض النفسية والعقلية؛ لأنها نظريات إنسانية، وفي الغالب تعبر عن مكنوناته الداخلية، ويحاول أن يقنع بها الآخرين.

وأتمنى أن يتبنى المجتمع:

(1) علم النفس في الشريعة الإسلامية.

(2) وضع المعايير السوية للسلوك البشري كما جاءت في الإسلام.

(3) إدخال نظرية إسلامية للشخصية تقوم على ما جاء في القرآن والحديث.

تعريف المرض أو الاضطراب النفسي

يتصف المرض أو الاضطراب النفسي باختلال سريري جسمي في إدراك الفرد أو ضبطه لمشاعره أو سلوكه، وعادة ما يرتبط بالكرب أو بقصور في مجالات مهمة من الأداء، علمًا بأن أنواع الاضطرابات النفسية كثيرة ومختلفة، ويشار إلى الاضطرابات النفسية أيضًا باعتلالات الصحة النفسية، وهذا المصطلح الأخير أوسع نطاقًا، ويشمل الاضطرابات النفسية، والإعاقات النفسية والاجتماعية، والحالات النفسية الأخرى المرتبطة بكرب شديد أو قصور كبير في الأداء، أو خطر إيذاء النفس. وقد اختلفت عبارات الأطباء المعاصرين في تحديد ماهية المريض النفسي؛ وذلك لأنه لا توجد مقاييس محددة للسلوك يمكن بواسطتها قياس السلوك البشري، كل الأوقات.

وهناك عدة تعريفات للصحة النفسية، منها:

- **الصحة النفسية**، وهي حالة من الرفاهية النفسية تُمكِّن الشخص من مواجهة ضغوط الحياة وتحقيق إمكاناته، والتعلم، والعمل بشكل جيد، والإسهام في مجتمعه المحلي.

- **الصحة النفسية أو الصحة العقلية**، هي مستوى الرفاهية النفسية أو العقل الخالي من الاضطرابات، وهي الحالة النفسية للشخص الذي يتمتع بمستوى عاطفي وسلوكي جيد، ومن وجهة نظر علم النفس الإيجابي أو النظرة الكلية للصحة العقلية من الممكن أن تتضمن قدرة الفرد على الاستمتاع بالحياة وخلق التوازن بين أنشطة الحياة ومتطلباتها لتحقيق المرونة النفسية.

- **الصحة النفسية وفقًا لمنظمة الصحة العالمية**، تعني: الحياة التي تتضمن الرفاهية والاستقلال، والجدارة، والكفاءة الذاتية بين الأجيال، وإمكانات الفرد الفكرية والعاطفية [189].

إن منظمة الصحة العالمية نصت على أن رفاهية الفرد تشمل القدرة على إدراك قدراته، والتفاعل مع ضغوط الحياة العادية، والإنتاج، ومساعدة المجتمع.

الصحة السلوكية هي المصطلح الأمثل للصحة العقلية، وهي تعتبر حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة، والتكيف مع حالات التوتر العادية، والعمل بشكل منتج ومفيد، والإسهام في مجتمعه المحلي.

ومفهوم الصحة بصورة عامة: هي حالة من اكتمال السلامة بدنيًا وعقليًا ومجتمعيًا، لا مجرد انعدام المرض، مصداقًا لحديث الرسول صلى الله عليه وسلم: "مَنْ أَصْبَحَ مِنْكُمْ آمِنًا في سربِهِ، مُعَافًى في بدنه، عِنْدَهُ قُوتُ يَوْمِهِ، فَكَأَنَّمَا حِيزَتْ لَهُ الدُّنْيَا" (رواه البخاري في الأدب ـ الترمذي ـ حديث حسن).

بعض الحقائق الرئيسية عن الاضطرابات النفسية، تبعًا لمنظمة الصحة العالمية

ـ تؤثر العوامل النفسية والبيولوجية الفردية، مثل: التجارب والخبرات الانفعالية، والوراثة، والسلوكيات الفردية، مثل: الإدمان في الأفراد، وتجعلهم أكثر عُرضة للاضطرابات النفسية.

ـ تنطوي الاضطرابات النفسية على اختلالات جسيمة في التفكر أو ضبط المشاعر أو السلوك، فالمرض النفسي اضطراب يصيب أي جانب من جوانب النفس، وأن المرض النفسي ليس على درجة واحدة، وأن هذه الاضطرابات يمكن أن تصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل حياته، وتشمل هذه الاضطرابات نوعًا آخر من الأمراض السلوكية، وهذا اضطرابٌ في السلوك يصل في سوء توافقه إلى ما يصل إليه سلوك المضطرب عقليًا.

ـ هناك أنواع كثيرة ومختلفة من الاضطرابات النفسية، فهو اضطراب يصيب أي جانب من جوانب النفس.

ـ على الرغم من عدم وجود خيارات فعالة في مجالَي الوقاية والعلاج، فإن معظم المصابين بالأمراض النفسية لا تتاح لهم رعاية فعالة، كما يعاني كثيرون من الوهم والتمييز وانتهاكات حقوق الإنسان [190].

ـ معدل انتشار الاضطرابات النفسية، فمثلاً: في عام 2019م كان شخص واحد من كل (8) أشخاص أو (970) مليون شخص في جميع أنحاء العالم مصابين باضطراب نفسي، وكان القلق والاكتئاب الشكلان الأكثر شيوعًا من تلك الاضطرابات. أما في عام 2020م فقد شهد ارتفاعًا كبيرًا في عدد من يعانون اضطرابات القلق والاكتئاب بسبب جائحة كورونا (كوفيد 19)، حيث تبين التقديرات الأولية زيادة في اضطرابات القلق بنسبة (26%)، واضطرابات الاكتئاب (28%) خلال عام واحد فقط [191]، [192].

أسباب الإصابة بأي من الأمراض النفسية أو العقلية

أضحت الأمراض النفسية واسعة الانتشار في معظم الدول إن لم يكن في جميع دول العالم؛ ليضاف عديد من الاضطرابات النفسية الجديدة إلى العقد الذي يضمها جميعًا، مُنبئة بضرورة إيلاء هذا القطاع أهمية قصوى لتجنُّب تفاقم الحالات وتخطيها لحاجز لا يمكن السيطرة عليها بعد ذلك، وهذا يعود لما للصحة النفسية من أهمية تنعكس على كل جوانب الفرد الحياتية [193].

يُعتقد أن الأمراض النفسية والعقلية بشكل عام ناجمة عن مجموعة متنوعة من العوامل الوراثية والبيئية، وذلك على النحو الآتي:

- **الخصائص الوراثية:** تبين من الاتجاهات السريرية أن المرض النفسي والعقلي أكثر شيوعًا لدى الأشخاص الذين لديهم أقارب بالولادة مصابين بالأمراض النفسية أو العقلية، قد تزيد بعض الجينات من خطر الإصابة بمرض نفسي أو عقلي، وقد يؤدي نمط الحياة إلى ذلك.

- **التعرُّض للضغوط البيئية،** إنَّ التعرُّض للضغوط البيئية، أو حالات الالتهاب، أو السموم، أو الكحول، أو المخدرات حتى في أثناء الحمل يمكن أنْ يرتبط أحيانًا بإصابة الفرد بمرض نفسي أو عقلي.

- **تبدل كيمياء المخ:** النواقل العصبية هي مواد كيميائية توجد بصورة طبيعية في المخ وتحمل الإشارات للأجزاء الأخرى من المخ والجسم عند ضعف الشبكات العصبية التي تحتوي على هذه المواد الكيميائية، تتغير وظيفة مستقبلات الأعصاب وأنظمة الأعصاب؛ مما يؤدي إلى الاكتئاب والاضطرابات العاطفية الأخرى.

ما الفرق بين المرض النفسي والعقلي؟

المريض النفسي مستبصر بذاته وبمرضه، أي: أنه يدرك أنه مريض ويسعي أحيانًا لطلب العلاج. بينما المريض العقلي لا يدرك تلك الحقيقة ولا يصدق أنه مريض، بل يعتقد أن من يطالبه بالعلاج هو المريض، وعلاج المريض العقلي صعب جدًا، حتى لو أخذه أهله للعلاج، فإنه لن يتقيد بتعليمات الطبيب، خاصة ما يتعلق بالدواء، ويمثل ذلك مشكلة للطبيب وللمريض ولذويه، وبناءً عليه يكون الهدف من البرنامج العلاجي السيطرة على محفزات المرض، والحد من الأعراض المصاحبة له التي تهدد استقرار حياته من ممارسة أبسط الأنشطة الحياتية الطبيعية.

إضافة إلى ما سبق فإن:

1. **المريض النفسي:** يشير التعريف للمرض النفسي إلى خلل في الصحة النفسية أو الانفعالية (العاطفية) لشخص ما، ويصعب تشخصيه إلا على يد طبيب نفسي ومختص، لكن له علامات تدل عليه، وتكون هذه العلامات إنذارًا بوجود تغير في الحالة النفسية للشخص، وعلى الرغم من ذلك التغيير فإن المريض يظل مرتبطًا بالواقع ويعي جيدًا بمرضه وبحاجته للعلاج، وفي كثير من الأحيان يحدث المرض النفسي عندما يزداد التوتر والضغط الذي يتعرض له شخص ما إلى حد لا يمكنه التحمّل بعده، ومن ثَمَّ فالمرض النفسي مرحلي ولا يحدث فجأة، ومن ثَمَّ تظهر احتمالات قوية لتراكم هذه الأزمات لبعض الوقت وعلى نفس المنوال، وتكون عملية الشفاء تدريجية وعلى أكثر من نظام في حياته، والأهم هو الحصول على تشخيص احترافي بأسرع ما يمكن بعد ظهور أعراض المرض النفسي عليه.

فالمرض النفسي ينشأ عن حالة من اختلال التفكير الذي ينعكس على سلوك الفرد، ويؤدي إلى تغيرات حادة في الحالة المزاجية الخاصة بالفرد.

2. **المريض العقلي:** يشمل المرض العقلي كونه حلقة مفرغة من الأفكار والمعتقدات الوهمية والهلوسة السمعية والبصرية، وعدم الثقة التي تصل بصاحبها إلى الجنون والبارانويا، وعدم الإدراك العاطفي والسلوكي بسلوكياته وعواطفه، ومشاعر غريبة قد تصل إلى نوبات من الانهيار الذهاني المفاجئ.

فالمرض العقلي يأتي عادة متمثلاً في سيطرة بعض المعتقدات الوهمية على المريض، أو تعرضه لنوبات من الهلاوس السمعية والبصرية التي قد تقوده في النهاية لحالة من الانهيار الذهاني.

وقد يكون المرض العقلي امتدادًا لحالة التأخر في علاج المرض النفسي، وتظهر في الحالات الشديدة، من مثل: الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب والتي تجمع بعض العوامل المشتركة أبرزها: التأثير المباشر في وظائف التفكير والحالة المزاجية [194].

أعراض المرض النفسي

- المزاج المكتئب والمتقلب.
- الخمول وعدم وجود الحافز.
- تغير العادات والسلوكيات.
- وجود بعض الأعراض الجسمية، من مثل: الألم، ومشكلات المعدة.
- إيذاء النفس.
- العزلة والانسحاب الاجتماعي.
- قلة التركيز والتذكر.
- تقلبات المزاج.

ومن الأمثلة على الأمراض النفسية: الاكتئاب، واضطراب القلق، والهلع، واضطراب ما بعد الصدمة (الكرب).

أعراض المرض العقلي

- الهلاوس والأوهام.
- الانفصال عن الواقع.
- التحدث بطريقة غريبة
- تغير السلوك والتصرفات الغريبة غير المبررة.

ومن الأمثلة على الأمراض العقلية: اضطرابات الفصام، والاضطرابات الذهنية، والذهان.

وعليه فإن العلاج بين النفسي والعقلي يختلف حسب الأعراض التي تظهر على المريض.

التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10)

هو تصنيف أو تشخيص أو قياس دولي لمجموعة دراسية من الحالات الصحية، والفصل الخامس فيه يركز على تصنيف الاضطرابات العقلية والسلوكية، ويتكون من عشر مجموعات رئيسية تبدأ من F0 : F10:

- F0 الاضطرابات العقلية العضوية بما في ذلك العرضية.
- F1 الاضطرابات العقلية والسلوكية؛ نتيجة لتعاطي مواد ذات تأثير نفسي.
- F2 اضطرابات انفصام الشخصية والاضطرابات الفصامية والذهانية.
- F3 الاضطرابات المؤثرة في المزاج.
- F4 الاضطرابات العصبية المرتبطة بالإجهاد والاضطرابات الجسدية الشكل.
- F5 المتلازمات السلوكية المرتبطة بالاضطرابات الفيزيولوجية والعوامل المادية.
- F6 اضطرابات الشخصية والسلوك عند البالغين.
- F7 التخلف العقلي.

- F8 اضطرابات التطور النفسي (النمائية) كاضطراب طيف التوحد، واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، والإعاقة الذهنية، واضطراب السلوك، واضطراب التواصل.
- F9 الاضطرابات السلوكية العاطفية عادة ما تحدث في بداية الطفولة ومرحلة المراهقة.
- F10 الاضطرابات العقلية غير المحددة.

وفي كل مجموعة هناك عديد من التصنيفات الفرعية المحددة، وقد ذكر هذا التصنيف أن "الاضطراب العقلي" هو مصطلح غير دقيق، ومع ذلك يتم استخدامه بوجه عام ليعني: وجود مجموعة من الأعراض المعروفة سريريًا، أو السلوكيات المرتبطة في معظم الحالات بالضيق والتدخل في الوظائف الشخصية [195]، [196].

ويمكن أن يسبب الإجهاد عديد من الأعراض مثل: (صداع ـ قلة نوم ـ أرق ـ مشكلات في المعدة ـ ألم في المعدة ـ زيادة ضربات القلب).

وهناك أعراض عقلية مثل: صعوبة التركيز، والصعوبة في اتخاذ القرارات، والقلق المستمر، والنسيان [197].

ومن جانب آخر كان لفقهاء الأمة الإسلامية مصطلحات أخرى بالنسبة لتصنيف المرضى المصابين بالأمراض النفسية أو العقلية، وأعطوا تلك المصطلحات درجة كبيرة من الدقة واعتنوا بها غاية العناية، وربطوها أولًا بالمعاني اللغوية بما هو موجود في اللغه العربية، وربطوها بالنصوص الشرعية، وقسموها إلى درجات، فهناك المجنون، وهناك المعتوه، وهناك ذو الغفلة. وشددوا على أن هذه الإعاقات محكومة أيضًا بالقضاء حكمًا شديدًا؛ فهناك نظام الحجر في الفقه الإسلامي لا يتقرر إلا عن طريق القضاء، أما رفعه فهناك خلاف بين الفقهاء؛ فمنهم من يقولون: إذا رجع إلى حالة الرشد وثبت هذا لا يحتاج إلى رفع؛ لأن هذا هو الأصل.. وبعضهم يرى أن الوضع لا يتم إلا عن طريق القضاء، حتى لا يُفتات على إرادات الناس وصلاحياتهم وحقوقهم.. والمحاكم

تحكي الكثير من القضايا التي يرفعها الأبناء على الآباء لإقامة الحجر عليهم بغية الاستيلاء على الأموال ويبقى تحت تصرفهم.

ولعل من أهمية التوفيق بين المصطلحات الحديثة والمصطلحات الفقهية تجنُّبَ حدوث التباس بين الفقهاء والأطباء والشريعة، فعلى سبيل المثال:

هل الذهان يُعدُّ جنونًا بنفسه أم هوسًا آخر؟ وهل الخرف وألزهايمر يعتبران من الاضطرابات النفسية العقلية؟ حتى نفض الاشتباك بين الجهات المختلفة الفقهية والقضائية والتشريعية والطبية [198].

وهناك نقطة أخرى هل أصحاب الاحتياجات الخاصة يقعون تحت نفس تصنيف ومسميات الاضطرابات النفسية والعقلية؟ والمقصود هنا بذوي الاحتياجات الخاصة ما يصيب المريض بما يؤثر في عقله وإدراكه.. ولا يدخل في حالتنا هذه ذوو الإعاقات الجسمية مثل الأعمى والأعرج وغير ذلك [199].

حقوق المعاقين نفسيًا وعقليًا

توسع الفقهاء في مناقشة حقوق المعاقين نفسيًا وعقليًا بشيء من التفصيل، ومنها:

- حق في العلاج: وهل له الحق في رفضه، وما موقف المعالجين، هل يلتزمون بالموافقة على رأيه، أم يجبرونه على أخذ العلاج؛ نظرًا لعدم قدرته على التمييز بين الصالح والطالح؟
- حق في التصويت والترشيح: هل صوت المصابين بالاضطراب النفسي يُعدُّ مقبولًا في جميع حالات الإصابة بأنواعها المختلفة؟
- الحق في الزواج والطلاق: وإذا حدث الزواج قبل إصابته بالاضطراب النفسي أو العقلي هل يجوز لأحد الطرفين طلب الطلاق؟ وهل يُطبق هذا على جميع المصابين بالاضطرابات المختلفة؟

حينما يكون أحد الزوجين مريضًا نفسيًا، فهل يمكن للآخر طلب الطلاق بسبب المرض النفسي؟

نقول: إذا كان المرض النفسي في الزوجة، فإن الزوج ـ بحسب الشريعة الإسلامية ـ يملك سلطة الطلاق مطلقًا، حتى لو لم تكن الزوجة مريضة نفسيًا.

إن هذا السؤال يوجه فيما لو كان المريض هو الزوج.

في هذه الحال إذا أدى المرض النفسي إلى حدوث الجنون، فإن الجنون يبرر للزوجة الفسخ وإنهاء الحالة الزوجية، أو ترفع أمرها إلى الحاكم الشرعي (القاضي) وهو يحكم بالطلاق ويجري الطلاق.

واجبات المريض نفسيًا

وأما إذا كان المرض النفسي دون ذلك، ولكنه أدى إلى نشوء حالة تتعذر فيها المعاشرة بالمعروف، فقد حكمنا في هذه الحالة بأن للزوجة ـ إذا لم تقبل بهذا الوضع ـ أن تطلب الطلاق، بأن ترفع أمرها للحاكم الشرعي الذي يتخذ الإجراءات المناسبة، ويأمر الزوج بالطلاق إذا كان الوضع العقلي للزوج مناسبًا لتوجيه الأمر إليه (المفروض أن حالة الزوج ليست جنونًا) فإذا أبى تولى الطلاق الحاكم الشرعي.

إن الذي يحدد الحال هم أهل الخبرة بالحال المرضية المراد تحديد درجاتها، وهم الأطباء والخبراء ذووا العلاقة.

وأما بالنسبة للحياة الزوجية، حال المعاشرة بين الزوجين والأولاد، فإن الذي يحدد الحال هم أهل الخبرة في الحياة الزوجية.

وبالنسبة لسؤال هل ينبغي أن تؤخذ في الحسبان قابلية المرض للمعالجة؟

نقول: نعم، ينبغي أن تؤخذ في الحسبان قابلية المرض للمعالجة، وعلى الحاكم الشرعي الذي رفعت الزوجة أمرها إليه أن يتريَّث، وأن يبحث عمَّا إذا كان هناك قابلية للمعالجة أم لا.

مبادئ رعاية المريض النفسي وحقوقه

يمكن تقسيم المرضى المصابين نفسيًا وعقليًا من حيث مدة حدوث الإصابة إلى:

- النوع الأول: هو الذي يُصاب بالمرض ويبقى معه طوال حياته، وفي معظم الحالات لا يتمتع بالإدراك والمسؤولية، وهؤلاء يمكن إجبارهم على العلاج سواء أقبلوا أو رفضوا، وغالبًا ما يرفض المصابون بمثل هذه الاضطرابات العلاج، ولكن على الجهات المسؤولة إجبارهم على تناول العلاج، وإذا رفضوا على الجهات المسؤولة إدخالهم المستشفى؛ حفاظًا على حياتهم وحياة الآخرين من الأسرة وغيرهم [200].
- النوع الثاني: هؤلاء معظمهم إن لم يكن جميعهم لديهم إدراك في أثناء غياب الأزمة، ويمكن الاستفادة من هذه الفترة وتقديم العلاج لهم، وفي حالة رفضهم يجب إجبارهم على تناول العلاج سواء أكان ذلك في المنزل أو المستشفى؛ حفاظًا على حياتهم وحياة الآخرين.

وهناك عدة مبادئ يجب مراعاتها عند تقديم الرعاية للمريض النفسي، ومنها:

أولًا ـ الصحة النفسية والوقاية من الأمراض النفسية

المبدأ: تعزيز الجهود التي ترمي إلى الحفاظ على الصحة النفسية والوقاية من الأمراض النفسية، يحتوي هذا المبدأ على:

- الجهود المبذولة لتعزيز الصحة النفسية عامة.
- الجهود المبذولة للوقاية من الإصابة بالأمراض النفسية.

الخطوات التنفيذية

ـ تعزيز الأعمال التي تساعد على النهوض بالصحة النفسية والمحافظة عليها التي نصت عليها قرارات منظمة الصحة العالمية [جنيف 1993م "Annex 1"].

ـ تحديد وأخذ الخطوات المناسبة لاستبعاد أسباب الاضطرابات النفسية والتي حددها كتاب الإرشادات الخاص بمنظمة الصحة العالمية [جنيف 1993م "Annex 1"].

ـ العمل على إصدار التشريعات الضرورية من أجل الوقاية من الاضطرابات النفسية، وحسن رعاية المرضى.

ثانيًا ـ الرعاية الأساسية للصحة النفسية

المبدأ: لكل إنسان الحق في الحصول على الرعاية النفسية الأساسية. وينص هذه المبدأ على:

ـ أن تكون الرعاية الصحية والنفسية كافية ومناسبة من حيث الأمور الآتية:

- المحافظة على كرامة المريض وأسراره.
- تمكين المريض من جميع الوسائل التي تساعد على الاستقلال والتكيف الذاتي للتعايش مع أي إعاقة، أو خلل، أو اضطراب نفسي.
- إسباغ الرعاية المقبولة والمناسبة السريرية أو غير السريرية؛ بغية تخفيف معاناة المريض وإسعاده.
- المحافظة على نظام جيد للرعاية الصحية النفسية يشمل: (الرعاية الصحية الأولية ـ العيادات الخارجية ـ أسرَّة بالمستشفيات ـ أسرَّة للإقامة الطويلة ـ المراكز المتخصصة للعلاج النفسي).

ـ الاهتمام بتوفير الرعاية الصحية النفسية لكل من يطلبها، وذلك مثل: الرعاية الصحية العامة.

ـ إتاحة خدمات الصحة النفسية لجميع المحتاجين إليها.

ـ توفير الرعاية الصحية بما فيها رعاية الصحة النفسية في جميع المناطق، ووفق الإمكانات البشرية والمادية المتوافرة والمناسبة.

الخطوات التنفيذية

ـ توفير الرعاية الصحية الجيدة شاملة الصحة النفسية.

ـ التزام الممارسة الطبية بقواعد جودة ممارسة الأداء التي أقرتها منظمة الصحة العالمية.

ـ الالتزام بمقاييس وضوابط جودة الممارسة المقررة عالميًا لجميع القائمين بالعلاج والهيئات الحكومية.

ـ توفير الرعاية الصحية النفسية بما يتناسب مع ظروف كل مجتمع وثقافته.

ـ الوضع في الاعتبار تقييم المريض لجودة الرعاية ـ إن كان قادرًا على إعطاء الرأي ـ أو تقييم أقاربه للرعاية المقدمة.

ـ تسجيل العلاج والقرارات والإجراءات المتخذة بشأن المشمول بالرعاية الصحية النفسية في ملفه الطبي.

ـ إدخال الرعاية الصحية النفسية في برامج الرعاية الصحية الأولية.

ـ العمل على توسعة برامج التأمين الطبي العام والخاص، بحيث تشمل أكبر قدر ممكن من الحالات المحتاجة للرعاية النفسية.

ـ ضمان حق المريض في الدخول الطوعي (الإرادي) في الرعاية الصحية النفسية.

ـ توفير الرعاية الصحية النفسية الجيدة، وتكون خاضعة لعدة مقاييس حسب ما اقترحته منظمة الصحة العالمية وهذه المقاييس هي:

- أن تكون وحدة الرعاية الصحية الأساسية على مقربة وفي مكان يسهل الوصول إليه.
- توفير الأدوية الأساسية التي حددتها منظمة الصحة العالمية.
- توفير الإرشاد النفسي بما يغطي احتياجات المجتمع المحلي.

ثالثًا ـ تقييم الصحة النفسية

المبدأ: ينبغي أن يتوافق تقييم الصحة النفسية مع المبادئ الطبية العالمية المقبولة، ويشمل هذا التقييم ما يأتي:

- التشخيص.
- اختيار العلاج.

- تحديد درجة الأهلية.
- تحديد ما إذا كان الشخص يتوقع منه إيذاء نفسه أو غيره؛ نتيجة الاضطراب النفسي أو السلوكي.

الخطوات التنفيذية

- تعزيز التدريب السريري على استخدام المبادئ المقبولة دوليًا وإسلاميًا.
- الامتناع عن استخدام أي معايير غير معايير الطب النفسي في تقييم الحالات التي تكون عُرضة لإيذاء النفس، أو الغير بما يتفق مع مبادئ الأمم المتحدة في هذا الشأن.
- إعادة التقييم الشامل في كل مرة يخضع فيها المريض للفحص من جديد.

رابعًا ـ استعمال الحد الأدنى المناسب من تقييد حرية المريض لتفادي خطورته

المبدأ: إذا احتاج مرضى الاضطرابات النفسية الجسمية إلى تقييد حريتهم ينبغي أن يكون ذلك في أضيق الحدود مع توفير الوسائل اللازمة لأداء واجباته الدينية والعناية بذاته، ويحتوي هذا المبدأ على:

ـ المعايير الواجب مراعاتها عند اختيار الحد الأدنى المناسب من القيود التي تُفرض على المريض، وتشمل:

- نوع الاضطراب النفسي.
- العلاجات المتاحة.
- قدرة الشخص على العناية بذاته.
- مدى تعاون المريض وقبوله للبدائل المتاحة.
- احتمالات إيذاء الذات أو الغير.
- توفير طرق العلاج في المجتمع الذي يعيش فيه المريض قدر الإمكان.

في حالة الحاجة إلى تقييد حرية المريض لا يكون ذلك إلا في المؤسسة العلاجية المتخصصة وبالحد الأدنى الضروري، ولا تُستعمل حجرات العزل، أو العقاقير الكيماوية القوية إلا للضرورة التي لا تتحقق إلا بعد استيفاء ما يأتي:

- محاولات متكررة لإقناع المريض ببدائل أخرى عن تقييد حريته.
- الفحص وتقديم العلاج بواسطة اختصاصي معتمد.
- وجود ضرورة لتقييد الحرية منعًا لإيذاء النفس أو الآخرين.

الخطوات التنفيذية

- العمل على التقليل من استخدام حجرات العزل قدر الاستطاعة، وعدم تشجيع استحداث حجرات جديدة.
- إصدار صيغ قانونية تزيل العقبات التي تحول دون ممارسة الطب النفسي داخل المجتمع والتي تشجع على توفير المعاونة المناسبة لتقديم العلاج الطبي النفسي الاندماجي.
- تدريب فرق العلاج على استعمال الوسائل البديلة عن تقييد حرية المريض؛ لمساعدته في الحالات الحادة.

خامسًا ـ حرية الاختيار الذاتي

المبدأ: ضرورة الموافقة قبل التدخل الطبي تجاه المريض، يحتوي هذا المبدأ على:

ـ التدخل الطبي تجاه المريض، ويشمل:

- الفحص البدني والنفسي ووسائل التشخيص واستعمال العلاج الطبي مثل: الأدوية أو الصدمات الكهربائية (وقد يكون هناك الإدخال الجبري للمريض في المستشفى).
- أن تكون الموافقة حرة دون ضغط أو إكراه.

- أن تكون الموافقة مبنية على معلومات دقيقة يفهمها المريض وتكفي لاتخاذه قراره، على أن تشمل هذه المعلومات: الميزات والعيوب والمخاطر، والبدائل، والنتائج المتوقعة والأعراض الجانبية.
- أن يسجل ما تقدم بالملف الطبي للمريض.

وفي حالة المريض النفسي الذي لا تسمح حالته بإعطاء الموافقة تكون الموافقة من وليه، أو القيم عليه، أو أحد أقربائه، أو السلطة المختصة حسب الأحوال وبالأولويات التي يحددها التشريع المحلي.

الخطوات التنفيذية

- يُعَدُّ المريض قادرًا على اتخاذ القرار إلى أن يثبت العكس.
- لا يجوز لممارسي العلاج النفسي أن يفترضوا مسبقًا عدم أهلية المريض لاتخاذ القرار العلاجي.
- لا يجوز تعميم الحكم بعدم القدرة على الاختيار الذاتي من عدم القدرة على الاختيار في حالة بعينها (فعدم القدرة على اتخاذ قرار العلاج قد يُحدد بوسائل أخرى).
- تحقيق رغبات المريض المقبولة المتصلة بالعلاج التي يبديها قبل أن يفقد قدرته على الموافقة.

خصوصية وسرية المرضى النفسيين

سرية المريض هي ركن ركين من أركان مهنة الطب، فإن لم يلتزم بها الطبيب أو كل من العاملين في مجال الطب، وتعرف على كل أحوال المرضى سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة مثل التعرّف على الدواء، أو التحليل، أو أي وسيلة أخرى، فإنه بهذا التصرف سيسهم في هدم الثقة بين المريض والطبيب وينهدم معها روح مهنة الطب.

تحتل السرية في الأمراض النفسية مكانة خاصة من بين معظم الأمراض الأخرى، لذلك فإن هذا الموضوع يحتاج إلى تأنٍ من الطبيب قبل اتخاذ قرار السرية فيه. وعلى سبيل المثال: مريض مصاب بالاكتئاب وزار الطبيب للعلاج ولا يرغب في إخطار زوجته أو العكس.

الحافظ على سرية المرضى النفسيين في جلسة العلاج النفسي.

فعلى الطبيب أن يقرر هل المريض حالته بسيطة ولا يمكن أن يقدم على إيذاء نفسه أو الآخرين، فيمكن الالتزام بالسرية على أن يتفق مع المريض أو المريضة أن يواظب على تداول الأدوية في مواعيدها، وأن يتابع زيارة الطبيب في الوقت الذي يحدده الطبيب. أما في حالة تشخيص المريض أو المريضة غير ذلك، ويحتمل أن يقدم على إيذاء نفسه أو الإقدام على الانتحار، أو يؤذي من حوله سواء من أسرته أو الآخرين، فعلى الطبيب إخطار ذويه لاتخاذ الإجراءات اللازمة نحو إدخاله المستشفى ليوضع تحت الرقابة وحمايته وحماية الآخرين، ويمكن تطبيق ذلك على جميع الأمراض النفسية بدرجاتها المختلفة.

أما في حالة القُصَّر فيكون بطلب أهله أو الأوصياء الشرعين على إدخاله المستشفى، فعلى الطبيب فحص المريض، واتباع نفس الخطوات السابق ذكرها؛ لاتخاذ القرار المناسب أما في حالة العلاج الجماعي فلا يوجد ضمان بعدم الالتزام بالسرية الكاملة؛ نظرًا لوجود أطراف مختلفة من زملائه المرضى المشاركين معه في حلقات العلاج.

وعمومًا فإن مسألة سرية المريض النفسي من أعقد وأصعب ما يواجهه الطبيب المختص؛ لأن أحوال المرضى مختلفة من حالة لحالة، والمريض معرَّض للإصابة بمرض آخر، وعلى المريض عند زيارته للتعافي من المرض، فإن كان مصابًا بمرض مُعْدٍ يحتاج إلى إعطائه أدوية لعلاج المرض ومنعه من معاشرة زوجته وعزله في الأماكن المخصصة للعزل، وعليه فإن من حق الأسرة أن تعرف كل ما أصاب المريض، وهنا يظهر التساؤل إما عن الأدوية التي يتعاطاها، أو طلب العزل للزوج أو للزوجة، وعليه إخطار الطبيب بما لديه، وفي هذه الحالة سيدخل طرف آخر في علاج المريض، والوضع الطبي يلتزم جميع الأفراد بالحفاظ على سر المهنة تجاه المريض، وعلى الطبيب إذا وجد نفسه في موقف صعب ومعقد وعدم قدرته على اتخاذ القرار فعليه الاستعانة بأحد الفقهاء وعرض المشكلة عليه للوصول إلى حل يحفظ حقوق الجميع كما لا ينتهك حق المريض أو ذويه أو المجتمع؛ لأن حصيلة القرار ستنعكس سلبًا أو إيجابًا على المريض والأسرة والمجتمع، فإن أصاب فمن الله سبحانه وتعالى، وإن أخطأ فمن عند نفسه، على ألا يُضار أحد قدر الإمكان «لا ضرر ولا ضرار»، (والضرر الكبير يزال، والضرر الصغير لا يزال بالضرر الكبير) وغير ذلك من القواعد الفقهية التي تساعد الطبيب والفقيه للوصول إلى نتيجة جيدة.

الفصل السادس

قضايا فقهية طبية معاصرة

قد بين الله عز وجل وبين رسوله صلى الله عليه وسلم للناس جميع ما يحتاجون إليه في حياتهم، وهذه الشريعة جعلها الله تعالى شاملة لكل ما يحتاج إليه البشر، وجعلها صالحة لكل زمان ومكان. والفقه يمثل حياة الناس العملية، ونظرًا للمستجدات التي تطرأ على حياة البشر لم يسبق فيها نص ولا اجتهاد، وهذه القضايا المعاصرة تهم عموم الناس التي لا ينبغي أن ينفرد فيها عالم برأي، إنما يكون هناك اجتهاد جماعي (المجامع الفقهية)، يوجه عناية كبيرة إلى ما يسمى بفقه القضايا والمسائل المستجدة التي ينبغي عدم الاستعجال في الحكم عليها؛ لأنه أحيانًا أول ما تكون المسألة أو القضية جديدة وغير مكتملة التصور، ثم بعد ذلك تتضح المسألة مع مرور الزمن شيئًا فشيئًا حتى يكتمل التصور والرأي الفقهي السديد. وهذا يؤكد صلاحية الشريعة الإسلامية لكل زمان ومكان من خلال إظهار الأحكام الشرعية الضابطة لحياة الناس، وما يستجد من أمور لهذا كان لا بد من بيان الحكم الشرعي في هذه القضية أو النازلة الفقهية المعاصرة.

تشريح جثث الموتى

الهدف من تشريح جثث الموتى أمران:

- التعليم الطبي.
- الكشف عن الجرائم الجنائية، والتعرّف على أسباب الوفاة في الجرائم أو الفصل في موضوع قضايا معينة؛ من مثل: الاغتصاب، وهو ما يُطلق عليه الطب الشرعي، أو الطب العدلي.

التشريح عند الأطباء المسلمين السابقين

أُتّهم الأطباء المسلمون تهمة باطلة بأنهم لم يشرِّحوا الموتى، وليست لديهم خبرة في ذلك بسبب تحريم تشريح الموتى بناءً على الحديث النبوي الشريف عن عائشة: أن رسول صلى الله عليه وسلم قال: «كسرُ عظم الميت ككسرِهِ حيًا» (رواه مالك وأبو داود وابن ماجه). وكذلك النهي عن التمثيل بالموتى، كذلك فهِم بعض المهتمين بتاريخ الطب أن الأسباب وراء عدم تقدم الجراحة في تاريخ الطب الإسلامي يرجع إلى أسباب دينية وإنسانية واجتماعية [201].

ويعزو ذلك لما سطره "ابن النفيس": وقد صدنا عن مباشرة التشريح رادع الشريعة وما في أخلاقنا من الرحمة؛ فلذلك رأينا أن نعتمد في تعريف صور الأعضاء الباطنية على كلام من تقدَّمَنا من المباشرين لهذا الأمر، ولكن عديدًا من الأطباء قد جعل من الآية القرآنية: ﴿ وَفِيٓ أَنفُسِكُمۡۚ أَفَلَا تُبۡصِرُونَ ٢١ ﴾ (سورة الذاريات: الآية 21). والآية: ﴿ سَنُرِيهِمۡ ءَايَٰتِنَا فِي ٱلۡأٓفَاقِ وَفِيٓ أَنفُسِهِمۡ حَتَّىٰ يَتَبَيَّنَ لَهُمۡ أَنَّهُ ٱلۡحَقُّۗ ٥٣ ﴾ (سورة فصلت: الآية 53) مدخلاً مباشرًا للإقدام على التشريح، بل إن "ابن رشد" جعل في التشريح وسيلةً للتقرب إلى الله، كما أن "الرازي مارس التشريح".

ممارسة التشريح كانت ظاهرة عامة و"لابن النفيس" باع في ذلك أيضًا، كتشريح العظام والعروق، وهو الذي اكتشف الدورة الدموية الصغرى ووصف تشريح القلب.

وكانوا جميعًا يهتمون بالتشريح، بل معظمهم كانوا يُشرِّحون الحيوانات أولًا، كالطبيب "يوحنا بن ماسويه" (863م) وهنا لا بد من الإشارة إلى أن كتب الحسبة قد أفردت شرطًا لمزاولة الطب، فمن شروطها العديدة: العلم بأعضاء الإنسان، فقد ذكر "الشيرازي" في كتابه (نهاية الرتبة في طلب الحسبة) واتفق معه "ابن البسام" [إن الطبيب هو العارف بتركيب البدن ومزاج الأعضاء].

وأوجب المحتسب (هو الشخص الذي يعطي الترخيص لمزاولة مهنة الطب) على الفصَّادين والحجامين ألا يتصدى للفصد والحجامة إلا من اشتهرت معرفته بتشريح الأعضاء والعروق والعضل والشرايين، كما طلب المحتسب من الكحال (طبيب

العيون) أن يكون عارفًا بتشريح طبقات العين السبع وعدد رطوباتها الثلاث، وكلها أمور تتطلب أو تفرض معرفة تشريحية [202]. فالرازي مثلًا أفرد فصولًا خاصة في كتبه للتشريح، بل إن كتابه "المنصوري في الطب" هو كتاب كامل في التشريح (932م) [203]. و"علي بن عباس المجوسي" صاحب كتاب «كامل الصناعة الطبية الضرورية»، وقد نجح "المجوسي" في وصف الدورة الدموية في الأوعية الشعيرية، ويحتوي الكتاب على (37) بابًا في التشريح[204]. كما وصف الأطباء المسلمون العصب، والحنجرة، والقلب، وغير ذلك، إضافة إلى تشريح البالغين كما أنهم نبغوا أيضًا في جراحة الأطفال، مثل: جراحة التشوهات الخِلْقية، ووصفوا أنواعها وصفاتها، كذلك الجراحة العامة، وجراحة المسالك البولية، وجراحة الرأس والرقبة والفقرات [205].

كما قدم "ابن زهر" في كتابه «التيسير في المداواة والتدبير» دراسة تشريحة على بعض أعضاء البدن الإنساني وهي: الكبد، والطحال، والبطن، وأمراضها ومعالجتها [206]. وغني عن التعريف "أبو بكر الزهراوي" الذي قام بتصنيع عديد من آلات الجراحة لكل عضو من أعضاء الجسم فيقول: "ينبغي لصاحب الطب قبل ذلك أن يرتاد علم التشريح ويتعمق فيه" [207].

مراجعة آراء الفقهاء حول موضوع تشريح الموتى.

الرأي الوحيد الذي صدر حول هذا الموضوع (تشريح جثث الموتى، وهو حالة شق بطن الحامل لإخراج جنينها الحي إذا كانت الدلائل تشير إلى قابلية الجنين للحياة)، حيث قال: "ابن عابدين" في حاشيته: حامل ماتت وولدها حي يضطرب ويُشق بطنها من الأيسر ويُخرج ولدها، ولو مات الولد في بطنها وهي حية وخيف على الأم قُطّع الولد وأُخرج بخلاف ما كان حيًا [208]. وكذلك كتب "النووي" مثلما كتب "ابن عابدين" [209].

وفي العصر الحديث بعد أن تم إنشاء كلية الطب في أبي زعبل بجمهورية مصر العربية (أسسها علي باشا سنة 1827م) كان من الضروري أن يتم تشريح الجثث

للتعرّف على مكونات أعضاء الجسد الداخلية في وقت كانت لغة التحريم هي السائدة، ولكن سخر الله لهذا الأمر العلَّامة الطبيب الشيخ "أحمد عبد المنعم الدمنهوري" (المتوفى عام 1778م)، وكان وقتها شيخًا للأزهر، وذهب بنفسه إلى كلية الطب بأبي زعبل لإلقاء محاضرة على طلبة كلية الطب عن تشريح جثث الموتى، وفي البداية هجم عليه أحد الطلبة من طلاب مدرسة الطب لاعتقاده أن التشريح يتعارض مع حرمة الموت، وقد ألقى الرسالة التي أسماها «القول الصريح في علم التشريح» وأثبت فيها معلومات تشريحية ذات قيمة متفردة، ولكنه اعتقد أن الاستفادة منها محدودة، فقد فسرها في كتابه "منتهى التشريح" بخلاصة القول الصريح في علم التشريح [210].

ثم تولى مشيخة الأزهر بعد ذلك الشيخ "حسن العطار" الذي توفي عام (1843م)، وكان منفتحًا في العلوم الحكمية إلى جانب تضلعه في علوم الدين، وله رسائل عدة في الطب والتشريح، وكان شيخ الأزهر "حسن العطار" يفند للطلبة أهمية التشريح وجواز استخدامه؛ لأنه يؤدي إلى علم الطب، وعلم الطب أحد فروض الكفاية التي اهتم بها المسلمون اهتمامًا شديدًا، واستطاع هذا العلَّامة أن يقنع طلبة الأزهر الذين كانوا نواة كلية الطب آنذاك بأهمية علم التشريح، وجواز تعلُّمه عندما رأى ثورتهم على الطبيب الفرنسي "كلوت بك" وهو يشرِّح الجثث [211] والذي كان يشرف على كلية الطب بأبي زعبل.

وفي القرن العشرين أصدر الشيخ "عبد المجيد سليم" مفتي الديار المصرية فتوى برقم 639 في أكتوبر1937م بإباحة التشريح بناءً على أن قواعد الدين الإسلامي مبنية على المصالح الراجحة، وتحمُّل الضرر الأخف لجلب مصلحة يكون تفويتها أشد من هذا الضرر، وقد اشتملت الفتوى على النقاط الآتية:

1. تشريح جثة القتيل لإثبات التهمة على القاتل أو لإثبات براءته، أو تشريح جثة المتوفى بالسُّم لمعرفة سبب الوفاة ونوع السُّم.

2. تشريح الجثة لتعليم الطب ومعرفة الأمراض، والمصلحة في ذلك أعم وأشمل [212].

وتوالت الفتاوى في مختلف أصقاع العالم الإسلامي، وكان من آخرها بحث للجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية حول موضوع تشريح جثث الموتى بتاريخ (7/21/ 1396هـ)[213]، وقد أباحت هذه الفتاوى وكثير غيرها التشريح لأحد الأغراض الآتية:

- التحقيق في دعوى جنائية لمعرفة أسباب الموت أو الجريمة المرتكبة.
- التحقق من الأمراض التي تستدعي التشريح لاتخاذ الإجراءات الوقائية والعلاجية.
- التشريح لغرض التعليم الطبي، على أن تراعى القيود الآتية:

ـ إذا كانت الجثة لشخص معلوم يُشترط أن يكون قد أذِن هو قبل موته بتشريح جثته، أو أن يأذن بذلك ورثته بعد موته، ولا ينبغي تشريح جثة معصوم الدم إلا عند الضرورة.

ـ يجب أن يقتصر في التشريح على قدر الضرورة لكيلا يُعبث بجثث الموتى.

ـ يجب في جميع الأحوال دفن جميع أجزاء الجثث المشرحة.

الموت الرحيم أو القتل الرحيم

إن حياة الإنسان هي أغلى ما يملك، ونظرًا لأهمية هذه الحياة فقد نهى الله تعالى عن الاعتداء على هذه الحياة بأي شكل كان وبغير وجه حق، وقد ظهر حديثًا ما يُسمى بالقتل الرحيم أو الموت الرحيم؛ من أجل تخفيف آلام المريض الميؤوس من شفائه، وتقليل معاناته هو وأهله.

إن الشريعة الإسلامية قامت على أسس ثابتة؛ لتحقيق مقاصد عليا تسعى للحفاظ عليها وهي كما ذكر أهل الذكر الحكيم خمسة: (الدين، والنفس، والمال، والعقل والنسل). ومع ذلك فإن الشريعة الإسلامية عُنيت عناية فائقة بحفظ النفس البشرية فشرعت لها من الأحكام ما يجلب لها المصالح ويرفع عنها المفاسد ويدرأ الاعتداء عليها.

وفي هذا المقام يقول الإمام "الشاطبي" المقاصد الضرورية ومنها حفظ النفس يكون بأمرين:

الأول: ما يقيم أركانها ويثبت قواعدها، وذلك مراعاة لها من جانب الوجود.

الثاني: ما يدرأ عنها الاختلال الواقع أو المتوقع فيها، وذلك مراعاة لها من جانب العدم [214].

إن موضوع الموت الرحيم أو القتل الرحيم أو القتل بدافع الشفقة داخل تحت هذا المقصد العظيم من مقاصد الشريعة الإسلامية بشق الوجود والعدم. وهذه القضية من النوازل والمستجدات التي تحتاج إلى بيان الحكم الشرعي فيها، خاصة أنه ظهر وانتشر مع وجود مؤيدين له، والسبب وراء ذلك:

- زيادة الأعمار، فزادت أمراض كبار السن وعقوق الوالدين واللجوء إلى دور الرعاية وآثارها النفسية على مرتاديها بانقطاع الصلة في الأسرة.
- التقدم الكبير في وسائل الرعاية الصحية، وبخاصة غرف الرعاية المركزة التي شهدت تطورًا وتقدمًا كبيرًا، فاستطاعت بفضل الأجهزة إطالة الحياة، وعلى الرغم من تعاسة هذه الحياة فإنها حياة إنسانية؛ إلا أن الأمر يجب أن يؤخذ بالحذر الشديد عند اتخاذ أي قرار مثل وقف العلاج، أو إيقاف أجهزة الإنعاش؛ لذا يجب التأني في اتخاذ أي قرار.
- كثرة الأمراض المستعصية التي انتشرت انتشارًا كبيرًا وأثرها في نوعية وجودة الحياة الإنسانية فمنهم من يرغب في إنهاء حياته.
- ما صاحبَ التقدم الهائل في الرعاية الصحية، وبخاصة أماكن الرعاية الطبية المركّزة من القصور في أعدادها أمام زيادة الطلب عليها، وعدم قدرتها على الاستجابة للطلب، خاصة في أثناء الحوادث الكبيرة التي تتطلب عددًا كبيرًا من أماكن الرعاية الطبية المركزة، وهنا يقع الطبيب في حرج شديد، فمن له الأولوية؟ هل الأغنياء أم الفقراء؟، هل الذين يعتقد الطبيب أن أمل الحفاظ على حياتهم أكبر؟ أم ماذا؟

- الجوانب الاقتصادية المرتفعة التي تشكّلُ عبئًا على أعباء المريض في أماكن الرعاية الطبية المركزة ذات التكلفة العالية.

كل ذلك وغيره يجعل من المهم دراسة الجوانب الأساسية لموضوع الموت الرحيم أو القتل الرحيم.

التعاريف للقتل الرحيم أو الموت الرحيم

القتل: هو فعل يحصل به إزهاق الروح[215]. وعرَّفه الشيخ شلتوت بأنه "إزهاق روح متحقق الحياة بفعل من شأنه عادة أن يزهق الروح يقوم به إنسان مؤاخذ بعمله" [216].

الموت: في اللغة ضد الحياة، وهو مصطلح يُستخدم ليعبر عن عملية التفكك البيولوجي للكائن الحي[217].

إن مفهوم (الموت) من المفاهيم المرتبطة (بالقتل الرحيم، أو الموت الرحيم) وبمعيار الشخصية، وذلك لأن تحديد المعايير التي على أساسها يمكن أن يحدد الطبيب أن مريضًا ما قد مات، اختلفت في الوقت الحالي عما كانت عليه في السابق، فظهور الأجهزة الجديدة زاد من تعقيد مشكلة تعريف الموت، وهنا يظهر سؤالٌ مهمٌّ وحرج: من الذي من حقه أن يحدد مصير ذلك الشخص؟ ذلك لأن موت الشخص يحل المشكلة، ولكن الأمور تتعقد حين تكون الأمور غير واضحة بالنسبة لمعيار الموت، مثال: سيدة أُدخلت المستشفى إثر اعتداء بالضرب عليها أدى إلى فقدها للوعي؛ نتيجة تلف بأجزاء المخ، وضعت في غرفة العناية المركزة إلى أن تتوصل إدارة المستشفى إلى معرفة هوية المرأة والاتصال بأقاربها، وقد فشلت في التوصل إليه؛ لذلك كان على الأطباء أن يحددوا مصيرها، ولكن اللجنة التي شُكلت انقسمت إلى قسمين:

القسم الأول: اعتمد على تلف المخ بوصفه معيارًا وقرر سحب الأجهزة.

القسم الثاني: اعتمد على معيار التنفس والنبض وأصدر قراراته أن تبقى الأجهزة تعمل، فإذا لم يستطع الأطباء الوصول إلى قرار واحد ولم يجدوا أحدًا من أقارب

السيدة من الذي يستطيع أن يقرر مصيرها؟ يجيب بعضهم عن ذلك بقولهم: دعوا القانون يقرر. ولكن هذه المسألة لا تزال غير واضحة حتى بالنسبة لبعض المحاكم أيضًا، وإن كان هناك كثير من الدول المتقدمة قدمت حلولًا كثيرة من المشكلات القانونية المرتبطة بالموضوع [218].

والموت الرحيم، أو القتل الرحيم يُطلق عليه (Euthanasia) وهي كلمة يونانية من شقين: (Eu) تعني: الحسن، أو الطيب، أو الرحيم، (Thenasia) معناها: الموت أو القتل، وهناك من يُعِدُّها قتل الطبيب لمريضه بالسم القاتل، أو بأي طريقة أخرى.

تعريف القتل الرحيم، أو الموت الرحيم، أو الموت بكرامة

القتل الرحيم اصطلاحًا "إنهاء حياة المريض الميئوس من شفائه طبيًا للحد من آلامه غير المحتملة بناء على طلبه الصريح أو الضمني أو طلب من ينوبه، وسواء قام بتنفيذه الطبيب أو شخص آخر بدافع الشفقة أو المريض نفسه" [219].

القتل الرحيم في الشرع

عُرِّف بأنه: «فعل من العباد تزول به الحياة، أو أنه إزهاق روح آدمي، إما بفعل آدمى آخر، أو المريض نفسه».

والقتل نوعان:

النوع الأول: قتل مباح لحق من الحقوق الشرعية، أو لحق من الحقوق الشخصية كاستيفاء القصاص أو قتل القاتل أو المرتد عن دينه (220). مصداقًا لقوله سبحانه: ﴿وَلَا تَقْتُلُواْ ٱلنَّفْسَ ٱلَّتِي حَرَّمَ ٱللَّهُ إِلَّا بِٱلْحَقِّ﴾(الأنعام: الآية 151). وقوله تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوٓاْ أَنفُسَكُمْ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾(النساء: الآية 29).

النوع الثاني: مصطلح القتل الرحيم في المنظور الديني هو مصطلح حديث ومشكلة من أساسها لا وجود لها، لذلك سماه فقهاء الغرب بالحق في الموت الهادئ، ولا يعدو أن يكون صورة من صور الانتحار وقتل النفس التي حرم الله قتلها إلا بالحق.

القتل الرحيم عند القانونيين

عرَّفه بعض القانونيين بأنه: «إنهاء حياة مريض ميئوس من شفائه طبيًا بفعل إيجابي أو سلبي لوضع حد لتلك المعاناة» [221].

وعرّفه بعضهم الآخر بأنه: «المراد بالقتل إشفاقًا أو بدافع الشفقة هو القتل الذي يكون الدافع أو الباعث على ارتكابه الشفقة بالمجني عليه، وذلك في الأحوال التي يكون فيها المريض غير قابل للعلاج» [222].

فالمقصود به أن يقوم الطبيب أو أي شخص آخر بإنهاء حياة المريض وتُعْرفُ هذه بالطريقة الإيجابية، وهناك طريقة أخرى تُسمى الطريقة السلبية بمنع المريَض سواء برأي طبيب أو شخص بعدم تناول الأدوية المهمة والضرورية لاستمرار الحياة مع ملاحظة أنه لا يوجد في هذه الحالة توقف للقلب، مثل: الحالات السابقة في حالات عدم الإنعاش.

تصنيفات الفلاسفة للموت الرحيم

كثيرًا ما تتركز المناقشات الدائرة حاليًا بشأن الانتحار بمساعدة الطبيب حول التمييز بين القتل الرحيم النشط والقتل الرحيم السلبي، ما إذا كان القتل يحمل وضعًا أخلاقيًا مختلفًا عن السماح لشخص بالموت، وما إذا كان القتل المقصود لشخص آخر مسموحًا به أخلاقيًا في ظل ظروف معينة، غير أن هناك تمييزًا لا يرحم، ـ كثيرًا ما يكون مفترضًا مُسبقًا في خلفية هذه المناقشات ـ، ولكن نادرًا ما يكتشف هذا التمييز، وهذا هو التمييز بين القتل الرحيم الطوعي وغير الطوعي [223].

والسبب وراء عدم الاهتمام بهذا التمييز هو أنه من الواضح تمامًا أن القتل الرحيم غير الطوعي غير مسموح به من الناحية الأخلاقية، بصرف النظر عن الموقف، ويبدو واضحًا بما فيه الكفاية أن قتل كائن آخر ضد إرادته، هو غير أخلاقي سواءٌ أكان الشخص المعني مريضًا ميئوسًا من شفائه في ألم شديد أوْ لا، ومن ناحية أخرى إذا كان المريض يرغب في إنهاء حياته في ظل مثل هذه الظروف يصبح التقييم الأخلاقي للقتل الرحيم أكثر تعقيدًا [224].

مثال على القتل الرحيم: عندما يطلب شخص مصاب بمرض مؤلم وغير قابل للشفاء من الطبيب عن علم إعطاءه جرعة من مسكن قاتل قد يكون القتل طوعيًا في هذا المثال، ولكن ليس بالضرورة أن يكون كذلك تحت المساعدة على الانتحار بموت فرد تلو الآخر [225].

علامات الموت عند الأطباء

مفهوم الموت سابقًا كان بسيطًا ولكنه أصبح شيئًا فشيئًا مشكلة شائكة ومتعددة؛ فهناك موت سريري، وموت ظاهري، وموت بسبب توقف القلب والتنفس، وموت الدماغ، والحالات غير المستقرة بين الموت والحياة الذي اعتبره رجال القانون أمرًا غير مقبولٍ كونه يمس بالحرية الإنسانية [226]، [227].

أساس المسؤولية الجنائية المترتبة على القتل الرحيم

في حالة القتل الرحيم يسأل الطبيب عن تجاوزه الشروط الأساسية لمشروعية العمل الطبي، وذلك للأسباب الآتية:

- انعدام حالة الضرورة: لأن تدخل الطبيب عند ممارسته القتل الرحيم لا يكون بغرض إنقاذه من حالة مستعجلة وخطر حال لأجل شفائه، بل العكس يكون تدخّله لغرض غير شرعي يثير مسؤوليته الجنائية [228].
- توافر رضا المريض: بحيث يلتزم الطبيب للقيام بالعلاج، أو العمليات الجراحية الحصول على رضا المريض الحر المستنير، وتخلف هذا الرضا يجعل الطبيب مخطئًا، إذ لا يجب أن يقوم الطبيب بالقتل بدافع الشفقة حتى إذا توافر رضا المريض عن ذلك.
- توافر القصد الجنائي: الأصل أن الطبيب لا يقصد من الإصابات التي يحدثها بالمريض إلا شفاءه، في حين أنه في الإصابات الأخرى التي يعاقب عليها القانون قد يكون القصد منه الحقد أو الغضب، ومما لا شك فيه أن القصد الجنائي متوافر في جريمة القتل بدافع الشفقة؛ فالقتل يتطلب القصد العام ولا يشترط فيه

القصد الخاص، أما بالنسبة للباعث فإن المسلَّم به في الفقه الجنائي ليس عنصرًا في الركن المعنوي في الحالات التي عنيها القانون، ويكون القتل على نوعيه الفعل الإيجابي والفعل السلبي، ويترتب على هذا الفعل المادي جريمة تتطلب الاستعانة بالطب الشرعي لتثبيت حالة الوفاة وأسبابها وعلاقة مرتكب الفعل بوفاة المجني عليه، على أن يكون محلَّ الجريمة إنسانٌ حي على قيد الحياة، ولا عبرة بالحالة الصحية للمجني عليه، ففي جريمة القتل الرحيم يُعَدُّ الإنسان المريض مرض الموت هو محل جريمة القتل، ويظل مع ذلك موضع حماية قانونية فلا عبرة بمرضه أو بقيمته الاجتماعية. ومن ناحية أخرى فإن جريمة القتل الرحيم من الجرائم القصدية التي يجب فيها أن يتوافر علم الفاعل بالفعل الذي يقوم به.

موقف القوانين الوضعية من القتل الرحيم

ترى معظم القوانين الوضعية أن قتل الرحمة هو جريمة كيفما وقعت، ولو بموافقة المجني عليه، لكن هناك بعض الدول من تعتبرها أقل جسامة من جريمة القتل العمد.

غير أن بعض الدول العربية تأخذ بفكرة تخفيف العقوبة في حالة القتل الرحيم بناءً على رضا المجني عليه، إذ لا يُعقل أن يسوى بين القاتل انتقامًا، والقاتل بدافع الشفقة أو الرحمة.

الصور المختلفة للقتل الرحيم

الصورة الأولى: مساعدة الطبيب أو أي شخص آخر لتقديم يد العون لتنفيذ قتل نفس (المريض) بالسم أو سكين أو غير ذلك، مع علمه (الطبيب الشخصي) بأنها سوف تُستعمل في هذا الغرض.

الصورة الثانية: القتل الإيجابي، وهو إذا قام طبيب أو أي شخص آخر بقتل مريض يعاني آلامًا مبرحة بحجة الشفقة عليه بصورة مباشرة [(229)].

الصورة الثالثة: امتناع الطبيب عن تقديم العلاج، ويجب أن يميز بين حالتين:

- مريض عادي وصل إلى المستشفى في حالة خطرة ويحتاج إلى تدخل عاجل، فعلى الطبيب أن يقدم له الخدمات الطبية اللازمة حتى لو رفض المريض ذلك استنادًا إلى الدساتير الأخلاقية في مجال الطب. وهناك من يرى غير ذلك؛ فإذا كان المريض في حالة يستطيع أن يُبدي رأيه، ويفهم ما يقال له، وما يصدر منه ويُقدر المخاطر، فعلى الطبيب أن يزعن لرغبة المريض أو المصاب.
- إذا كان المريض مصابًا بمرض من الأمراض التي ليس لها علاج أو حالة صحية تتعاطى كمية كبيرة من الأدوية، ويعاني آلامًا شديدةً، ويرفض المريض أخذ أي دواء آخر، وفي هذه الحالة يدور الشك حول مسؤولية الطبيب عندما يكون التدخل ضروريًا وتستدعيه حالة المريض، وإذا توفي المريض فعلى الطبيب إثبات هذا الرفض (من المريض) كتابة؛ مما يؤدي إلى القول بأن القتل الرحيم السلبي غير مُعاقب عليه إذا رفض المريض جميع أشكال التطبيب [230]، [231].

التدخلات الطبية الخاصة بقضايا القتل الرحيم تحمل مسؤولية إنسانية وأخلاقية بالغة وتتطلب ضوابط صارمة.

في بعض المجتمعات يسمح القانون للطبيب بإنهاء حياة المريض الميؤوس من علاجه بطريقة غير مؤلمة طالما وافق المريض وعائلته على ذلك.

موقف الشريعة الإسلامية من القتل الرحيم

حفظ النفس وتحريم قتلها في الإسلام

اهتمت الشريعة بالمقاصد التي جاءت من أجلها وسعت إلى حمايتها، وجميع الأحكام من الأوامر والنواهي الشرعية جاءت تحفظ هذه المقاصد الخمسة، وهي: الدين، والنفس، والمال، والعقل، والنسل، فكل ما يتضمن حفظ هذه الأصول فهي مصلحة، وكل ما يفوت هذه الأصول فهو مهلك [232]. ولعل أهم من تحدث في هذا المجال "الإمام الشاطبي" ـ رحمه الله ـ كما سبق وأن ذكرناه سابقًا [233]. [234].

وقد بيّنت الشريعة الإسلامية الوسائل التي تحفظ النفس من الاعتداء عليها، فقد بينت النصوص الشرعية التي تُحرِّم الاعتداء على النفس، منها قوله تعالى: ﴿وَمَن يَقْتُلْ مُؤْمِنًا مُّتَعَمِّدًا فَجَزَآؤُهُۥ جَهَنَّمُ خَٰلِدًا فِيهَا وَغَضِبَ ٱللَّهُ عَلَيْهِ وَلَعَنَهُۥ وَأَعَدَّ لَهُۥ عَذَابًا عَظِيمًا ﴿٩٣﴾﴾ (النساء: الآية 93). وقال سبحانه وتعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُواْ ٱلنَّفْسَ ٱلَّتِى حَرَّمَ ٱللَّهُ إِلَّا بِٱلْحَقِّ ذَٰلِكُمْ وَصَّىٰكُم بِهِۦ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ ﴿١٥١﴾﴾(الأنعام: الآية 151). وقال تعالى: ﴿وَٱلَّذِينَ لَا يَدْعُونَ مَعَ ٱللَّهِ إِلَٰهًا ءَاخَرَ وَلَا يَقْتُلُونَ ٱلنَّفْسَ ٱلَّتِى حَرَّمَ ٱللَّهُ إِلَّا بِٱلْحَقِّ وَلَا يَزْنُونَ ۚ وَمَن يَفْعَلْ ذَٰلِكَ يَلْقَ أَثَامًا ﴿٦٨﴾ يُضَٰعَفْ لَهُ ٱلْعَذَابُ يَوْمَ ٱلْقِيَٰمَةِ وَيَخْلُدْ فِيهِۦ مُهَانًا ﴿٦٩﴾﴾ (سورة الفرقان: الآيتان 68، 69).

وقد أشار الرسول صلى الله عليه وسلم إلى ذلك في خطبة الوداع «إنَّ دِماءَكُم، وأمْوالَكم وأعْراضَكُم حرامٌ عَلَيْكُم كَحُرْمة يومِكُم هَذَا، في شهرِكُمْ هَذَا في بلدكُم هذا، ألا هل بَلَّغْتُ » (رواه البخاري ومسلم وغيرهما).

وما رواه عبيد الله بن أبي بكر عن أنس بن مالك رضي الله عنه، قول النبي صلى الله عليه وسلم «أكبر الكبائر الشرك بالله، وقتل النفس، وعقوق الوالدين، وقول الزور ـ أو قال: شهادة الزور ـ » (رواه البخاري ومسلم).

بل إن الشرع الحنيف أوجب القصاص على كل من تسوّل له نفسه الاعتداء على الآخرين مثل قوله تعالى: ﴿يَـٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ كُتِبَ عَلَيْكُمُ ٱلْقِصَاصُ فِى ٱلْقَتْلَى ۖ ٱلْحُرُّ بِٱلْحُرِّ وَٱلْعَبْدُ بِٱلْعَبْدِ وَٱلْأُنثَىٰ بِٱلْأُنثَىٰ ۚ فَمَنْ عُفِىَ لَهُۥ مِنْ أَخِيهِ شَىْءٌ فَٱتِّبَاعٌۢ بِٱلْمَعْرُوفِ وَأَدَآءٌ إِلَيْهِ بِإِحْسَـٰنٍ ۗ ذَٰلِكَ تَخْفِيفٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَرَحْمَةٌ ۗ فَمَنِ ٱعْتَدَىٰ بَعْدَ ذَٰلِكَ فَلَهُۥ عَذَابٌ أَلِيمٌ ﴿١٧٨﴾ وَلَكُمْ فِى ٱلْقِصَاصِ حَيَوٰةٌ يَـٰٓأُو۟لِى ٱلْأَلْبَـٰبِ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ ﴿١٧٩﴾﴾ (سورة البقرة: الآيتان 179,178).

وغير ذلك من آيات كثيرة جاءت في القرآن الكريم.

ومن عناية الشارع الحكيم أن بين الحلال والحرام وأحل الأخير (أي: المحارم) إذا كانت حياته متوقفة عليه [235]، وقد حددت الشريعة الإسلامية أنواع القتل في الشريعة الإسلامية، وأركانه وحدوده:

- القتل العمد: وهو ما تعمد فيه الجاني إزهاق روح المجني عليه بما قُتل.
- القتل شبه العمد: وهو ما تعمد الجانى الاعتداء على المجني عليه دون أن يقصد قتله إذا مات المجني عليه بنية الاعتداء.
- القتل الخطأ: ويكون في حالات:

ـ إذا تعمد الجاني الفعل دون أن يقصد المجني عليه، ويُسمى (الخطأ بالفعل).

ـ إذا تعمد الجاني الفعل وقصد المجني عليه على ظن أن الفعل مباح بالنسبة للمجني عليه، ولكن تبين أن المجني عليه معصوم، ويُسمى (الخطأ في القصد).

ـ ألا يقصد الجاني الفعل، ولكنه يقع نتيجة لتقصيره.

ـ أن يتسبب الجاني في الفعل، كمن حفر حفرة في الطريق نحو شخص ليلًا ووقع فيها ومات.

وقد أسهب الفقهاء في كل حالة استنادًا إلى أحاديث نبوية، أو اجتهادات شخصية [236]، [237]. وهناك تفاسير كثيرة من الآيات القرآنية والأحاديث النبوية واجتهادات علماء الشريعة حول كل بند من البنود السابق ذكرها.

حكم القتل الرحيم

إن العناية بالمريض شفقة، والإحسان إلى الضعفاء شفقة، ومسح رأس اليتيم شفقة، والرفق بالحيوان شفقة، إلى غير ذلك من صور الرحمة والشفقة. والاعتداء على حياة الإنسان ووضع نهاية لها يتنافى مع هذه القيم الإنسانية، ويؤكد هذا الكلام ما قاله البهوتي: «ولا يجوز قتل البهيمة ولا ذبحها للإراحة ما دامت حية، وذبحها إتلاف لها، وقد نهي عن إتلاف المال كالأدمي المتألم بالأمراض الصعبة أو المصلوب بنحو جديد لأنه معصوم ما دام حيًا» [238].

وفي هذا المقام جاء في قسم الطبيب الذي نشرته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية عام 1981م: «وأن أصون حياة الإنسان في أدوارها كافة، في كل الظروف والأحوال، باذلًا وساعيًا في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق، وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عوراتهم وأكتم سرهم، وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلًا رعايتي الطبية للقريب والبعيد، وللصالح والخاطئ والصديق والعدو... إلخ» إضافة إلى البنود الأخرى المذكورة في القسم [239].

وأيضًا كما جاء في الوثيقة الإسلامية للعلوم الطبية التي أعدتها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في البند السابع في حرمة الحياة الإنسانية ما نصه: «للحياة الإنسانية حرمتها، ولا يجوز إهدارها إلا في المواطن التي حددتها الشريعة الإسلامية، وهذه خارج نطاق المهنة الطبية تمامًا». ويحرم على الطبيب أن يهدر الحياة ولو بدافع الشفقة.. وهذا حرام لأنه خارج ما نص عليه الشرع من موجبات القتل كما جاء في الحديث الشريف: «كان فيمن كان قبلكم رجل به جرح فجزع، فأخذ سكينًا فحزَّ بها يده، فما رقأ الدم حتى مات، فقال الله في حديثه القدسي: بادرني عبدي بنفسه ... فحرمت عليه الجنة». (أخرجه البخاري ومسلم).

والطبيب في دفاعه عن الحياة مطالَب بأن يعرف حده، ويقف عنده، فإذا تأكد لديه ـ حسب المعطيات العلمية ـ استحالة رجوع المريض إلى الحياة استحالة

بَيِّنة، فإن ما لا طائل بَيِّنه من ورائه الإغراق في المحافظة على الكيان البنائي للمريض بوسائل الإنعاش الصناعية، أو بحفظه مجمدًا إلى غير ذلك من وسائل.

لأن المطلوب هو بقاء الحياة لا إطالة عملية الموت؛ ولأن الموت حق، ولكن ليس للطبيب أن يقوم بخطوة إيجابية من أجل إماتة المريض. وعلى الطبيب أن يبذل جهده في أن يجتاز المريض ما بقي من العمر في حسن رعاية، وفي غير ألم ولا عذاب بما تهيأ له من وسائل الرعاية والعلاج [240].

حكم القتل الرحيم بعد رضا أولياء المجني عليه

إذا كان الحكم السابق في تحريم القتل الرحيم بإذن المجني عليه محرم من باب أولى سيكون الحكم بحرمة ذلك حتى بعد رضا أولياء المجني عليه

حكم القتل الرحيم دون إذن المجني عليه أو أوليائه

لا خلاف بحرمة القتل الرحيم تحت أي دعوى أو أي سبب، ولكن هناك حالات لا يُشترط فيها رضا المجني عليه، وذكرها مجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي بجدة:

عندما يكون المجني عليه ليست له القدرة على الرضا من عدمه فيؤخذ رضا أولياء المجني عليه، وهي:

1. نزع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغيًا ويصدر هذا عن لجنة متخصصة بعد اتخاذ الإجراءات اللازمة؛ للتأكد من أن المجني عليه قد فارق الحياة ولا رجعة فيها.
2. الإجهاض العلاجي فى حالة وجود خطر على حياة الأم؛ لأن حياتها متعلقة به.

وعلى الرغم من المحاذير السابق ذكرها عن خطيئة القتل الرحيم، فإن بعضهم يقدم الأكاذيب حول ضرورة ممارستها، ففي ظاهرها الرحمة تحت هذه الادعاءات الآتية:

- الناس قد ولدتهم أمهاتهم أحرارًا، ومن حق الحرِّ أن يفعل في نفسه ما يشاء.
- الإنسان الذي يتعرض لآلام طويلة من حقه أن يضع حدًا لهذه الآلام، ويضع حدًا لحياته إذا رغب في ذلك بيده، أو بيد الطبيب، أو إنسان آخر.
- لا معنى لحياة مريض أو عاجز لا يرجى شفاؤه في حدود ما يعلمه الطب.
- شعور المريض بالألم النفسي وعدم أحقيته بحياته حتى من أقرب الأقربين له؛ وهنا تتحول الشفقة على المريض إلى الشفقة على الأهل.
- يكثرون الكلام حول: حق الإنسان في الحفاظ على كرامته الإنسانية؛ فإذا هبط المرض أو العجز إلى مستوى يعتقد هو ومن حوله أنه مُحط من كرامته فخير له أن ينهي هذه الحياة [241].

موقف الدول الغربية من القتل الرحيم

- مازال الاتحاد الأوروبي يبذل جهودًا لتشكيل موقف موحد مشترك حول هذه المعضلة على الرغم من بدء المناقشات منذ فترة؛ إذ تم عرض مشروع قرار يقترح تشريع القتل الرحيم في قانون الصحة العامة وثارت ضجة بين مؤيد ورافض [242].
- هناك عدد من الدول الأوروبية أجازت القتل الرحيم وشرَّعته قانونًا مع تحديد ضوابط وشروط صارمة لذلك [243]. من بينها هولندا التي تعتبر أول دولة أوروبية تعتمد قانونًا يشرّع الموت الرحيم عام 2002م، وأقر القانون في 10 أبريل 2001م، واعتمد من مجلس الشيوخ بعدما أُقره مجلس النواب بأغلبية (104 صوتًا ضد 40 صوتًا) [244]. كما نصت المادة (20) من قانون العقوبات الهولندي على أن القتل الرحيم جريمة يُعاقب عليها بالسجن بأكثر من 12 عامًا، إلا إذا طُبق من طبيب راعى فيها الشروط المحددة في القانون، وهي: أن يعاني المريض مرضًا لا يُرجى شفاؤه، أو أن يكون الألم غير محتمل، وأن يُمنح المريض الموافقة الكتابية، وهو في حالة وعي كامل وله القدرة على الفهم، وأن يُستشار طبيب آخر غير الطبيب المعالج، وإثبات أن المريض قد ألح في الطلب على الطبيب لمساعدته في إنهاء حياته.

- أما في فرنسا فيُمنع القتل الرحيم سواء المباشر أو غير المباشر بموجب القانون المتعلق بالأخلاقيات الطبية الذي ينص على: أن الطبيب يُمنع عليه قتل المريض عمدًا مهما كانت الظروف، ويُرفض أي طلب كان من المريض أو محيطه إذا كان إراديًا أو غير إرادي أو إذا طلب منه المريض، فذلك يعتبر قتلًا عمديًا حسب نص المادة (22) من قانون العقوبات الفرنسي. وقد ثار جدل كبير بين الأخلاقيين والأطباء والفلافسة، وذهب كثير إلى عدم إعطاء الطبيب هذا الحق لأي إنسان؛ لأن في ذلك تحريضًا على الجريمة أو على الأقل التحكم في حياة البشر [245]. ولكن بالصور غير المباشرة للقتل الرحيم فقد أجازته فرنسا 2005م بعد تقديم مسودة قانون 2004م ينص على: "حق المريض في طلب وقف معالجته حتى إن أدى ذلك إلى مفارقة الحياة (القتل الرحيم السلبي)، ويتعين على الأطباء الانصياع لرغبته بعد بحث ذلك مع المريض والطاقم الطبي والتأكد من رغبته"، وقد وافق على هذا القرار حكومة المحافظة والمعارضة الاشتراكية والكنيسة الكاثوليكية.

- أما بالنسبة لموقف القانون الأمريكي من القتل الرحيم، فإنه يميز بين القتل الرحيم الإيجابي، أو الفعل غير المسموح به الذي تُطبق عليه عقوبات القتل العمد والمساعدة على الانتحار حقًا أساسيًا، ورفضت إعطاء الحق للانتحار المعاقب عليه في أغلبية الولايات الأمريكية، وهناك ولايات تجيز في تشريعاتها إعطاء المريض الحق في عدم أخذ العلاج [246]. ومن أشهر قضايا القتل الرحيم قضية الطبيب الأمريكي «جاك كيفور كيان Jack Kevorkian» الذي أصبح مشهورًا بعد أن ساعد في إنهاء حياة (130) مريضًا[247]، وهو ناشط مدافع عن القتل الرحيم تحت عنوان (الموت ليس بجريمة).

لمحة تاريخية عن ظهور فكرة الموت الرحيم

في التاريخ البعيد كان هناك ما يشبه القتل الرحيم، ولكن بأشكال وصور مختلفة، وقد انشغل بعض الفلاسفة اليونانيين بموضوع الموت الرحيم، فيقول "أفلاطون" في كتابه الجمهورية: "إن على كل مواطن في دولة متمدنة واجبًا عليه أن يقوم به، العمل

والإخلاص، ويحق أن تهتم به الدول، خاصة إذا كانوا أصحاء أقوياء جسمًا وعقلًا، أما الذين تنقصهم سلامة الأجسام فيجب أن يُتركوا للموت" [248]. وكذلك يقول "سقراط" الفكرة نفسها [249].

ومن الناحية التاريخية كان الأسبرطيون ساكنو مدينة أسبرطة باليونان يحكمون بالموت على الأطفال حديثي الولادة الذين يولدون بعاهات وتشوهات، ويطالب الفيلسوف "فرانسيس بيكون Francis Bacon" في كتابه «حول التقدم وتطور المعارف الأطباء بنجدة المحتضرين بتسهيل موتهم» [250]. وقال الطبيب الألماني "جوته Goetha": إن الدور الوحيد للطبيب هو الحفاظ على الحياة بصرف النظر عن قيمة الحياة في نظره؛ إذ إن ذلك ليس من اختصاصه. فإن ترك الطبيب لنفسه تقييم حياة مريضه مرة واحدة، فإنه سيصبح بلا شك أخطر رجل في الدولة [251].

وعلى الرغم من أن الأخلاقيات الطبية والعقائد السماوية تُوجبُ على الطبيب أن يمارس مهنته لصالح الفرد والمجتمع في احترام حق الإنسان في الحياة وسلامته وكرامته، فإن طبيعة شعوب الغرب من حيث ضعف الوازع الديني تجعلهم ينظرون إلى الحياة نظرة مادية، والإسراف في الحريات هو الذي يجعل هذه الشعوب تؤيد وتمارس الحرية في الموت أو الحق في الموت تحت مسميات ما أنزل الله بها من سلطان للموافقة على فلسفة القتل الرحيم [252].

وفي القرن التاسع عشر في أثناء غزو "نابليون" لفلسطين أصاب الطاعون عكا، فطلب من الطبيب «دلسيجيت» (Delecijet) هناك أن يسمم مرضى المدينة المصابين بداء الطاعون، حيث قال "نابليون": «إني سوف أنهي آلام المصابين بداء الطاعون وسأوقف في الوقت نفسه الخطر الذي يهددنا بإعطائهم الأفيون». فأجاب الطبيب برسالة إلى "نابليون" يقول فيها: «إن واجبي لم يكن أبدًا أن أقتل، بل واجبي الحفاظ على الحياة».

وفي ألمانيا رفض برلمانها عام 1903م و1913م هذا النوع من القتل، وقد أثار هذا الرفض احتجاجًا شديدًا من أنصار هذه النظرية [253].

وفي بريطانيا رفض مجلس اللوردات مشروعًا أعد عام 1936م، من أنصار القتل الرحيم [254].

وفي عام 1939م أصدر هتلر مرسومًا سمح بموجبه للأطباء بقتل الأشخاص الذين يقرر الأطباء أنه غير ممكن علاجهم، وقد ترتب على ذلك تصفية 275 ألف شخص [255].

وفي عام 1947م أدانت محكمة أمريكية عددًا من الأطباء بسبب الموت الرحيم واعتبرته جريمة ضد الإنسانية [256].

وفي عام 1958م وافق البابا بيوس الثاني عشر بابا الكنيسة الكاثوليكية على أنه يجوز للطبيب إعطاء المسكنات للمريض المحتضر بعد موافقته بكميات كبيرة لتخفيف الألم وتعجيلاً بموته [257].

وفي 1984/9/20م عُقد مؤتمر في مدينة نيس الفرنسية تطرق إلى هذا النوع من القتل، وقد اعترف بعض الأطباء أنهم منحوا الموت الهادئ لبعض مرضاهم سواء بصورة إيجابية أو بصورة سلبية [258].

وفي عام 2001م قامت ممرضة سويسرية وتحت ذريعة الرحمة والشفقة بقتل (27) مسنًا يقيمون في دور للعجزة [259].

ولم يقتصر الأمر على المصابين بأمراض مستعصية، بل امتد ليشمل كبار السن، المصابين بأمراض نفسية وعقلية [260].

وهذه هي نظرة الغرب للإنسان أنه جزء من آلة إذا أُصيبت بعطب أو عجز فلا مكان لها، وهذا ليس بجديد، وبعضٌ من فلاسفتهم ومثقفيهم طالبوا وألحوا في تعميم ذلك.

أما في العالم الإسلامي والعربي فما زال للدين مكانته التي يُصغى إليها، وهي الحامية والداعمة للنظر للإنسان من حيث هو إنسان، وهذا لا يمنع من أن بعض الملحدين يطالبون بالقتل الرحيم الذي يقابل حتى الآن بالرفض.

الموت السريري

يقول الله سبحانه وتعالى في كتابه الكريم: ﴿تَبَٰرَكَ ٱلَّذِى بِيَدِهِ ٱلْمُلْكُ وَهُوَ عَلَىٰ كُلِّ شَىْءٍ قَدِيرٌ ۝١ ٱلَّذِى خَلَقَ ٱلْمَوْتَ وَٱلْحَيَوٰةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا ۚ وَهُوَ ٱلْعَزِيزُ ٱلْغَفُورُ ۝٢﴾ (سورة الملك: الآيتان 2،1).

الحياة والموت هما الشغل الشاغل للإنسان؛ فهو في أثناء الحياة يحمل أعباءها ويكافح في سبيلها، وهو أمام الموت المحتوم يفكر فيه ويتوقعه ويخشاه [261].

تعريف الموت السريري

هو التوقف الكامل والمفاجئ للدورة الدموية وعدم وصول الدماء إلى خلايا المخ وبقية الأجهزة، وكذلك توقف التنفس وغياب الوعي، وفي أحيان قليلة يمكن عن طريق الإنعاش للقلب والرئتين قد يعود إلى الحياة. وإذا لم يتم إنعاشه بسرعة سيدخل حالة الموت البيولوجي، وعلى ذلك فإن هناك حالتين فقط للموت وهما: الموت السريري. والموت البيولوجي ويُسمى أيضًا بالموت الدماغي.

ومع ظهور الإنعاش القلبي الرئوي، وبعض الأدوية الجديدة ظهر مصطلح «الموت السريري»، وليس مجرد «وفاة» للتفكير في إمكانية الإنعاش في مرحلة ما بعد السكتة القلبية، لأغراض طبية، وفي بداية الموت السريري يفقد الشخص الوعي لعدة ثوانٍ، ويتوقف نشاط المخ القياسي في غضون (20 ـ 40) ثانية. ويجب أن يتم الإنعاش الكامل للدماغ خلال (3) دقائق من حدوث الموت السريري، وهو أمر نادر الحدوث وعادة ما يتلف الدماغ، ولإتمام الإنعاش القلبي الرئوي (Cardiopulmonary Resuscitation; CPR) يتطلب توفير بعض التجهيزات اللازمة للإجراء من مثل:

- جهاز التنفس الصناعي.
- جهاز مزيل الرجفان بالصدمة الكهربائية (Defibritator).
- جهاز منظم لضربات القلب (Pacemaker).

- أدوية متقدمة تُستخدم في تنشيط القلب ورفع ضغط الدم، وإذا انقطعت الدورة الدموية بشكل كامل عن الدماغ من (4-6) دقائق، فإنه يؤدي إلى تلف المخ، وقد يؤدي إلى الوفاة الدماغية الكاملة أو أجزاء من الدماغ.

صورة لخطوات الإنعاش القلبي الرئوي.

هل هناك احتمال بعودة المتوفين سريريًا إلى الحياة؟

في دراسة بريطانية استمرت أربع سنوات، وفحص فيها أكثر من (2000) حالة توصل فريق من العلماء بجامعة «ساوثاهامبتون» البريطانية إلى وجود دليل على استمرار الوعي لمدة (3) دقائق على الأقل بعد الموت السريري أو المعروف بالموت الإكلينيكي، ومن بين (2060) مريضًا بالسكتة القلبية نجا (330)، وقال (140): إنهم شعروا بالوعي بينما يجرى إنعاشهم.

ما الحالات التي يمكن الاستناد عليها لاتخاذ قرار عدم الإنعاش؟

1. يجب أن تتوافر في المريض مجموعة من الأعراض التي تنبئ بأن المريض يمكن أن يخرج من المستشفى إلى بيته دون حاجة للأجهزة المخصصة للإنعاش، وأغلب الظن أن هذا نادرًا ما يحدث إلا في حالات قليلة، كما أن استخدام الأجهزة في مثل هذه الحالات قد تكون لها مضاعفات مثل كسور في الضلوع التي قد تمتد إلى الأحشاء، وقد يحدث نزف لا يمكن السيطرة عليه، وبدلًا من الأهداف الطبية باستخدام الإنعاش القلبي الرئوي يتحول إلى كارثة لا يعرف مداها إلا الله.
2. يجب أن تتوافر في المريض قدرته على الاعتماد على التنفس في وجود الأمراض الأصلية المصاب بها خاصة الوظائف الحيوية، أما إن ظل اعتماده على المنفسة وغسيل الكلى، فإن الأمر باستخدام الإنعاش القلبي الرئوي غير مفضل.

ولا يعني هذا: أن يُترك المريضُ لقدره، بل على الهيئة الطبية الاستمرار في تقديم الأدوية اللازمة التي يحتاج إليها والرعاية الصحية المطلوبة وموافقة المرضى على إجراء الإنعاش القلبي الرئوي في حالة احتياجهم له. وعلى الهيئة الطبية أن تأخذ في الاعتبار الآتي:

- إذا كانت حالة المريض لا تتحمل استخدام أجهزة الإنعاش أو في المراحل الأخيرة للموت فيجب عدم البدء في استخدام أجهزة الإنعاش القلبي الرئوي.
- بعض الأشخاص وهم في كامل قواهم العقلية والإدراك يوصون بعدم استخدام تلك الأجهزة ويرغبون في موت هادئ.
- أيضًا عند دخول المريض المستشفى إذا كانت حالته الإدراكية جيدة يجب سؤاله عن موافقته على استخدام أجهزة الإنعاش القلبي الرئوي إذا احتاج إليه، أَوْ لا يوافق.

الفتاوى التي صدرت في معضلة استخدام قرار الإنعاش، أو معالجة المريض الميؤوس من شفائه تبعًا إلى:

(1)

اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية

الموضوع: حكم الإنعاش في حالة وفاة المريض أو عدم صلاحيته للإنعاش، أو أنه غير قابل للعلاج.

س: ورد إلينا شرح ضابط التوعية الإسلامية بمستشفى القوات المسلحة بالشمالية الغربية، بتاريخ 1409/3/13هـ المبني على خطاب نائب رئيس الأطباء بمستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية المؤرخ في 1409/3/12هـ والذي يطلب فيه فتوى حول عدم تنفيذ إجراءات الإنعاش في الأحوال والحالات التي ورد ذكرها، ونأمل من فضيلتكم التكرم باتخاذ ما ترونه لإصدار 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 المرفقة هي الآتية:

أولاً: إذا وصل المريض متوفيًا.

ثانيًا: إذا كان ملف المريض مختومًا بعلامة عدم إجراءات الإنعاش بناءً على رفض المريض، أو وكيله في حال عدم صلاحية المريض للإنعاش.

تابع / اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية

ثالثًا: إذا قرر ثلاثة أطباء: أنه من غير المناسب إنعاش المريض عندما يكون من الواضح أنه يعاني من مرضًا مستعصيًا غير قابل للعلاج، وأن الموت محقق.

رابعًا: إذا كان المريض في حالة عجز عقلي أو جسمي مؤكد أو كليهما، وفي 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.

خامسًا: إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعصٍ على العلاج عقب تعرضه لتوقف القلب والرئتين لأول مرة.

سادسًا: إذا كان إنعاش القلب والرئتين غَيْرَ مجدٍ وغير ملائم لوضع معين حسب رأي الأطباء الحاضرين، فإن رأي المريض الذاتي لا يهم والأطباء غير ملزمين بإجراء إنعاش القلب والرئتين ولا يحق لذوي المريض طلب هذه النوع من العلاج إذا كان غير مُجدٍ.

ج: وبعد دراسة اللجنة للاستفتاء أجابت بما يأتي:

أولًا ـ إذا وصل المريض إلى المستشفى وهو متوفى فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

ثانيًا ـ اذا كانت حالة المريض غير صالحة للإنعاش بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات، فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

تابع / اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية

ثالثًا ـ إذا كان مرض المريض مستعصيًا غير قابل للعلاج وأن الموت محقق بشهادة ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات، فلا حاجة لاستعمال الإنعاش.

رابعًا ـ إذا كان المريض في حالة عجز، أو في حالة خمول ذهني مع مرض مزمن أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة أو مرض القلب والرئتين المزمن مع تكرار توقف القلب والرئتين، وقرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات ذلك، فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

خامسًا ـ إذا وُجِدَ لدى المريض دليلٌ على الإصابة بتلف في الدماغ مستعصٍ على العلاج بقرار من ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات، فلا حاجة أيضًا لاستعمال جهاز الإنعاش لعدم الفائدة في ذلك.

سادسًا ـ إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجد 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 للبحوث العلمية والإفتاء.

تابع/ الفتاوى التي صدرت في معضلة استخدام قرار الإنعاش، أو معالجة المريض الميؤوس من شفائه تبعًا إلى:

(2)

فتوى مجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي

الموضوع: حكم إيقاف العلاج عن المريض الميؤوس من برئه.

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على من لا نبي بعده نبينا محمد، وعلى آله وصحبه أما بعد:

فإن المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته الثانية والعشرين المنعقدة بمكة المكرمة في المدة من 21-24 رجب 1436هـ التي يوافقها 10-13 مايو عام 2015م، نظر في: (حكم إيقاف العلاج عن المريض الميؤوس من برئه)، كالمريض الذي يعاني سرطانًا متقدمًا ومنتشرًا، أو أي حالة يقرر الأطباء أنه لا يوجد أي أمل في شفائها، وبعد أن استمع أعضاء المجمع إلى الأبحاث المقدمة في الموضوع، وبعد مناقشة مستفيضة واستحضار ما يأتي:

- المحافظة على حياة الإنسان فريضة واجبة، وهي من أعظم غايات الشريعة ومقاصدها.
- أن الأخذ بالأسباب والتداوي بالعلاج المباح أمر مشروع، قامت على مشروعيته وطلبه الأدلة الشرعية.
- أن أكثر الأمراض التي كان يُظن أو يُجزم بأنها ميؤوس من شفائها أصبحت الآن في نظر الأطباء مقدورًا على علاجها ومتمكنًا منها، وبعض هذه العلاجات صارت أشبه بالقطعي

تابع / فتوى مجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي

مع تقدم الطب؛ لذا ينبغي للطبيب وأهل المريض ومن حوله أن يُدخِلوا عليه الأمل وعدم اليأس.

قرر مجلس المجمع ما يأتي:

أولًا ـ يؤكد المجلس على قرار المجمع الفقهي في دورته العاشرة المنعقدة بمكة المكرمة في 28 صفر عام 1408هـ، 21 أكتوبر عام 1987م، ومضمونه جواز رفع أجهزة الإنعاش إذا ثبت موت الدماغ ثبوتًا قطعيًا.

ثانيًا ـ إذا ظن الطبيب المختص أنَّ الدواء ينفع المريض ولا يضره، أو أن نفعه أكثر من ضرره، فإنه يشرع له مواصلة علاجه، ولو كان تأثير العلاج مؤقتًا؛ لأن الله سبحانه قد ينفعه بالعلاج نفعًا مستمرًا خلاف ما يتوقعه الأطباء.

ثالثًا ـ لا يجوز إيقاف العلاج عن المريض إلا إذا قرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات أن العلاج يلحق الأذى بالمريض ولا تأثير له في تحسُّن حالته، مع أهمية الاستمرار في رعاية المريض المتمثلة في تغذيته وإزالة الآلام أو تخفيفها قدر الإمكان.

رابعًا ـ تعجيل وفاة المريض بفعل تنتهي به حياته، وهو ما يسمى بالقتل الرحيم محرم شرعًا بأي صورة كان سواءٌ أكان بطلب من المريض أم قرابته.

وصلى اللهم على نبينا محمد، وعلى آله وصحبه وسلم.

ماذا نستخلص من هذه الفتاوى؟

هذه الفتاوى في مجملها تُجيز رفع أجهزة الإنعاش أو عدم القيام به في مثل هذه الحالات المذكورة. كما تفيد بأن غلبة الظن بنفع العلاج توجب إعطاءه حتى، ولو كان النفع مؤقتًا، وأنه لا بد من اتفاق ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات على عدم جدوى العلاج، واتخاذ قرار بشأن إيقافه. وتضيف أيضًا بأنه لا تعلن وفاة المريض إلا بعد التحقق من حصولها دون شك.

لقد فتحت هذه الفتاوى مجالًا للنظر في موضوع الإنعاش بما لم يكن متاحًا في السابق؛ مما سهَّل مهمة الأطباء في اتخاذ القرارات، كما سهَّل إصدار سياسات عدم الإنعاش ومنها الدليل الوطني السعودي لعدم الإنعاش.

الفتوى الخاصة بمعضلة رفع أجهزة الإنعاش بعد وضعها

قد يحدث أن يتأخر قرار عدم الإنعاش في حالات معينة. ولأسباب مختلفة فتوضع للمريض أجهزة الإنعاش، ويكون المريض في حالة ميئوس من شفائها، وقد تعطلت أجهزة حيوية في جسمه، ويغلب على الظن أنه لا يعود مرة أخرى، وسينتهي به الأمر إلى الوفاة ... فهل يُسوَّغ في هذه الحالة رفع الأجهزة؟

الحقيقة أن هذه من أصعب القرارات؛ إذ كيف يمكن رفع أجهزة وُضِعت على المريض، ومعلوم في الغالب أنه سيموت عند رفع هذه الأجهزة؟

وإذا كان الواقع العملي أن رفع الأجهزة لا يختلف عن عدم وضعها من حيث الأصل، إلا أنه يصعب اتخاذ هذا القرار من الناحية النفسية سواء بالنسبة للطبيب أو بالنسبة لأهل المريض.

وقد يتيقن الطبيب أو يغلب على ظنه غلبة راجحة أن بقاء المريض على أجهزة الإنعاش لا جدوى منه، فيمكن في هذه الحالة رفع الأجهزة، طالما أن جسم المريض لا يستجيب لهذه الأجهزة فتصبح عديمة الفائدة أو أنها ضارة به، خاصة إذا تم إعطاؤها للمريض من قبل، ولم يستفد منها.

ومن الطبيعي أن يقال: إن الطبيب عندما يرى عدم الحاجة أو الضرورة لإجراء طبي أو عدم فائدته، فليس مطلوبًا منه أن يستأذن المريض أو أوليائه في ذلك.

والسبب وراء استئذان المريض، أو أوليائه في عدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي هو أن موضوع الإنعاش يتعلق بنهاية الحياة، ويحمل أهمية خاصة بالنسبة للمريض وأولوياته، ومن ثَمَّ يصعب على المريض، أو أوليائه قبول مثل هذا القرار لأول وهلة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فهناك تغليب مبدأ الاستقلالية الذاتية، وحرية الاختيار (Autonomy) لدى المريض وأوليائه في اتخاذ القرارات؛ مما يدعو إلى تأكيد حقهم في ذلك ويدعو إلى التفاهم معهم للحصول على قرارهم بالموافقة أو الرفض. وهذا التغليب لمبدأ الاستقلالية الذاتية، هو نفسه الذي أدى إلى قبول العلاج النافع أو رفضه، (منه الإنعاش)، حتى وإن أدى إلى الضرر أو الوفاة.

وفي أثناء ذلك يُعطى المرضى وذووهم وقتًا كافيًا لمناقشة هذا الأمر، حتى تتولد لديهم قناعة ولا يكون اتخاذ القرار من جانب واحد مدعاة للشكاوى والنزاعات. ويُفضل أن يُخطروا بالأمر فحسب، دون تحميلهم التبعات النفسية والاجتماعية لاتخاذ هذا القرار الخطير.

الفتوى الخاصة برفض المريض للعلاجات

قد يحدث أن يرفض المريض، أو أولياؤه الإجراءات الطبية عند نهاية الحياة، إما بسبب عدم قناعتهم بنفعها، أو أنها تشق على المريض، أو لأسباب مماثلة، فما الموقف من هذا الرفض؟

إن من حق المريض أن يتقبل أو يرفض الإجراءات الطبية طالما أن لديه أهلية كاملة لاتخاذ القرارات، ولا إشكال في ذلك. ويبقى السؤال عن رفض المريض عندما يكون الإجراء دافعًا للهلكة أو يحول دون منفعة حيوية. وهنا يكون الاجتهاد، فبعض الفتاوى والأنظمة تجيز للطبيب التصرف، وبعضها قد لا تجيزه.

الموت الدماغي

معنى الحياة: عندما يوصف بها إنسان في سياق هذا الحديث: هو اجتماع صفتين فيها وهما: (الإرادة) و(المعرفة)، وهو ما ذكره "أبو حامد الغزالي" في كتابه "المقصد الأسمى في شرح معاني أسماء الله الحسنى"، أن صفات الله عز وجل المتضمنة في أسمائه الحسني هي في الوقت نفسه صفات ترسم المُثُل العليا لأخلاقه مع فارق جوهري بين الصفة المعنية في تلك الصفات إذا جاءت منسوبة إلى الله سبحانه وتعالى، وعندما تأتي منسوبة إلى الإنسان، وفي الحالة الأولى تكون الصفة مطلقة ولا متناهية، وأما في الحالة الثانية فتكون محدودة ومشروطة بظروف تُقَيِّدُها، إلا أن التعريف الذي يبين معنى «الحياة الإنسانية واحد في الحالتين، وهو كما سبق اجتماع صفتَي» «الإرادة والمعرفة» وقد يُستبدل هنا بدلًا من حكمة المعرفة «الإرادة أو العلم».

ولما كان الإنسان وحده من سائر المخلوقات الأحياء منها وغير الأحياء هو الذي يريد ويتعلم نتج عن ذلك أنه هو الوحيد الذي يسأل عما يعمل، وهي مسؤولية أخلاقية يترتب عليها الثواب والعقاب كما يترتب على كونه ذا إرادة وذا علم، فله حقوق يختص بها دون سائر الأحياء من نبات وحيوان فضلًا عن غير الأحياء، وأول تلك الحقوق هي حق الحياة.

فإن الحياة قد تم تحديدها بنفخ الروح، ففي الآية الكريمة التي يخاطب بها الله سبحانه الملائكة في قوله تعالى: ﴿فَإِذَا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِن رُّوحِى فَقَعُواْ لَهُۥ سَٰجِدِينَ﴿٢٩﴾﴾ (سورة الحجر: الآية 29). كذلك تبدأ الشخصية الإنسانية في اللحظة التي يقترن فيها الروح بالجسم بعد تكوُّن الجنين في بطن أمه (بعد أربعة أشهر كما جاء في حديث الأربعينيات)، وتنتهي الحياة بفراقهما. أما اللحظة التي يفترق فيها الروح عن الجسد، ويقع فيها الموت فلم يرد في تحديدها أي نصوص من القرآن والسنة [262].

والإنسان روح وجسد، إذا انفصل أيٌّ منهما تنتهي الصفة الإنسانية عن الشخص، والروح لا يوجد لها وصف سوى ما جاء في القرآن الكريم ﴿وَيَسْـَٔلُونَكَ عَنِ ٱلرُّوحِۖ قُلِ ٱلرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّى وَمَآ أُوتِيتُم مِّنَ ٱلْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا﴿٨٥﴾﴾ (سورة الإسراء: الآية 85)، لكن فقهاء المسلمين عرفوها عن طريق وظائفها، وهي كما سبق وذكرنا تميز الإنسان عن سائر

المخلوقات «بالعلم والإدراك» وأبو حامد الغزالي يصفها، أي: الروح «هي المعنى الذي يُدرك من الإنسان»؛ لأنها الجانب غير المادي الذي يرتقي بالإنسان لإدراك العلوم والمعاني الإلهية، بخلاف الأغراض المادية، والآلام والغموم ولذات الأفراح» [263]. ويرى العلماء أن الروح تؤثر في البدن الإنساني، وأن من أهم آثارها الحركة الاختيارية [264].

ونستنبط مما سبق أن ذكرناه، وذكره فقهاء المسلمين أن الحياة الإنسانية في هذه الدنيا تنتهي عند عجز تلبية مطالب الروح، ولا يعني ذلك أنه عند مفارقة الروح للجسد بأن جميع الأعضاء تتوقف على الفور، ولكن قد تستمر بعضها بالعمل لفترات زمنية مختلفة [265].

وبذل علماء الأمة الإسلامية تحديد الزمن الدقيق للموت، في محاولة لفصل الخطاب في حالة الجرائم، فلا يفلت مجرم من القصاص ولا يؤخذ بريء بجريمة خطأ في تحديد الزمن الدقيق للموت [266].

بيان من المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية حول التعريف الطبي للموت

بسم الله الرحمن الرحيم

سبق للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية أن عقدت في عام 1985م ندوة ضمت نخبة من الفقهاء والأطباء ورجال القانون والعلوم الإنسانية، درست فيها موضوع نهاية الحياة الإنسانية دراسة مستفيضة، ومحصت هذا الموضوع تمحيصًا دقيقًا، ووافقت على ما يأتي:

أولًا - رأت الندوة أنه في أكثر الأحوال عندما يقع الموت فلا تقوم صعوبة في معرفته استنادًا إلى ما تعارف عليه الناس من أمارات، أو اعتمادًا على الكشف الطبي الظاهري الذي يستبين غياب العلامات التي تميز الحي من الميت.

ثانيًا ـ تَّبين للندوة أن هناك حالات قليلة العدد، وهي عادة تكون تحت ملاحظة طبية شاملة ودقيقة في المستشفيات والمراكز الطبية، المتخصصة ووحدات العناية المركزة، تكتسب أهميتها الخاصة من وجود الحاجة الماسة إلى تشخيص الوفاة فيها، ولو بقيت في الجسم علامات تعارف الناس من قديم على أنها من علامات الحياة، سواءٌ أكانت هذه العلامات تلقائية في بعض أعضاء الجسم، أو كانت أثرًا من آثار أجهزة الإنعاش الموصولة بالجسم.

ثالثًا ـ وقد تدارست الندوة ما ورد في كتب التراث الفقهي من الأمارات التي تدل على الموت، واتضح لها أنه في غيبة نص شرعي يحدد الموت، وتمثل هذه الاجتهادات ما توفر آنذاك من معارف طبية؛ ونظرًا لأن تشخيص الموت والعلامات الدالة عليه كان على الدوام أمرًا طبيًا يبني بمقتضاه الفقهاء أحكامهم الشرعية، فقد عرض الأطباء في الندوة الرأي الطبي المعاصر فيما يختص بحدوث الموت.

رابعًا ـ وضح للندوة بعد ما عرضه الأطباء:

- أن المُعتَمَد عليه عندهم في تشخيص موت الإنسان، هو خمود منطقة المخ المنوطة بها الوظائف الحياتية الأساسية، وهو ما يعبر عنه بموت جذع المخ.
- أن تشخيص موت جذع المخ له شروطه الواضحة بعد استبعاد حالات بعينها قد تكون فيها شبهة، وأن في وسع الأطباء إصدار تشخيص مستقر يُطمأَن إليه بموت جذع المخ.
- أن أيًا من الأعضاء أو الوظائف الرئيسية الأخرى كالقلب والتنفس يتوقف مؤقتًا، ولكن يمكن إسعافه واستفادة عدد من المرضى ما دام جذع المخ حيًا. أما إن كان الجذع قد مات فلا أمل في إنقاذه، وإنما يكون المريض قد انتهت حياته، ولو ظلت في أجهزة أخرى من الجسم بقيةٌ من حركة، أو وظيفة فهي بلا شك بعد موت جذع المخ صائرة إلى توقف وخمود تام.

خامسًا ـ اتجه رأي الفقهاء تأسيسًا على هذا العرض من الأطباء:

- إلى أن الإنسان الذي يصل إلى مرحلة مستيقنة هي موت جذع المخ، يعتبر قد استدبر الحياة، وأصبح صالحًا لأن تجرى عليه بعض أحكام الموت، قياسًا ـ مع فارق معروف ـ على ما ورد في الفقه خاصًا بالمصاب الذي وصل إلى حركة المذبوح.
- أما تطبيق بقية أحكام الموت عليه فقد اتجه الفقهاء المحاضرون إلى تأجيله حتى تتوقف الأجهزة الرئيسية.

وتوصي الندوة بأن تجرى دراسة تفصيلية أخرى لتحديد ما يُعجل، وما يؤجل من الأحكام.

سادسًا ـ بناءً على ما تقدم اتفق الرأي على أنه: إذا تحقق موت جذع المخ بتقرير لجنة طبية مختصة جاز حينئذ إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعية.

وانطلاقًا من حرص المنظمة على متابعة جميع المستجدات العلمية على الساحة العالمية والإقليمية، وحرصًا منها على جلاء بعض الشبهات التي نجمت في الآونة الأخيرة عما نُشر في الصحف السيارة، وأُذيع على شاشات التليفزيون من تشكيك في المفهوم المتفق عليه عالميًا والقائل باعتبار موت الدماغ (Brain) مع موت جذعه موتًا كليًا لا رجعة فيه، أساسًا لتحديد لحظة الموت.

ولما كانت الساحة العلمية بطبيعتها ساحة متحركة، فقد رأت (المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية) أن من واجبها تحرِّي الحقيقة وتسليط الضوء من جديد على هذا الموضوع استجلاءً لوجه الحق فيه، فقامت من أجل ذلك بخطوتين:

الخطوة الأولى: فتمثلت في مشاركة المنظمة في المؤتمر الدولي السنوي «لشبكة موت الدماغ وتحديد الموت» الذي انعقد بمدينة [سان فرنسيسكو] بالولايات المتحدة الأمريكية في نوفمبر 1996م، للتعرّف على أي مستجدات في الموضوع، وقد تأكد

لمثلي المنظمة في هذا المؤتمر أنه لم يطرأ أي تعديل على المفهوم المتفق عليه، والقائل باعتبار موت الدماغ وجذعه موتًا كليًا لا رجعة فيه أساسًا لتحديد لحظة الموت، وأنه ما من حالة صح فيها تشخيص موت الدماغ وجذعه عادت إليها الحياة، وما من حالة عادت إلى الحياة توفرت فيها الشروط الأساسية لتشخيص موت الدماغ وجذعه، وأن كل الاختلافات التي ظهرت في أثناء المناقشات إنما انحصرت في أمور فلسفية بحتة لا أثر لها في تحديد لحظة الموت.

وأما **الخطوة الثانية:** فكانت إقامة ندوة بدولة الكويت من 17-19 ديسمبر 1996م ضمت نخبة من الأساتذة المختصين في الأمراض العصبية، وجراحة الأعصاب، والتخدير، والعناية المركزة، وجراحة القلب، وزرع الأعضاء، والطب الباطني، وطب الأطفال، والأمراض النسائية، والجراحة العامة، ومختصين في التشريع الطبي، وفدوا من المملكة العربية السعودية ودولة الكويت وجمهورية مصر العربية والجمهورية اللبنانية والجمهورية التركية والولايات المتحدة الأمريكية، كما حضرها المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية.

وقد فُصِّلَ الأمر خلال الندوة تفصيلاً كاملاً، ودار نقاش طويل وافٍ للموضوع على مدى ثلاثة أيام، وتبين للمجتمعين أنه ما من حالة تأكد فيها تشخيص موت الدماغ وجذعه وعادت إليها الحياة، وما من حالة عادت إليها الحياة بعدما توفرت فيها شروط تشخيص موت الدماغ وجذعه، وأن كل الحالات التي استشهد بها من شكك في هذا المفهوم كانت إما حالات لم يتم الالتزام فيها بمعايير التشخيص التزامًا صارمًا، وإما حالات نجمت عن خطأ في التشخيص أو الاستنتاج أو الاستدلال.

وبعد جلاء الموضوع، وتصفيته مما ثار حوله، والكشف عن وجه الصواب كما فصَّله الأساتذة الحاضرون، تأكيدًا لرسالة الطبيب الملتزم بتعاليم دينه، والمطلع على أحدث ما وصل إليه العلم، وكما خلص إليه الرأي العالمي في عديد من المؤتمرات العالمية السابقة على هذه الندوة، وفي ضوء الخبرات الجيدة التي عُرضت في الندوة من المنطقة، ولا سيما ما تم القيام به في المجال الصحي في المملكة العربية السعودية وما يلتزمون به من احتياطات شرعية وعلمية، طمأنت

المجتمعين إلى أن هذه الخبرات تتفق مع آخر ما توصل إليه العلم الحديث، فقد أصبح واضحًا للمجتمعين أن الموضوع لم يجدَّ به جديد، وأن ذلك يدعو المنظمة للتمسك بتوصياتها السابقة في ندوتها «الحياة الإنسانية: بدايتها ونهايتها» التي عُقدت بدولة الكويت عام 1985م والفتاوى الصادرة من مجمع الفقه الإسلامي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي عام 1986م، بل إن كل ما استجد يؤكد صحة ما انتهت إليه تلك التوصيات.

وقد أقرت المنظمة، بناء على معالجات ومناقشات أهل الذكر والتخصص الطبي الثقات، المفاهيم والمعايير والضوابط التشخيصية التالية لتحديد لحظة الموت، وذلك للاسترشاد بها في إصدار التشريعات والقرارات التنظيمية في هذا الصدد، وهي تمثل الضوابط والمعايير المتفق عليها عالميًا والتي وثقتها التجربة والممارسة.

أولًا ـ العلامات التي يُعرف بها الموت

يُعتبر الشخص ميتًا في إحدى هاتين الحالتين:

1. التوقف الكامل الذي لا رجعة فيه لوظائف الجهاز التنفسي والجهاز القلبي الوعائي.
2. التوقف الكامل الذي لا رجعة فيه لكل وظائف الدماغ (Brain) بأجمعه، بما في ذلك جذع الدماغ (Brain stem).

ويجب التحقق من حصول إحدى الحالتين السابقتين حسب المعايير الطبية، المقبولة:

- غيبوبة عميقة مع انعدام الإدراك (Unreceptivity) والاستجابة (Unresponsively).
- العلامات السريرية (الإكلينيكية) لتوقف وظائف جذع الدماغ وتشمل غياب منعكسات الحدقة والقرنية، واختفاء المنعكس الرأسي العيني (Oculocephalic reflex) والمنعكس العيني الدهليزي (Ocular vestibular reflex)، والمنعكس البلعومي (Gag reflex) ومنعكس السعال والتقيؤ (Cough And Vomiting reflexes).

- انعدام قدرة المصاب على التنفس التلقائي بالاختبار المعتمد (Apnea test) في أثناء توقف مضخة التنفس لفترة محدودة.

ويلاحظ في هذا الشأن: أن بعض المنعكسات النخاعية الشوكية يمكن أن تبقى حتى بعد حدوث الموت ولا تتعارض مع اكتمال تشخيص موت الدماغ.

وأن وضعيات التشنج المميزة لفصل القشرة (Decortication) أو فصل المخ (Decerebration)، وكذلك الاختلاجات (التشنجات) الصرعية (Seizures) لا تتوافق مع تشخيص موت الدماغ.

كما يجب استبعاد كل الحالات المرضية التي يمكن علاجها أو استرجاعها وفقًا لما يأتي:

ـ استبعاد أي احتمال لكون المصاب تحت تأثير المهدئات (Sedatives)، أو المواد المخدرة (Narcotics)، أو السموم (Poisons)، أو مرخيات العضلات (Muscle relaxants)، أو هبوط حرارة الجسم دون (33) درجة سيليزية، أو أن يكون المصاب في حالة صدمة قلبية وعائية لم تُعالج.

ـ استبعاد الاضطرابات الاستقلابية (الأيضية) (Metabolic)، أو الغددية التي يمكن لها أن تؤدي إلى تلك الغيبوبة.

ـ التأكد من توقف كلي في وظائف الدماغ، توقف يستمر لفترة من الملاحظة والمعالجة وهي:

- (12) ساعة منذ تشخيص غيبوبة اللاعودة.
- (24) ساعة حين يكون سبب الغيبوبة هو الانقطاع الشامل في الدورة الدموية (كما يحدث في توقف القلب مثلاً).
- وفي الأطفال دون سن الشهرين تمدد فترة الملاحظة والعلاج إلى (72) ساعة مع إعادة تخطيط كهربية الدماغ بعد فترة الملاحظة، أو تجرى اختبارات الدورة الدموية على الدماغ.

- أما الأطفال من عمر شهرين إلى اثني عشر شهرًا فتحتاج حالة اللاعودة فيهم إلى زيادة فترة الملاحظة والعلاج إلى (24) ساعة مع إعادة تخطيط كهربية المخ بعد فترة الملاحظة.
- يُعامل الأطفال فوق السنة الأولى من العمر معاملة البالغين.

مواصفات الفريق المخول إليه تقرير موت الدماغ

- يتكون الفريق من طبيبين مختصين على الأقل، ومن ذوي الخبرة في تشخيص حالات موت الدماغ، ويُفضل استشارة طبيب ثالث مختص في الأمراض العصبية عند الحاجة.
- ينبغي أن يكون أحد الطبيبين على الأقل مختصًا بالأمراض العصبية، أو جراحة الدماغ والأعصاب، أو العناية المركزة.

ودرءًا لأي شبهة أو مصلحة خاصة قد تؤثر في القرار يُستبعد من هذا الفريق أي من المذكورين فيما يأتي:

- أي فرد من فريق زرع الأعضاء.
- أي فرد من عائلة المصاب.
- أي فرد آخر له مصلحة خاصة في إعلان موت المصاب (كأن يكون له إرث أو وصية مثلاً).
- كل من ادعى عليه ذوو المصاب بإساءة التصرُّف المهني تجاه المصاب.

ولإصدار شهادة موت الدماغ: يُقترح إعداد استمارة تحتوي على مكان لتوقيع كلٍّ من الأطباء الفاحصين مقابل كل شرط من الشروط.

التجارب السريرية على البشر

نظرًا لأهمية موضوع الأبحاث الطبية على البشر والذي يتسم بالحساسية الشديدة، وتختلف من باحث إلى باحث، فقد تولى مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية (Council For international organization of medical science; CIOMS)

بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية واليونسكو إصدار وثيقة مهمة حرصوا فيها على صحة الإنسان من حيث هو إنسان كما هو واضح في مستجد التوضيحات التالية بسبب اختلاف آراء الباحثين؛ حرصًا على عدم تضارب المصالح، وتم اعتمادها من الجهات السابق ذكرها من لجان مؤلفة من معظم دول العالم، وحرصًا أيضًا من المؤلف على ألا ينحاز إلى رأي دون آخر تم الاعتماد على وثيقة مهمة (لم يجد المؤلف مثيلًا لها. عندما كان يشغل منصب الأمين العام المساعد في المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بدولة الكويت) يمكن الاعتماد عليها، ومن ثم الحصول على ما أصدره مجلس المنظمات للعلوم الطبية 2004م وتم عرضها على مجلس أمناء المنظمة الإسلامية لأن تتبنى هذه الوثيقة بترجمتها إلى العربية وإبداء الرأي الشرعي فيها، فوافقت المنظمة عليها، وتم اعتمادها من مجمع الفقه الإسلامي بالقرار رقم 161(10/17) والتي تخص الضوابط الشرعية للبحوث الطبية البيولوجية على الإنسان.

الضوابط الشرعية للبحوث الطبية البيولوجية على الإنسان

من قديم الزمان والعالم دائمًا يبحث إما عن الجديد في حياته من مأكل ومشرب أو دواء أو لتحسين ما بين يديه. ومنذ دخول الإسلام إلى الجزيرة العربية وبدأت النهضة العلمية في جميع مناحي الحياة، من الطب، والصيدلة، والهندسة، والجغرافيا، وغير ذلك، فنجد "الرازي" في موسوعته الطبية "الحاوي" عند فحصه لنبات معين يقارن ما كتبه كلٌّ من "جالينوس"، والفاضل "أبقراط"، ويذكرهما دائمًا بألفاظ محترمة فيقول الفاضل جالينوس وأبوقراط، ويكتب ملاحظاتهم وملاحظاته على ما قدموه عن العلاج، كلُّ ذلك كان نتيجة حية لإجرائه التجارب على الحيوانات وملاحظاته على الإنسان، واستطاع أن يفرِّق بين الحصبة والجدري، وغير ذلك من اكتشافات في مجال الطب. ولم يكن الطب وحده هو المجال الوحيد الذي برع فيه عباقرة الطب، ولكن كانت هناك إنجازات في المجالات الأخرى لا تقل أهمية عن الطب، وكانت الدول الإسلامية تُعِدُّ مركز العلوم في سائر مناحي الحياة، فكانت الهجرة إليها من كل حدب وصوب ليتعلموا اللغة العربية وينهلوا مما أفاء الله على المسلمين في تلك المجالات.

ولم يتم ذلك إلا بسبب الجو العلمي الذي أتاحه لهم الحكام؛ فقد كان الأطباء المسلمون يَحْظَوْنَ بالقرب من الحكام المسلمين... هكذا نهضت الأمة الإسلامية وأنجبت العلماء الذين كانوا النواة الرئيسية للنهضة الأوروبية. هكذا كان حال الأمة الإسلامة؛ تهتم بتوفير احتياجات هؤلاء العباقرة، ويسمح لهم الإسلام بإجراء الأبحاث في ظل قواعد الشريعة الإسلامية.

ولم تنهض الدول الغربية في العصر الحديث إلا بعد تبنيها الأبحاث العلمية والإغداق على الباحثين وتوفير المناخ المناسب لهم وتوفير الميزانية الكافية لإجراء الأبحاث.. ويقال بأن كل دولار ينفق على الأبحاث يعطي عائدًا يوازي آلاف الدولارات، فبعد نجاح كل تجربة وظهور نتائجها، يسوِّقون نتائجهم في كل أنحاء العالم.

لكن بعض العلماء استخدموا أسلوبًا غير منضبط لإجراء التجارب على الآدميين، ففي الحرب العالمية الثانية قام عدد من الأطباء الألمان بإجراء تجارب على أسرى حرب دون أخذ موافقتهم. فعلى سبيل المثال كانوا يضعون الشخص داخل كابينة من الزجاج، ثم يطلقون عليه غاز الخردل ليشاهدوا بأم أعينهم الآثار من تشنجات وآلام قبل الموت، وفي عام 1946م بعدما هدأت الحرب أجرت دول الحلفاء محاكمات للأطباء الذين شاركوا في هذه التجارب، وبعد تلك المحاكمات في عام 1947م تم إعلان الاتفاقية والقواعد الإرشادية في مجال البحوث الطبية، ووضعت هذه القواعد للحفاظ على سلامة تصميم البحث، ووَضَعَتْ شروطًا للسلوك الأخلاقي في البحوث الطبية المتضمنة لحالات دراسة بشرية، وأكدت موافقتهم على إجراء البحث بمحض إرادتهم.

وبعد إعلان الجمعية العمومية للأمم المتحدة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948م، ولإعطاء الإعلان مزيدًا من القوة القانونية الأخلاقية، أقرت الجمعية العامة في عام 1966م الاتفاقية الدولية للحقوق المدنية والسياسية، وتنص المادة السابعة من الاتفاقية على: "عدم تعرض أي شخص للتعذيب، أو المعاملة السيئة، أو العقاب القاسي، أو غير الإنساني، أو المهين، وبصفة خاصة عدم خضوع أي شخص للتجارب الطبية، أو العلمية دون موافقة حرة مستنيرة"، ومن خلال هذا البيان يعبر

المجتمع عن القيمة الإنسانية الأساسية التي من شأنها أن تحكم جميع الأبحاث المتضمنة لحالات دراسة بشرية.

إن إعلان هلسنكي (Helsinki Accords) الذي أصدرته الجمعية الطبية العالمية في (1949-1964م) يُعدُّ الوثيقة الدولية الأساسية في مجلس آداب المهنة فيما يتعلق ببحوث الطب الإحيائي، وقد كان له أثره في صياغة التشريعات وقواعد السلوك الدولية والإقليمية والوطنية، كما يُعَدُّ الإعلان الذي تم تعديله عدة مرات، بيانًا شاملًا لآداب المهنة فيما يتعلق بالبحوث المنظمة لحالات دراسة بشرية، ويضع الإعلان قواعد إرشادية أخلاقية للأطباء المشاركين في بحوث الطب الإحيائي التي تقوم على الملاحظة المباشرة التي ستكون ملزمة للدول الأعضاء 2004م.

المبادئ العامة الأخلاقية في أثناء إجراء الأبحاث الطبية على الإنسان

إن الإسلام لا يمانع، بل يحث على أعمال الأبحاث الطبية، ويشجع الأفراد على الاشتراك، والتطوع فيها، لأن لها نفعًا عامًا، وتتصل بفريضة من فرائض الكفاية، وهي التقدم الطبي.

كما أن القواعد الإرشادية العالمية المعدَّة من مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية (CIOMS) بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية تتوافق إجمالًا مع الأصول التي تقتضيها الفطرة البشرية السمحة، وهي تمثل مظاهر الحكمة التي يُعَدُّ الالتزام بها من مقتضيات الشريعة الإسلامية، ومن هذه القواعد الإرشادية التي بُنيتَ على المبادئ الرئيسية الآتية:

- احترام حرية الأشخاص (تكريم الإنسان).
- جلب المنفعة ودرء المفسدة.
- العدل والإنصاف (بما في ذلك التوزيع العادل في تحمّل الأعباء والاستفادة من المزايا)، والإحسان (بمعنى: البذل للزيادة عن الواجب المحقق للعدل).

المبادئ الأخلاقية الأساسية

المبدأ الأول: احترام حرية الشخص

إن احترام الأشخاص على النحو المذكور أصل ثابت مقرر عليها في قوله تعالى: ﴿۞وَلَقَدۡ كَرَّمۡنَا بَنِيٓ ءَادَمَ وَحَمَلۡنَٰهُمۡ فِي ٱلۡبَرِّ وَٱلۡبَحۡرِ وَرَزَقۡنَٰهُم مِّنَ ٱلطَّيِّبَٰتِ وَفَضَّلۡنَٰهُمۡ عَلَىٰ كَثِيرٖ مِّمَّنۡ خَلَقۡنَا تَفۡضِيلٗا ٧٠﴾ (سورة الإسراء: الآية 70).

الشخص الكامل الأهلية (القادر على الاستقلال بتقرير مصيره)، فيلزم احترام استقلاليته وتمكينه من الاختيار الشخصي واتخاذ القرار المناسب له برضاه التام وإرادته الحرة، دون شائبة إكراه أو خديعة أو استغلال. وقد أكدت القواعد الفقهية العامة هذا المبدأ، حيث جاء في نصوصها ما يأتي:

«حق الآدمي لا يجوز لغيره التصرف فيه بغير إذنه» [267] وحق الإنسان لا يجوز إبطاله عليه من غير رضاه، فحقوق الآدميين لا يسقطها الإسلام [268].

الشخص فاقد الأهلية أو ناقصها الذي يشوب استقلاليته ضعف أو نقص[269] فقد أكدت الشريعة الإسلامية حاجتها إلى الحماية من الغير الذي يستغل جوانب ضعفه، ومن سوء تصرفه في حق نفسه أيضًا لعدم تمكنه من إدارة شؤونه وتقدير مصالحه على وجه الصواب، فمنعته من الاستقلالية في التصرف، ولم تجعله مسؤولًا عن الأقوال التي يمكن أن تستغل من الغير، وعلى ذلك جاء في القواعد الفقهية العامة «من لا يصلح تصرفه لا قول له» [270]. وأقامت له وليًا أو وصيًا يلي تدبير أموره ورعاية شؤونه على النحو الذي يحقق مصلحته، ويوفر الحفاظ عليها، ويحميه من سوء استغلال الغير له.

المبدأ الثاني: جلب المنفعة ودرء المفسدة

وهو تحقيق المنفعة بالمعنى المبين (وهو الالتزام الأخلاقي بتعظيم الفائدة، ونفي الإيذاء، أو إلحاق الضرر المتعمد بالغير، وتقليل الضرر الذي لا بد منه إلى أدنى حد ممكن). فهذا أصل مقرر في التشريع الإسلامي، وهو مندرج تحت مقصدها العام، وهدفها الكلي وهو «جلب المصالح ودرء المفاسد عن العباد»، وفي ذلك يقول

(القرافي): «إن الله تعالى إنما بعث الرسل عليهم السلام لتحصيل مصالح العباد عملًا بالاستقرار، فمهما وجدنا مصلحة غلب على الظن أنها مطلوبة للشرع»[271].

والمراد بالمصلحة ـ كما قال القاضي (ابن العربي): «كل معنى قام به قانون الشرعية وحصلت به المنفعة العامة في الخليقة» [272]. وقد أكدت القواعد الفقهية هذا المفهوم، حيث جاء فيها ما يأتي:

كل تصرف جرَّ فسادًا أو دفع صلاحًا فهو منهي عنه[273]، [274]. أما في الحالات التي لا تتحصل فيها المصلحة أو المفسدة فإنه يلجأ إلى دفع أعظم الضررين وأشد المفسدتين بارتكاب الأخف والأدنى، وعلى ذلك نظمت القواعد الفقهية الآتية: «دفع أعظم الضررين بأخفهما متعين» [275]. وإذا تقابل مكروهان أو محظوران أو ضرران، ولم يمكن الخروج عنهما وجب ارتكاب أخفهما[276]، [277]. ويجب دفع أعظم المفاسد باحتمال أدناهما [278]. وإذا تعارضت مفسدتان روعي أعظمهما ضررًا بارتكاب أخفهما[279]. وإذا تعارضت المفسدة المرجوحة، والمصلحة الراجحة اعتبرت المفسدة في جنب المصلحة [280].

المبدأ الثالث: العدل والإنصاف

وهو تحقيق العدل بالمعنى الموضح، وهو الالتزام الأخلاقي بمعاملة كل شخص وفقًا لما هو صواب وصحيح من الناحية الأخلاقية، وإعطاء كل شخص ما يستحقه، سواء أكان ذكرًا أم أنثى (أصل مقرر في التشريع الإسلامي). وهو أحد الصور التطبيقية لمبدأ إقامة العدل والإنصاف الذي أرسى الإسلام قواعده، وجعله محور الصلاح والنجاح في الحياة، بل إن الأنبياء، والرسل، والكتب السماوية كلها جاءت من أجل إقامته بين الناس كما قال تعالى: ﴿لَقَدْ أَرْسَلْنَا رُسُلَنَا بِٱلْبَيِّنَٰتِ وَأَنزَلْنَا مَعَهُمُ ٱلْكِتَٰبَ وَٱلْمِيزَانَ لِيَقُومَ ٱلنَّاسُ بِٱلْقِسْطِ﴾ (سورة الحديد: الآية 25).

قال (ابن القيم): قد بيَّن سبحانه وتعالى بما شرعه في الطرق أن مقصوده إقامة العدل بين عباده، والقيام بالقسط، وأي طريق استخرج بها العدل والقسط فهي من الدين وليست مخالفة له[281]، وجاء في القواعد الكبرى "للعز بن عبد السلام" أن أجمع

آية في القرآن للحث على المصالح كلها وللزجر عن المفاسد بأسرها قوله تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَى وَيَنْهَى عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَالْبَغْيِ يَعِظُكُمْ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ ﴿٩٠﴾﴾ (سورة النحل: الآية 90).

الضوابط الأخلاقية والقواعد الإرشادية لإجراء الأبحاث البيولوجية على الإنسان

أولًا ـ التأكد من الصلاحية العلمية، وأن التبرير الأخلاقي للبحث مقبول؛ فيجب مراعاة الآتي:

- أن يكون القصد والهدف من إجرائها جلب مصلحة محضة تعود بالنفع على صحة البشر، أو درء مفسدة محضة تعود بالضرر عليها، أو تقديم المصلحة الراجحة على المفسدة المرجوحة إذا لم يكن هناك بد من الوقوع أو تحصيل إحداهما.

- أن تكون المصلحة المحضة أو الراجحة حقيقية؛ وذلك بأن لا تخالف نصًا تشريعيًا من نصوص الكتاب، أو السنة، ولا تناقض شيئًا من المبادئ، أو الأحكام الفقهية القطعية الثابتة.

- أن تكون الوسيلة إلى الهدف (البحث) سائغة شرعًا، إذًا فالغاية لا تبرر الوسيلة، ولا بد من كون كلٌّ من الغاية والوسيلة مأذونًا بها شرعًا.

- أن يكون تصميم البحث سليمًا من الناحية العلمية، بحيث يغلب على الظن إفضاؤه أو تحقيقه للغرض الصحيح المرجو منه وإلا كان عبثًا؛ لأن كرامة الإنسان يجب أن تُصان عن أن تكون حقلًا لتجاربه، حيث قال سبحانه: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ ﴿٧٠﴾﴾ (سورة الإسراء: الآية 70)، وقد جاء في القواعد الفقهية: كل تصرف تقاعد عن تحصيل مقصوده فهو باطل [282].

- أن يتوفر في فريق البحث الأهلية والكفاءة اللازمة لإجرائه بنجاح، وذلك لتوقف حصول المطلوب على تحقيق هذا الأمر، إذ القاعدة الشرعية: أن «ما لم يتم الواجب إلا به فهو واجب» [283]. ولأن القاعدة الشرعية: «أن المقدم في كل موطن من هم أقوم بمصالح ذلك الموطن».

ثانيًا ـ لجان مراجعة آداب المهنة

يجب من المنظور النظر الفقهي قبل البدء بإجراء أبحاث متضمنة لحالات دراسات بشرية التأكد من توفر الشروط اللازمة من سلامة المرضى وفائدتها لهم أو دفع ضرر عنهم [284، 285]. من قبل لجنة أو أكثر من لجان المراجعة العلمية (المستقلة عن فريق البحث وكفلائه المولين) والفقهية الإسلامية التي تعتمد في إصدار رأيها الشرعي على المعطيات التي تقدمها لها لجان المراجعة العلمية المختصة، وأن لا يكون تحديد مقدار الفوائد المالية وغير المالية التي يحصلون عليها متغيرًا بحسب نتيجة المراجعة التي تقوم بها، وكذلك أن يحصل الباحث على الموافقة (أو التصريح) من تلك اللجان قبل الشروع في البحث مع أخذ ما يأتي في الاعتبار:

- المراجعة الأخلاقية للاستخدام الرحيم الطارئ للعلاج على استقصاء الأسباب، ويمكن مراجعة تفاصيل هذا الأمر في (الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية الصادر من المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية الصادر عام 2004م).

- صراع المصالح المحتملة والمرتبطة بدعم المشاريع، حيث تتلقى دراسات الطب الإحيائي دعمًا ماليًا متزايدًا من الشركات التجارية، ومثل هذه الجهات الراعية لديها الأسباب الوجيهة لدعم أساليب البحث المقبولة من الجانبين الأخلاقي والعلمي، إلا أن هناك أشكالاً من الانحياز قد ظهرت فيما يتعلق بشروط التمويل، فقد يحدث ألا يتوافر لدى الباحثين معلومات، أو يكون لديهم قدر ضئيل عند تعميم التجارب، وأن يكون لديهم قدرة محدودة على الوصول إلى البيانات الأولية، أو

يتمتعون بخبرة محدودة في تفسير البيانات، أو نشر نتائج تجربة ما قائمة على الملاحظة المباشرة إذا كانت في غير صالح منتج الجهة الراعية، وقد يكون خطر الانحياز مرتبطًا كذلك بمصادر دعم أخرى مثل الحكومات أو المؤسسات، وبما أن الأشخاص مسؤولون مباشرة عن عملهم، فينبغي على الباحثين ألا يبرموا اتفاقيات من شأنها أن تتدخل بشكل غير مناسب في وصولهم إلى البيانات أو قدرتهم على تحليل البيانات بصورة مستقلة، أو إعداد المطبوعات أو نشرها، ويجب على الباحثين أيضًا أن يفصحوا عن صراعات المصالح المحتملة أو الظاهرة من جانبهم إلى إحدى لجان مراجعة أبواب المهنة، أو إلى لجان مؤسسة أخرى مشكلة لتقييم وإدارة مثل هذه الصراعات؛ ولذلك يتعين على لجان مراجعة آداب المهنة ضمان التعامل مع مثل هذه الشروط.

وباختصار شديد على جميع القائمين على البحث العلمي أن يراعوا دائمًا تضارب المصالح التي قد تظهر في أشكال مختلفة مثل: تمويل المشروع البحثي أو اختيار باحثين ليس لديهم خبرة أو الإغداق على لجان المواجهة الأخلاقية والعلمية أو التدخل في نتائج الأبحاث وأمور وألاعيب كثيرة يجب الحرص على عدم الوقوع فيها.

ثالثًا ـ الموافقة الفردية المستنيرة

بناءً على المبدأ الشرعي المتضمن احترام استقلالية الشخص وتمكينه من الاختيار الشخصي واتخاذ القرار المناسب له دون شائبة إكراه أو خديعة، وحمايته من أي ضرر أو تغرير أو استغلال من الغير، فلا يجوز إجراء أبحاث الطب الإحيائي إلا بإذن صريح (موافقة اختيارية مستنيرة حرة ومعلنة) من حالة البحث، يتخذه برضاه بعد تلقي المعلومات اللازمة، وفهمها بصورة كافية إن كان كامل الأهلية، أما إذا كان فاقد الأهلية أو ناقصها، فلا يُعتد بإذنه مطلقًا.

وأساس ذلك:

1. أن الشريعة الإسلامية أقرت وأثبتت حق الإنسان في الحياة وسلامة جسمه، وهذا الحق محافظ عليه شرعًا، ومن ثم فلا يجوز لأحد إجراء أي تجارب أو

بحوث على أي شخص كامل الأهلية إلا بإذنه الصادر بملء إرادته واختياره، وهو على بينة من أمره [286]، وعلى ذلك نصت القواعد الفقهية على أن: «حق الآدمي لا يجوز لغيره التصرف فيه بغير إذنه» [287]، وأن حق الإنسان لا يجوز إبطاله من غير رضا [288].

2. الإكراه والخديعة والتغرير عيوب تفسد الرضا وتلغي الإذن إن صدر معها.

3. إحاطة الفرد (الحالة) علمًا بالبحث العلمي المعروض عليه وما قد يترتب عليه من مخاطر محققة أو محتملة شرط لصحة إذنه، بحيث إذا انتفى الشرط انتفى المشروط. وذلك لأن إذن الشخص بفعل شيء دون أن يدرك أبعاده، ويفهمه فهمًا كافيًا، يُعَدُّ جاريًا عن غير قصد صحيح منه وصادرًا عن غير إرادة حقيقية له؛لأن صحة القصد والإرادة متوقفان على إدراك وفهم المقصود والمراد [289]، وقد جاء في القواعد الفقهية أن حقوق الآدميين موضوعة على الحفظ والاحتياط [290].

4. إذا كان البحث العلمي لا يتضمن سوى مخاطرة ضئيلة، أي: المخاطرة التي ليس من المحتمل أن تزيد أو تفوق الفحص الطبي والنفسي الاعتيادي، فلا حاجة لتوثيق الإذن، ويكتفى بالإذن الشفوي.

5. ظروف الإسعاف الطارئة يمكن استثناؤها من شرط الموافقة المستنيرة، حتى يكون هناك ضرورة للتدخلات البحثية، ولا يكون (حالة البحث) لديه القدرة على منح الموافقة المستنيرة، وذلك لتحقيق إذنه دلالة. ومن المقرر في القواعد الفقهية أن الإذن دلاةً كالإذن صراحة [291]، والإذن كما يكون صراحة يكون دلالة [292]، والأمر الثابت دلالة بمنزلة الأمر الثابت صراحة [293].

بالنسبة للشخص الفاقد الأهلية أو ناقصها: الذي لا يستطيع حماية نفسه والقيام بأموره وحده، ويحتاج إلى من يرعى شؤونه ومصالحه في الحياة، فإنه لا يعتد بإذنه (الموافقة المستنيرة) في إجراء البحث عليه مطلقًا، ولا عبرة بإذن وليه أو وصيه الشرعي إلا في حالات استثنائية محددة.

لابد في إجراء الأبحاث الطبية من موافقة الشخص تام الأهلية بصورة خالية من شائبة الإكراه كالمساجين، أو الأغراض المادية كالمساكين، ويجب ألا يترتب على إجراء تلك الأبحاث ضرر، فقد جاء في قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم 67 [(7/5) ثالثًا/ د] ما نصه: «ولا يجوز إجراء الأبحاث الطبية على عديم الأهلية، أو ناقصها، ولو بموافقة الأولياء».

مع أخذ الآتي في الاعتبار:

- أهمية المعرفة بالتجربة لدى الإنسان الذي ستجرى عليه التجربة في البحث العلمي.
- يجب التأكد من أن الإنسان موضوع التجارب قد فهم ما قدم إليه من معلومات وتتوافق مع كل الشروط المطلوبة.
- توثيق الموافقة كتابة أو شفهيًا، ولكن بتسجيل الموافقة مع وجود شهود.
- التنازل عن شروط الموافقة، فمن حق الشخص الذي سيدخل التجربة العدول عن موافقته في البداية، أو في أثناء التجربة ولا يتعرض لأي ضغوط أو تهديد.
- الاعتبارات الثقافية: على الباحثين أخذ هذا البند بعين الاعتبار؛ فكل دولة أو تجمع قد تكون له تقاليد خاصة بخضوعه لرئيس القبيلة، أو لديه تحفظات دينية، أو ثقافية على موضوع البحث أو على الطريقة أو أي تحفظ آخر.
- الموافقة على استخدام مواد بيولوجية لأغراض البحث بما في ذلك المادة الجينية من حالات التجارب القائمة، فيجب على الباحث أن يوضح للشخص قبل بدء التجارب وقبل توقيع الإقرار الحر المستنير باحتمال أخذ عينات بيولوجية لإجراء الأبحاث عليها، وقد تكون لإجراء أبحاث جينية، ويستحسن أن تكون الموافقة على هذا الموضوع واضحة أو مستقلة.
- استخدام السجلات الطبية والعينات البيولوجية: قد تُستخدم السجلات الطبية والعينات البيولوجية المأخوذة في أثناء عملية الرعاية القائمة على الملاحظة المباشرة لغرض البحث دون موافقة المرضى، وفي هذه الحالات يجب أخذ موافقة لجان

مراجعة آداب المهن الطبية إذا كان البحث بسيطًا، ويشكل مخاطرة ضئيلة، على أن يتم حفظ حقوق المرضى من ناحية السرية والخصوصية وعدم الإفصاح عن هويتهم، كل هذا يجب أن يكون مكفولًا.

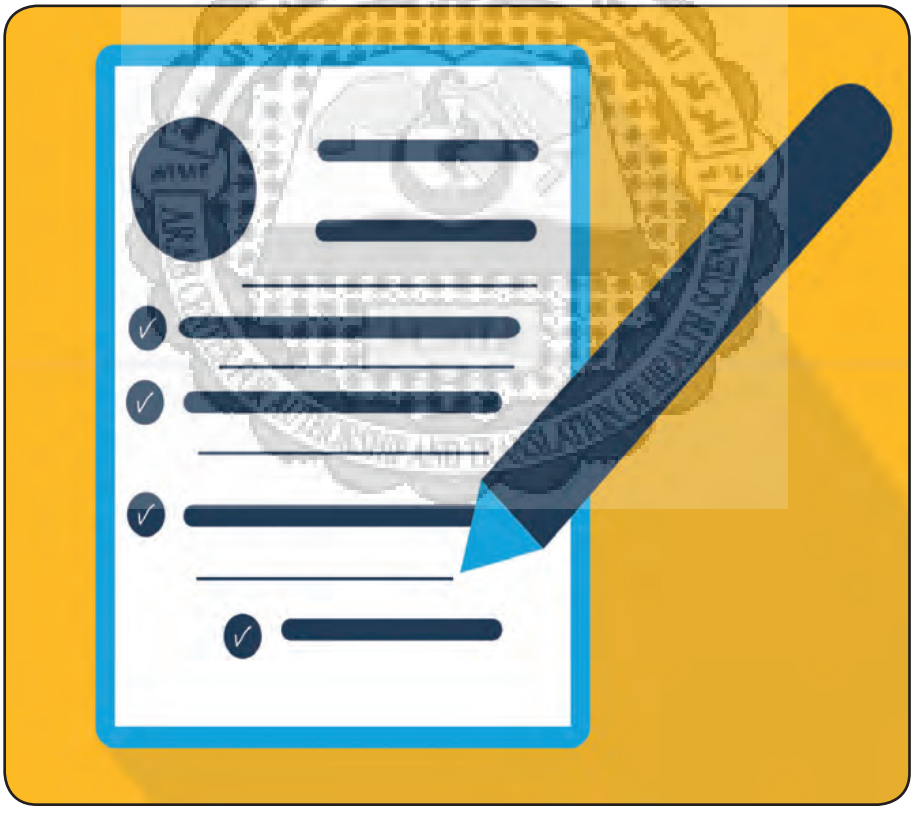
ـ الاستخدام الثانوي لسجلات الثانوية والعينات البيولوجية قد يحتاج بعض الباحثين إلى استخدام سجلات، وعليه فيكون استخدام سجلات البحث والعينات البيولوجية من جانب الباحث الآخر ضمن موافقة المريض، وتظهر هذه الموافقة الصريحة في الإقرار الحر المستنير، ويمكن للمريض عدم الموافقة، وله الحق في طلب إعدام العينات، وعدم استخدامها خاصة إذا كانت السجلات تحتوي على أسماء المرضى أو العينات ذات حساسية خاصة من مثل: الصور الشخصية، وأشرطة الفيديو، والكاسيت، وغير ذلك.

رابعًا ـ التعويضات المالية للحالات المشاركة في الأبحاث

لا حرج شرعًا في تعويض حالات البحث عن مكاسبهم المفقودة وتكاليف السفر وغيرها من النفقات المحتملة من جرّاء المشاركة في البحث ... إلخ، بل إن مبادئ العدالة والإنصاف تلزم تعويضهم بالبدل المكافئ لما تحمّلوه. أما ما زاد على ذلك من مبالغ مالية، أو عينية، أو تعويضات بلغت مقدارًا يدل على أن الغرض منه تطويع إرادة الشخص (حالة البحث)، ودفعه إلى الموافقة غير الناشئة عن اقتناع، فإن ذلك ممنوع شرعًا. كما يشترط:

- أن تتولى اللجان المختلفة اقتراح تلك المكافآت حتى لا يظن الشخص (حالة البحث) بأن هناك خطرًا ما، ويحاولون إغراءه.
- الأشخاص غير المؤهلين: قد يتعرض الأشخاص غير المؤهلين للاستغلال من أوليائهم بهدف التربح المالي، ويتعين عدم تقديم أي تعويضات للوصي الذي يطلب منه منح الإذن نيابة عن الشخص غير المؤهل فيما عدا رد نفقات الانتقال والنفقات ذات الصلة.

- الانسحاب من الدراسة: يجب دفع مبالغ مالية أو تعويض إلى الحالة التي تنسحب من البحث الأساسي لأسباب تتعلق بالدراسة، مثل الآثار الجانبية غير المقبولة لدواء تتضمنه الدراسة، أو التي يتم سحبها لدواعي صحية بالقدر الممنوح نظير المشاركة الكاملة. أما الحالة التي تنسحب لأي سبب آخر، فينبغي منحها مبالغ مالية بما يتناسب مع قدر مشاركتها في البحث، ومن حق الباحث الذي يقوم باستبعاد حالة من الدراسة؛ بسبب عدم الالتزام المتعمد أن يمتنع عن سداد جزء من المدفوعات أو كاملها.



نموذج تأكيدي لضرورة حصول الطبيب على الإقرار الحر المستنير من المريض على جميع التداخلات والمعالجات المقدمة.

مثال: نموذج الحصول على الموافقة المستنيرة بشأن المشاركة في الأبحاث البيولوجية على الإنسان

قبل أن يطلب الباحث موافقة أحد الأفراد على المشاركة في البحث، يجب عليه أن يوفر المعلومات الضرورية لحالات البحث المتوقعة، وذلك من خلال لغة، أو وسيلة اتصال أخرى يستطيع أن يفهمها الفرد:

1. أن الفرد مدعو للمشاركة في البحث، وأسباب اعتبار الفرد مناسبًا للبحث، وأن المشاركة اختيارية.
2. أن الفرد لديه الحرية في رفض المشاركة وسيكون حرًا في الانسحاب من البحث في أي وقت دون توقيع عقوبة عليه، أو خسارته للمزايا التي من المقرر أن ينالها إذا ما واصل البحث سواءٌ أكان هذا الفرد ذكرًا أو أنثى.
3. معرفة ووضوح الغرض من البحث، والإجراءات المقرر تنفيذها بواسطة الباحث والحالة، مع شرح لكيفية اختلاف البحث عن الرعاية الصحية الاعتيادية.
4. شرح لجوانب تصميم البحث، على سبيل المثال: أخذ العينات العشوائية، والاختبارات التي يجهل تركيبها ومجموعات التحكم الخاصة بها لكل من الباحث والحالة وقت إجرائها، وذلك بالنسبة للتجارب المقيدة، وكون الحالة لن تعلم بالعلاج المقرر إلى حين إتمام الدراسة وتلاشي الجهل بتركيب الاختبارات.
5. الفترة المتوقعة لمشاركة الفرد، بما في ذلك عدد وزمن الزيارات إلى مركز الأبحاث، والوقت الإجمالي اللازم لذلك، وإمكانية الإنهاء المبكر للتجربة أو مشاركة الفرد فيها.

6. هل سيتم تقديم أموال أو أشكال أخرى من السلع المادية في مقابل مشاركة الفرد، وما نوعيتها ومقدارها إن كان الحال كذلك؟
7. أنه سوف يتم إبلاغ الحالات، عقب إتمام الدراسة بنتائج البحث بصفة عامة، وأنه سيتم إعلام الحالات الفردية بأي نتيجة تتعلق بوضعها الصحي الخاص.
8. أن الحالات لديها الحق في الاطلاع على البيانات عند طلبها، حتى لو افتقرت هذه البيانات إلى المنفعة الفورية بوصفها تجارب للملاحظة المباشرة (وذلك ما لم تقرر لجنة مراجعة آداب المهنة عدم الإفصاح المؤقت، أو الدائم عن البيانات، وفي هذه الحالة يتم إبلاغ الحالة بذلك وأسباب عدم الإفصاح).
9. معرفة واستيضاح أي مخاطر، أو آلام أو مشقة، أو مضايقات منتظرة للفرد أو غيره ممن لهم علاقة بالمشاركة في البحث، بما في ذلك المخاطر التي تهدد صحة أو مصالح زوج الحالة أو شريكها.
10. المزايا المباشرة، ـ إن وجدت ـ والمتوقع أن تحصل عليها الحالات من جرّاء المشاركة في البحث.
11. مزايا البحث المتوقعة للمجموعة السكانية أو المجتمع ككل، أو إسهامات المعارف العلمية.
12. في جميع الأحوال فإنه يجب معرفة متى وأين يمكن توفير هذه المنتجات أو المداخلات بعد التأكد من فاعليتها وسلامتها للذين شاركوا في إجراء الأبحاث بعد إتمامهم المشاركة في الأبحاث، وأيضًا إعلامهم بمدى دفع أموال لهم.
13. أي مداخلات في الوقت أو نظم علاج بديلة للحالة.
14. النصوص التي سيتم صياغتها لضمان احترام خصوصية الحالات وسرية السجلات التي يتم التعرّف على الحالات من خلالها.

15. القيود التي تحد من قدرة الباحث في الحفاظ على سرية المعلومات، سواءً أكانت قيودًا قانونية، أو قيودًا أخرى، والعواقب المحتملة لخرق هذه السرية.

16. السياسة فيما يتعلق باستخدام نتائج الاختبارات الوراثية، والاحتياطات المطبقة لمنع الكشف عن نتائج الاختبارات الورثية للحالة وللأقارب المباشرين في العائلة أو غيرهم (على سبيل المثال: شركات التأمين، أو أصحاب العمل) دون موافقة الحالة.

17. القائمون على رعاية البحث، والتبعية المؤسسية للباحثين، وطبيعة تمويل البحث ومصادره.

18. استخدامات البحث المحتملة، المباشرة أو الثانوية للسجلات الطبية للحالات، أو للعينات البيولوجية المأخوذة في أثناء الرعاية القائمة على الملاحظة المباشرة.

19. بيان هل مخطط أن يتم التخلص من العينات البيولوجية التي يتم جمعها في أثناء البحث عند الانتهاء منه؟ وتفاصيل تخزينها في حالة عدم التخلص منها (المكان، والكيفية، والفترة الزمنية، والطريقة النهائية للتصرف فيها)، والاستخدام المستقبلي، أو رفض التخزين، والتخلص من المادة بمعرفتهم.

20. بيان هل من المحتمل أن يتم تطوير منتجات تجارية من العينات البيولوجية؟ وهل سيتلقى المشارك مزايا نقدية، أو غيرها مقابل تطوير مثل هذه المنتجات؟

21. توضيح هل يقوم الباحث بدور الباحث فقط أو بوصفه باحثًا وطبيبًا للحالة في الوقت ذاته؟

22. الحد الذي تقف عنده مسؤولية الباحث عن توفير الخدمات الطبية للمشارك.

23. أن العلاج سيتم توفيره مجانًا لأنواع معينة من الإصابة المرتبطة بالبحث أو لمضاعفات متعلقة بالبحث، طبيعة وفترة الرعاية، اسم المنظمة أو الفرد الذي سيقدم العلاج، وهل هناك أي شكوك فيما يخص تمويل العلاج؟

24. الطريقة التي سيتم من خلالها تعويض الحالة، أو أسرتها، أو من تعولهم عن العجز أو الوفاة الناتجة عن إصابة مرتبطة بالبحث والمنظمة التي ستتولى ذلك التعويض (أو بيان أنه لا توجد خطط لتقديم هذا التعويض).

25. هل الحق في التعويض مكفول قانونيًا في البلد الذي يتم فيه دعوة الحالة المتوقعة للمشاركة في البحث أم لا؟

26. أن لجنة مراجعة آداب المهنة قد أقرت أو أجازت بروتوكول البحث.

خامسًا ـ ضمان الموازنة بين مزايا المشاركة في الأبحاث ومخاطرها

وجوب ضمان توازن معقول بين المزايا والمخاطر المحتملة في الأبحاث المتضمنة لحالات دراسة بشرية (مع رجحان فوائدها المتوقعة للحالة الفردية على أقل تقدير)، ولزوم تقليل المخاطر إلى أدنى قدر ممكن أصل شرعي مقرر مستمد من القواعد الفقهية الآتية: «الضرر واجب الدفع ما أمكن» [294]. وإذا تعارضت المصلحة والمفسدة قُدم أرجحهما [295].

قال ابن تيمية: "وسر الشريعة أن الفعل إذا اشتمل على مفسدة مُنع"، إلا إذا عارضها مصلحة راجحة كما في إباحة الميتة للمضطر.... يدفع أعظم الضررين باحتمال أدناهما [296]، [297].

أما ضبط التفرقة بين المصلحة العامة والخاصة فهو أن المصلحة العامة أو الكلية هي كل ما فيه جلب نفع أو دفع ضرر يعود على جميع الأمة أو على جماعة كبيرة أو

صغيرة أو نحو ذلك[298] بينما المصلحة الخاصة (أو الجزئية): هي كل ما فيه جلب نفع أو درء مفسدة أو ضرر يعود على فرد معين أو أفراد قليلين) [299].

ولا بد أن يسبق إجراء التجارب على المرضى إجراء تجارب على الحيوانات لمعرفة الجرعة الصغرى والكبرى والسُّمِّية الحادة والسمية المزمنة [300]. فمن المفروض أن إجراء بحث على دواء معين عن طريق الأسلوب العشوائي يكون له فوائد أكثر ومضاعفات أقل، فإذا كانت التجارب على الحيوانات تُظهِر غير ذلك فيجب وقف التجارب لحين الحصول على مركب فوائده تتميز عن الموجود.

المخاطر التي تهدد مجموعات معينة من الأفراد

قد تتسبب الأبحاث التي تُجرى في مجالات معينة مثل: علوم الأوبئة، أو الوراثة، أو الاجتماع في مخاطر لمصالح بعض الجاليات أو المجتمعات أو الجماعات ذات الأجناس أو الأعراق المعينة، وقد يتم نشر معلومات من شأنها أن تلحق العار بمجموعة ما أو تعرض أفرادها للتمييز في المعاملة، فعلى سبيل المثال: خطأ أو صواب أن تلك المجموعة ينتشر بين أفرادها تعاطي الكحوليات، أو تعاني مرضًا عقليًا أو مرضًا ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي، أو تتعرض لاضطرابات وراثية بمعدل يفوق المتوسط؛ لذا يتعين أن تكون الخطط الموضوعة لإجراء مثل هذه الأبحاث مراعية لهذه الاعتبارات، ويجب أخذ ذلك بعين الاعتبار عند نشر نتائج الأبحاث وعلى لجنة الأخلاقيات مراعاة ذلك والتشدد فيه.

سادسًا ـ التوزيع العادل للأعباء والمزايا في اختيار مجموعات الحالات في الأبحاث

يتعين اختيار المجموعات أو المجتمعات التي يتم دعوتها لتكون حالات بحث على النحو الذي يتم فيه توزيع أعباء البحث ومزاياه بصورة عادلة، ويجب تبرير استبعاد المجموعات والمجتمعات التي قد تستفيد من المشاركة في الدراسة.

تقتضي العدالة أن يتم توزيع الأعباء والمزايا بالقسطاس المستقيم ودون تفرقة بسبب اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الديانة، أو البلد، وإذا حدث توزيع غير عادل لا بد من تقديم تبرير لذلك. ويُعَدُّ الاستخدام المفرط لمجموعات معينة مثل: الفقراء أولئك المتوافرين لسهولة الإجراءات الإدارية غير عادل لعدة أسباب:

- من الظلم تجنيد أناس شديدي الفقر على نحو انتقائي لمجرد أنهم يمكن إقناعهم بسهولة وإعطاء حوافز قليلة، وعلى الرغم من ذلك، فإنه لا يجب استبعاد هذه المجموعات.

- يمتد الاستغلال إلى جماعات ومجتمعات بأكملها، وبخاصة في أقطار أو مجتمعات ذات قدرٍ كافٍ من الأنظمة المتطورة لحماية حقوق حالات البحث البشرية ومصالحهم، وهذا الإفراط يكون موضع شك، خاصة عندما يتحمل السكان المعنيون أو المجتمعات المعنية أعباء المشاركة في البحث، ويكون من غير المحتمل بدرجة كبيرة تمتعهم في أي وقت بمزايا المعارف، والمنتجات الجديدة المطورة نتيجة البحث.

سابعًا ـ الأبحاث العلمية التي تتضمن أطفالًا

نظرًا لاعتبار الطفل الذي لم يبلغ الحلم في الفقة الإسلامي ناقص الأهلية مطلقًا، فإنه لا عبرة بإذنه (الموافقة العلنية) في إجراء أبحاث الطب الإحيائي عليه، حيث إنه شرعًا لا يملك ولا تصلح منه التصرفات الضارة به ضررًا محضًا أو الدائرة بين النفع والضرر، وتلك منها، وذلك حماية له من سوء تصرفه في حق نفسه باحتمال إذنه بما يضره ضررًا محضًا غالبًا على النفع؛ لأنه لا يحسن تقدير العواقب المترتبة عليه، وقد جاء في القواعد الفقهية أن من لا يصح تصرفه لا قول له [301]، [302].

ثم إن الأصل الفقهي عدم اعتبار إذن الولي أو الوصي الشرعي بإجراء تلك الأبحاث على المولى عليه، كما جاء في قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم [67 (5/7) (ثالثًا)] ما نصه: "لا يجوز إجراء الأبحاث الطبية على عديم الأهلية، أو ناقصها ولو بموافقة الأولياء غير أنه يُستثنى من هذا الأصل، أي: عن توفر إذن الولي أو الوصي الحالتان الآتيتان:

ـ أن تكون هناك مصلحة خالصة أو راجحة، أو حاجة ماسة للطفل في إجراء البحث عليه. ويجب مراجعة لجنة أخلاقيات آداب مهنة الطب لتقدير ذلك وتأكيده والترخيص به.

ـ لو رفض الطفل الصغير غير المميز في هذه الحالة ذلك أو اعترض عليه، فإنه لا يعول على رفضه واعتراضه، حماية له من تفويت مصالحه، أو الإضرار بنفسه فيما لو روعيت رغبته واحترام اعتراضه.

ـ أما إن كان الطفل موضوع البحث مميزًا (قد قارب البلوغ ونضجت مداركه مع أنه لا يزال تحت الولاية)، فإنه يؤخذ رفضه بالاعتبار ويُعرض الأمر على لجان المراجعة للبت فيها.

ـ أن تكون هناك حاجة كلية إلى إجراء الأبحاث الخاصة بأمراض الطفولة واللقاحات والعقاقير المتعلقة بها على الأطفال، ولا غنى لهم عنها، وتكون المخاطر المحتملة على الطفل (حالة البحث) لا تتجاوز ما يترتب على الفحص الطبي أو النفسي الاعتيادي له، أو تفوق ذلك بقدر يسير معفوٌّ عنه، بحيث ترخص به لجنة مراعاة آداب المهنة، ومستند ذلك أن الحاجة الخاصة بفئة خاصة يجمعهما وصف مشترك تُعَدُّ شرعًا في منزلة الضرورة التي تبيح ما كان محظورًا في الأصل [303].

ثامنًا ـ موقف المرأة بصفتها نموذجًا مشاركًا في الأبحاث الطبية الإحيائية

لمجرد احتمال التعرّض للحمل في أثناء فترة الدراسة؛ مما قد يلحق بالحامل أو بجنينها خطرًا في حالة حدوث الحمل؛ وذلك لوجود الحاجة الماسة لهذه الشريحة الاجتماعية إلى الاستفادة من نتائج التجارب الرسمية للأدوية، والأمصال، والأدوات الطبية التي تعتمد على الفحص، ويجب اتخاذ الاحتياطات للحيلولة دون إلحاق المخاطر بها أو بجنينها في حالة حدوث الحمل... إذ من الظلم والجور المنهي عنه شرعًا حرمان المرأة بوصفها فئة من فئات المجتمع من الفوائد التي قد تجلبها لها المعلومات الجديدة المستفادة من تلك التجارب [304].

غير أنه يُشترط موافقتها الاختيارية المستنيرة على البحث كما يُشترط بالنسبة للرجال سواءً بسواء، وهي التي تصدر بعد المعرفة الكافية والإدراك التام والفهم الصحيح لما أذنت به ووافقت عليه، بعد أن توفر لها كل المعلومات الدقيقة وتشرح لها جميع المخاطر المحتملة، والعواقب المترتبة التي تحتاج إلى معرفتها قبل اتخاذ قرار الموافقة. وبناءً على ذلك يجب على الباحث الحصول على الموافقة الحرة المستنيرة للمرأة البالغة شخصيًا على المشاركة في الأبحاث، وأن من المرفوض شرعًا استبدال موافقة زوجها أو غيره بموافقتها؛ لما في ذلك من انتقاص لحقوقها الإنسانية؛ نظرًا لتمتع كلٍّ من الجنسين (عند انتفاء الموانع) بالأهلية التامة؛ مما يستوجب احترام استقلالية الشخص. ذكرًا كان أم أنثى، وتمكينه من الاختيار الشخصي واتخاذ القرار المناسب له في المشاركة في البحث دون شائبة إكراه أو ضغط أو خديعة أو استغلال، بعد تلقي المعلومات اللازمة وفهمها بصورة كافية، على أنه يُفضل من قبيل الإحسان في العشرة موافقة الزوج تقويةً للعلاقات الزوجية وتفاديًا للمشكلات الأسرية. أما في حالة أمور تخص الرجل والمرأة مثل: تحديد النسل، أو الإجهاض، أو أي عمليات أخرى للرجل فيها نصيب فيجب أخذ موافقة الطرفين.

تاسعًا ـ موقف المرأة الحامل بصفتها عضوًا مشاركًا في الأبحاث

لا حرج شرعًا في مشاركة المرأة الحامل في الأبحاث الطبية الإحيائية؛ نظرًا لحاجة فئة النساء الحوامل الصحية، أو أجنتهن للفوائد والمنافع المترتبة على تلك الأبحاث؛ وذلك حيث تكون مصلحة خالصة أو راجحة للأم أو للجنين في ذلك، ويكون من النادر أو غير المتوقع حدوث مخاطر واحتمالات التشوهات الجنينية ونحوها والتي قد تحدث نتيجة اشتراك المرأة في هذه الأبحاث [305].

ويُشترط الحصول على الموافقة الاختيارية المستنيرة من المرأة الحامل على مشاركتها في البحث بعد أن توفرت لها كل المعلومات الدقيقة عن سلبياته وإيجابياته المتوقعة أو الممكنة. وتوضح لها سائر المخاطر المحتملة على نفسها أو جنينها وجميع العواقب المترتبة على تلك المشاركة.

وفي حالة وجود احتمالات مخاطر تهدد الجنين ولو بصورة نادرة أو وجه مرجوح يتعين حصول الباحث على موافقة الأب المبنية على إدراك تام ومعرفة كافية بالنتائج المترتبة على إذنه أيضًا، حيث إن له في الجنين الحق.

وفي الحالة التي تكون فيها المخاطر محتملة على الأم الحامل التي تشارك في الأبحاث الطبية الإحيائية وتكون المصلحة المستهدفة منها لمصلحة الأجنة دون الاستفادة المباشرة للأم يجب توعيتها بالمخاطر لكي تتقبلها بدافع التضحية لمصلحة الغير، دون أن تتوهم الأثر الإيجابي للأبحاث في نجاح الإنجاب الذي هو مرغوب للأم بالفطرة فتندفع للموافقة عاطفيًا، وليس عن تفكير وتعقل.

عاشرًا ـ الحفاظ على سرية المعلومات

يتعين على الباحث اتخاذ إجراءات أمان وقائية لحماية سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى الذين يُجرى عليهم البحث، ويجب عليه كذلك إبلاغهم بالحدود القانونية كافة وغيرها لقدرته على حماية سرية المعلومات وضمانها، والعواقب المحتمل توقعها على انتهاك تلك السرية.

السرية بين الباحث والمريض: قد يتطلب إجراء بحث ما يتعلق باحتياجات بعض الأفراد أو المجموعات تجميع وتخزين بعض المعلومات التي قد يتسبب إفشاؤها لأي طرف ثالث في إلحاق الأذى أو الضرر النفسي بالمريض؛ ولذا يتعين على الباحثين اتخاذ التدابير التي تضمن حماية سرية مثل هذه المعلومات مثل: إلغاء البيانات التي قد تؤدي إلى التعرُّف على الأشخاص المشاركين في الدراسة على سبيل المثال، وعرقلة القدرة على الوصول إلى البيانات، وتجهيل المعلومات وغير ذلك من الوسائل. ويتعين أيضًا على الباحثين في أثناء عملية الحصول على موافقة مبنية على إدراك العواقب المترتبة عليها من المرضى المحتمل اشتراكهم في الدراسة إبلاغهم بالاحتياطات التي سيتم اتخاذها لحماية السرية.

فمثلا: إن المشاركة في التجارب الخاصة باللقاحات والأدوية المستعملة لعلاج مرض الإيدز قد تعرض المشاركين فيها لمشكلات عسيرة من التمييز الاجتماعي أو الإيذاء تستحق أن توضع في الاعتبار مثل النتائج الطبية السيئة المترتبة على استعمال الأدوية والأمصال؛ ولذا ينبغي بذل الجهود الممكنة لتقليل فرص وقوع هذه المخاطر وتخفيض حدتها عند وقوعها. فعلى سبيل المثال: يتعين على الباحث إعلام المرضى المشاركين في تجارب الأمصال أن استعداد الاستجابة للإصابة بالإيدز يُعزى إلى تلقيهم المصل ولا يُعزى إلى الإصابة الطبيعية به، ويمكن تحقيق ذلك بتزويدهم بالوثائق التي تشهد على اشتراكهم في تجارب الأمصال أو عن طريق حفظ سجل سري للمرضى المشاركين في التجارب وتوفير المعلومات التي يحتوي عليها لأي هيئة خارجية بناءً على طلب المريض نفسه.

قضايا السرية في الأبحاث الوراثية

يتعين على الباحث الذي يقترح إجراء فحوص واختبارات وراثية ذات أهمية معروفة في طرق الفحص والتنبؤ بالإصابات الوراثية على عينات بيولوجية يمكن الربط بينها وبين شخص بعينه ضرورة الحصول على موافقة معلنة من هذا الشخص، أو على إذن من ممثل رسمي قانوني للمريض إذا وُجِدَ. وعلى العكس من ذلك، يجب على الباحث قبل إجراء أي فحص، أو اختبار وراثي ذي أهمية في التنبؤ بالإصابة بالأمراض الوراثية مع عدم وجود موافقة، أو إذن شخصي من المريض عليه التأكد من تجهيل العينات البيولوجية بشكل كامل وطمس المعالم التي تربط بينها وبينه (المريض) مما يضمن للمريض عدم إمكانية استقاء أي معلومة عن شخص محدد، من مثل: تلك الأبحاث، ويضمن كذلك عدم اطْلاع المريض عليها.

أما في حالة عدم تجهيل العينات البيولوجية بشكل كامل، وعندما يتوقع الباحث احتمال ربط نتائج الاختبارات الوراثية بالمرضى المشاركين في البحث لأسباب مهمّة تتعلق بالفحص أو الدراسة فيتعين عليه في أثناء الحصول على موافقة مبنية على إدراك كامل بالعواقب المترتبة عليها ضرورة التأكد من سرية المعلومات الدالة على

هوية المرضى المحتمل اشتراكهم في الدراسة عن طريق تشفير آمن للعينات أو عرقلة الوصول إلى قواعد البيانات وعليه أن يشرح لهم هذه العملية بوضوح.

عندما يتبين أن نتائج الاختبارات الوراثية سيتم إبلاغها لأسباب طبية أو لأسباب تتعلق بالبحث للمريض أو للطبيب المعالج، فيجب إبلاغ المريض بهذا قبل الشروع في البحث ويجب إبلاغه بأن العينات التي سيتم اختبارها سيدون عليها بياناته بشكل جلي.

لا يجوز للباحثين إفشاء نتائج الاختبارات الوراثية أو التشخيصية إلى أقارب المرضى دون موافقتهم، أما في الأماكن التي يتوقع فيها عادة أقارب المرضى الذين تربطهم بهم علاقة وثيقة أن يطلعوا على مثل هذه النتائج فيجب أن تشير خطة البحث إلى الاحتياطات الملائمة التي يتعين اتخاذها لمنع إفشاء النتائج دون موافقة المرضى، كما توضح هذا لجنة مراقبة آداب المهنة، وعلى الباحثين شرح هذه الإجراءات بشكل واضح في أثناء عملية الحصول على موافقة مبنية على إدراك كامل بالعواقب المترتبة عليها.

الرأي الفقهي بشأن الحفاظ على سرية المعلومات

لقد أوضح قرار مجمع الفقه الإسلامي بجدة رقم 79 (10/8) أحكام حفظ السر في المهن الطبية، وذلك في الفقرات (4، 5 ، 6)، ونصه:

الفقرة الرابعة: يتأكد واجب حفظ السر على من يعمل في المهن التي يعود الإفشاء فيها على أصل المهنة بالخلل، كالمهن الطبية، إذ يركن إلى هؤلاء ذوو الحاجة إلى محض النصح وتقديم العون، فيقضون إليهم بكل ما يساعد على حسن أداء هذه المهام الحيوية، ومنها: أسرار لا يكشفها المرء لغيره حتى الأقربين إليه.

الفقرة الخامسة: تُستثنى من وجوب كتمان السر حالات يؤدي فيها كتمانه إلى ضرر يفوق ضرر إفشائه فيه بالنسبة لصاحبه، أو يكون إفشاؤه فيه مصلحة تُرجَّح على مضرة كتمانه، وهذه الحالات على ضربين:

ـ حالات يجب فيها إفشاء السر بناءً على قاعدة ارتكاب أهون الضررين لتفويت أشدهما، وقاعدة تحقيق المصلحة العامة التي تقضي بتحمّل الضرر الخاص لدرء الضرر العام إذا تعين ذلك لدرئه، وهذه الحالات نوعان: ما فيه درء مفسدة عن المجتمع. وما فيه درء مفسدة عن الفرد.

ـ حالات يجوز فيها إفشاء السر لما فيه من: جلب مصلحة للمجتمع، أو درء مفسدة عامة.

وهذه الحالات يجب الالتزام فيها بمقاصد الشريعة، وأولويتها من حيث حفظ الدين، والنفس، والعقل، والنسل، والمال.

الفقرة السادسة: الاستثناءات بشأن مواطن وجوب الإفشاء أو جوازه ينبغي أن ينص عليها في نظام مزاولة المهن الطبية وغيره من الأنظمة، موضحة ومنصوصًا عليها على سبيل الحصر، مع تفصيل كيفية الإفشاء، ولن يكون، وتقوم الجهات المسؤولة بتوعية الناس كافة بهذه المواطن».

الحادي عشر ـ حق المرضى المشاركين في الأبحاث في العلاج وتوفير خدمات الرعاية الصحية لهم، والتعويض عند الإصابة

يتعين على الباحثين التأكد من أحقية المشاركين في البحث عند الإصابة بأي مرض ناتج من جرّاء اشتراكهم في البحث للحصول على العلاج الطبي المجاني والمساعدات المالية.

يتعين على لجنة مراقبة آداب المهنة أن تحدد ما يأتي مقدمًا قبل الشروع في إجراء البحث:

- نوعية الإصابات التي يستحق بسببها المرضى المشاركون في الأبحاث تلقي العلاج المجاني والتعويض في حالة العجز، أو الإعاقة الناتجة عن مثل تلك الإصابات.
- نوعية الإصابات التي لا يستحق بسببها الأفراد المشاركون في البحث تلقي التعويض.

ويجب إخبار الأفراد المحتمل اشتراكهم في الأبحاث بقرارات اللجنة كجزء من تطبيق عملية الحصول على موافقة مبنية على إدراك كامل بالعواقب المترتبة عليها، حيث إنه لا يجوز للجنة مراقبة آداب المهنة تقرير ذلك مقدمًا فيما يتعلق بردود الأفعال المعاكسة غير المتوقعة، فيجب أن يستحق المريض المشارك الحصول على التعويض على أساس حدوث تلك الاستجابات، وينبغي إبلاغها للجنة فور حدوثها للاطلاع عليها.

لا يجوز مطالبة الأفراد المشاركين في الأبحاث بالتنازل عن حقهم في التعويض أو بإظهار اللامبالاة والافتقار إلى درجة مقبولة من المهارة أمام الباحث من أجل الحصول على العلاج الطبي المجاني أو التعويض؛ ولهذا يجب ألا تحتوي عملية الحصول على موافقة مبنية على إدراك كامل بالعواقب المترتبة عليها، أو الاستمارات الخاصة بذلك على كلمات تُعفي الباحث من المسؤولية في حالة حدوث إصابة غير متعمدة، وإلا سيكون هذا بمثابة إشارة إلى وجوب تنازل المشاركين في الأبحاث عن حقهم في التماس التعويض عن العجز أو الإعاقة. وتَعيَّن إعلام الأفراد المحتمل اشتراكهم في البحث بعدم احتياجهم لاتخاذ أي إجراء قانوني لتوفير العلاج الطبي المجاني أو التعويض الذي يستحقونه عند الإصابة، وإعلامهم أيضًا بأسماء مؤسسات الرعاية الطبية والأفراد الذين سيقدمون لهم العلاج الطبي والمؤسسة التي ستكون منوطة بصرف التعويضات.

كما يجب على الجهة الراعية للبحث قبل الشروع فيه، سواءٌ أكانت شركة مستحضرات طبية، أو أي مؤسسة أو منشأة أخرى، أو هيئة حكومية، حيث لا يمنع القانون التأمين الحكومي أن تقبل بدفع التعويضات لأي إصابة بدنية تؤهل من يصاب بها للحصول على التعويض، أو الاتفاق مع الباحثين على الظروف التي يجب أن يعتمدوا عليها في تغطية مبلغ التأمين (بسبب الإهمال، أو فشل الباحث في اتباع خطوات خطة البحث، حيث يقتصر التأمين الحكومي على الإهمال على سبيل المثال). ومن الأفضل تحت وطأة بعض الظروف أن يقوم الباحثون بالمطالبة بمبلغ تأمين مناسب ضد الأخطار لتغطية التعويضات من دون وجود دليل على الخطأ.

الرأي الفقهي بشأن حق المرضى المشاركين في الأبحاث في العلاج وتوفير خدمات الرعاية لهم والتعويض عند الإصابة:

1. يستحق المشاركون في البحث عند الإصابة بأي مرض ناتج عن اشتراكهم في البحث تلقي العلاج الطبي المجاني، وكذلك التعويض العادل عن الأضرار، أو العجز، أو الإعاقة الناتجة عنه، أو المترتبة عليه بناءً على الآتي:

- وجوب مراعاة مبادئ العدالة والإنصاف التي جاء الإسلام وجميع الشرائع السماوية لإقامتها وإرساء دعائمها بين الناس. وقال تعالى: ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُ بِٱلۡعَدۡلِ وَٱلۡإِحۡسَٰنِ﴾ (سورة النحل: الآية 90) وقال سبحانه ﴿لَقَدۡ أَرۡسَلۡنَا رُسُلَنَا بِٱلۡبَيِّنَٰتِ وَأَنزَلۡنَا مَعَهُمُ ٱلۡكِتَٰبَ وَٱلۡمِيزَانَ لِيَقُومَ ٱلنَّاسُ بِٱلۡقِسۡطِۖ﴾ (سورة الحديد: الآية 25).
- العمل بقاعدة «الجوابر» الشرعية التي توجب على من تسبب بضرر لغيره جبر الفائت بالتعويض العادل.
- المسؤولية العقدية المترتبة على الاتفاقية الضمنية بين الجهة الراعية للبحث والمشاركين بتحمل الطرف الأول تبعات الأضرار التي تُلحق (الحالة)؛ نتيجة المشاركة في البحث.

2. على ذلك لا يجوز للباحثين مطالبة المرضى بالتنازل عن حقهم في العلاج والتعويض، أو إظهار عدم المبالاة فيه، لما في ذلك من الجور والظلم ومنافاة الحق والعدل والإنصاف، على أن هذا لا يتعارض مع حق الشخص في التنازل طوعًا دون أى ضغط أو إغراء أو تدليس، بعد حصول الإصابة.

3. يستحق الورثة في حالة وفاة الشخص؛ نتيجة مشاركته في البحث التعويض المقرر في التشريع الإسلامي.

إعلان هلسنكي لنقابة الأطباء الدولية عن المبادئ الأخلاقية في مجال الأبحاث الطبية التي تشمل التجريب على الإنسان

لقد صدر إعلان هلسنكي عن النقابة الدولية للأطباء للنص على المبادئ الأخلاقية التي ينبغي أن يسترشد بها الأطباء وجميع العاملين في مجال الأبحاث الطبية التي تشمل إجراء تجارب على أفراد من الجنس البشري، ويدخل في نطاق هذه الأبحاث تلك التي تُجرى على مواد، أو معطيات بشرية محققة (أخلاقيات بحوث البشر) [306].

تم اعتماد هذا الإعلان في الاجتماع الثامن عشر للجمعية العمومية للنقابة والذي عُقد في هلسنكي بفنلندا في يونيو 1964م، ثم جرى تعديله في الاجتماعات الآتية:

- يجب على الطبيب أن يعمل على الحفاظ على الصحة العامة والترويج لسبل تحسينها. ويكرس خبراته وما يمليه عليه ضميره في سبيل ذلك.

اجتماع النقابة الدولية لإعلان هلسنكي رقم (18) للجمعية العمومية والمنعقد في هلسنكي بفنلندا 1964م.

- إن إعلان جنيف الصادر عن النقابة الدولية للأطباء يلزم الطبيب بهذه الكلمات: «إنني ألتزم بأن أضع صحة المريض في المحل الأول من الاعتبار». كما يعلن ميثاق الشرف الدولي للخدمات الطبية أنه «عند توفير علاج طبي قد تكون له آثار سلبية على حالة المريض الجسمانية أو النفسية، على الطبيب أن يضع مصلحة مريضه نصب عينيه».

- ينهض التقدم في المجال الطبي على البحث العلمي الذي لا بد، وأن يصل في النهاية إلى التجريب على الإنسان.

- عند التجريب في الأبحاث الطبية على أفراد من الجنس البشري ينبغي أن تكون سلامة الإنسان أولى بالاهتمام والرعاية من مصلحة العلم والمجتمع.

- إن الأبحاث العلمية التي تُجرى تجاربها على العنصر البشري تستهدف في المقام الأول التوصل إلى سبل أفضل للوقاية والتشخيص والعلاج وفهم أدق لنشأة الأمراض وتطورها. ولا ينبغي الركون إلى ما يمكن التوصل إليه من هذه السبل، بل يجب أن تخضع بصفة مستمرة للاختبار عن طريق أبحاث لا تنقطع لإثبات فعاليتها وكفاءتها وإمكانية تطبيقها ونوعيتها.

- في مجال الممارسة الطبية والبحث العلمي، تنطوي معظم طرق الوقاية والتشخيص والعلاج على قدر كبير من المخاطرة والأعباء.

- يخضع البحث العلمي في المجالات الطبية لمعايير أخلاقية تضمن احترام الجنس البشري وتوفير الحماية لصحته وحقوقه. ويحتاج بعض أفراد عينات البحث إلى حماية خاصة نظرًا لضعفهم، كما ينبغي مراعاة الاحتياجات الخاصة لمن اجتمع عليهم الفقر والمرض. وهناك فئات تحتاج إلى عناية خاصة من بينها أولئك الذين لا يستطيعون إبداء الموافقة على التعرض لهذه التجارب أو الامتناع عنها بمحض إرادتهم، وأولئك الذين قد يقهرون لانتزاع موافقتهم، وأولئك الذين لن يستفيدوا شخصيًا من نتائج هذه التجارب، وأخيرًا أولئك الذين يخضعون لتلك التجارب البحثية ضمن برنامج علاجهم.

- ينبغي أن يكون القائمون على شؤون البحث العلمي على دراية تامة بما يقتضيه استخدام عينات بشرية من متطلبات أخلاقية وقانونية وتنظيمية تفرضها بلادهم، وذلك إلى جانب المتطلبات الدولية. على ألا يؤدي أي من المتطلبات المحلية إلى المساس بأي إجراء من إجراءات حماية العينات البشرية التي ينص عليها هذا الإعلان.

المبادئ الأساسية للأبحاث الطبية كافة

- يجب على الطبيب القائم بالبحث الطبي أن يوفر للعينة البشرية موضع تجاربه الحماية الكاملة لحياة الشخص والحفاظ على صحته وخصوصيته وكرامته.
- ينبغي أن يتوافق البحث العلمي الذي يستخدم عينات بشرية مع المبادئ العلمية السائدة بصفة عامة، وأن يقوم على معرفة تامة بالأدبيات العلمية وغيرها من مصادر المعلومات ذات الصلة، وكذلك على تجارب معملية سابقة وغيرها من تجارب اقتضى الأمر إجراءها على الحيوانات.
- ينبغي للباحثين توخي الحذر فيما يتعلق بتأثير أبحاثهم في البيئة المحيطة، كما يجب عليهم توفير الرعاية اللازمة لحيوانات تجاربهم.
- إن كل إجراء تجريبي يشمل استخدام عناصر بشرية يجب أن يُسجل في وثيقة مبدئية من حيث تخطيطه وخطوات تنفيذه بلغة شديدة الوضوح، ثم تُحال هذه الوثيقة إلى لجنة خاصة بالمعايير الأخلاقية لا سلطان عليها من الباحث أو راعي البحث أو غيرهما، حيث ينظر أعضاء اللجنة في هذه الوثيقة ويتناولونها بالمناقشة والتعليق والإرشاد وحتى الموافقة في الحالات التي تستوجب ذلك. ويتم ذلك وفق القوانين واللوائح الخاصة بالدولة من محاولات لتطبيق خطوات البحث. ويتعين على الباحث أن يزود أعضاء اللجنة أولًا، فأول بالمعلومات اللازمة لهذه المتابعة، خاصة إذا وقعت أحداث معاكسة تتسم بالخطورة. كما يتعين على الباحث أن يقدم إلى اللجنة كل المعلومات المتعلقة بالتمويل والرعاة والمؤسسات التي ينتسبون إليها، وأي ظروف قد تتمخض عن تضارب في المصالح، كما يجب بيان الوسائل المستخدمة لحفز العينات البشرية على الخضوع لتجارب البحث.

- يجب أن يتضمن بروتوكول البحث إشارة إلى الاعتبارات الأخلاقية التي ينطوي عليها البحث، وكذلك ما يفيد بالإذعان التام للمبادئ التي ينص عليها هذا الإعلان.
- إن الأبحاث الطبية التي تستخدم عيناتٍ بشرية في تجاربها لا ينبغي أن يتولاها إلا أشخاص مؤهلون علميًا يقومون بعملهم تحت إشراف شخصية طبية تتميز بكفاءة سريرية؛ إذ إن مسؤولية الحفاظ على سلامة العينة البشرية تقع دائمًا على عاتق الشخصية المؤهلة طبيًا ولا تقع مطلقًا على من يخضع للتجربة حتى وإن كان قد أعطى موافقته على ذلك.
- كل مشروع بحثي طبي يتضمن إجراء تجارب على عناصر بشرية يجب التمهيد له بتقييم دقيق يتنبأ بمخاطره وأعبائه، ويقارن ذلك بالفوائد المرتقبة التي قد تعود على الخاضعين لتجاربه أو على غيرهم. وهذا لا يمنع أن يشارك متطوعون أصحاء في تجارب الأبحاث الطبية. وفي جميع الأحوال ينبغي أن يكون تصميم أي مشروع بحثي معلنًا، وفي متناول من يرغب في الاطلاع عليه.
- يتعين على الأطباء الامتناع عن الانخراط في أبحاث تستخدم عينات بشرية ما لم يكونوا على ثقة تامة بأن المخاطر التي ينطوي عليها البحث قد خضعت لتقييم وافٍ وتبين إمكانية مجابهتها بشكل يرضي ضمائرهم. كما ينبغي عليهم التوقف عن استكمال أي بحث إذا تيقنوا من أن مخاطره تفوق فوائده المرجوة، أو إذا لم يكن هناك دليل حاسم على أن البحث سوف يتوصل إلى نتائج إيجابية ومفيدة.
- لا ينبغي مباشرة العمل في أي بحث طبي يستخدم عينات بشرية ما لم يتأكد أن الهدف من ورائه يفوق في أهميته المخاطر والأعباء التي تكمن فيه لمن يخضع لتجاربه. وينطبق ذلك بصفة خاصة على الأبحاث التي يتم إجراؤها على متطوعين أصحاء.
- لا يبرر القيام بإجراء أي بحث طبي سوى احتمال أن يتوصل إلى نتائج تفيد الناس في الدولة التي يتم فيها هذا البحث.
- ينبغي أن تكون العينات البشرية من المتطوعين ويشاركون في مشروع البحث عن دراية ومعرفة به.

- يجب احترام حق المشاركين فـي البحث والحفـاظ على سلامتهم. كما يجب اتخاذ الاحتياطات كافة لضمان خصوصية كل منهم وسرية المعلومات عنه والحد الأدنى من تأثير الدراسة في حالته الجسمانية والنفسية وتماسك شخصيته.

- في أي بحث يتطلب استخدام عينات بشرية يجب إحاطة المرشحين للخضوع لتجاربه إحاطة كافية بكل المعلومات الضرورية عن أهدافه، وطريقة تنفيذه ومصادر تمويله وأي احتمالات لوقوع ما يتضارب مع مصالحه، والمعاهد العلمية التي يتبعها الباحث والفوائد المرتقبة لهذا البحث، وكذلك ما قد ينجم عنه من مخاطر ومتاعب. كما ينبغي إحاطة المتطوع علمًا بحقه في الامتناع عن المشاركة في الدراسة أو سحب موافقته على المشاركة في أي وقت دون أن يكلفه ذلك أي استحقاقات. وبعد أن يتأكد الطبيب الباحث أن المتطوع قد استوعب تمامًا كل هذه المعلومات عليه أن يسعى للحصول على موافقة صريحة منه صادرة عن إرادة حرة بالاشتراك في البحث، ويُفضل أن تكون هذه الموافقة كتابية. أما إذا كانت شفهية وجب أن تكون مسجلة وفي حضور شهود.

- عند الحصول على موافقة المتطوع على الاشتراك في تجارب البحث يجب أن يكون الباحث منتبهًا للظروف المحيطة بهذه الموافقة، فقد يكون المتطوع معتمدًا على الباحث اقتصاديًا بشكل ما، أو قد يكون مضطرًا إلى هذه الموافقة نتيجة ظروف قاهرة. وفي هذه الحالة ينبغي أن يتصدى للحصول على الموافقة الصريحة طبيب على دراية تامة بأمور البحث العلمي لا يكون طرفًا في مشروع البحث موضوع الموافقة، ولا تربطه بالباحث أي روابط اقتصادية أو مصالح نفعية.

- في الحالات التي يكون فيها الشخص المراد إشراكه في تجارب البحث فاقدًا للأهلية القانونية أو عاجزًا عن إبداء موافقته لأسباب جسمانية أو عقلية أو حدثًا لم يبلغ السن القانونية، ينبغي على الباحث أن يسعى للحصول على موافقة اشتراكه من شخص مخول بأن يمثله، أو ينوب عنه وفق القوانين المعمول بها.

وبصفة عامة لا يجب إشراك مثل تلك الحالات في أي بحث إلا إذا كان بهدف التوصل إلى علاج أو نتائج نافعة لها، بينما لا يمكن إجراؤه على أشخاص ذوي أهلية قانونية.

- قد يكون المتطوع غير مؤهل قانونيًا في نظر الباحث، كأن يكون طفلًا أو حدثًا، إلا أنه يستطيع أن يبدي قبولًا لقرار اشتراكه في البحث. وفي هذه الحالة على الباحث أن يسعى للحصول على هذا القبول، إضافة إلى الموافقة القانونية من الشخص المخول بتمثيل مثل هذا المتطوع.

- أي بحث طبي يراد إجراؤه على أشخاص يعجزون عن منح موافقة واعية على الاشتراك في تجاربه، بما في ذلك حالات الموافقة عن طريق وكيل أو ممثل قانوني لا يجب الشروع فيه إلا إذا كانت الحالة الجسمانية أو العقلية التي تقف حائلًا دون هذه الموافقة هي الصفة المميزة لعينات البحث. وهنا ينبغي أن يتضمن بروتوكول البحث الأسباب المحددة التي تجعل هؤلاء المشاركين غير قادرين على إعطاء موافقة مسؤولة حتى يتسنى لأعضاء لجنة المعايير الأخلاقية النظر فيها والتصديق عليها. كما يجب أن يذكر البروتوكول أن الموافقة على الاستمرار في الخضوع لتجارب البحث ينبغي الحصول عليها بأسرع ما يمكن من الفرد نفسه، أو ممن ينوب عنه قانونيًا.

- تقع المسؤولية الأخلاقية عن الأبحاث العلمية على عاتق مؤلفيها وناشريها على حدٍّ سواء. وفيما يختص بنتائج البحث يجب أن يلتزم الباحثون بالدقة التامة وعدم الاقتصار على نشر النتائج الإيجابية، حيث ينبغي نشر النتائج السلبية كذلك، أو جعلها في متناول الجميع. كما يجب أن يتضمن النشر كل المعلومات اللازمة عن مصادر تمويل البحث والمعاهد التي يتبعها الباحث، وأي تضارب محتمل في المصالح قد يؤثر في نتائج هذا البحث، وعلى الناشر ألا يقبل أي تقارير عن تجارب البحث لا تتوافق مع المبادئ التي وضعها هذا الإعلان.

مبادئ إضافية لحالات الجمع بين البحث الطبي والعلاج

- للطبيب أن يجمع في علاج مرضاه بين البحث الطبي وبرنامج هذا العلاج إذا كان للبحث ما يبرره من حيث إسهامه المرتقب في مجال الوقاية أو التشخيص أو العلاج. وفي مثل هذه الحالات، ينبغي مراعاة معايير إضافية تستهدف حماية المرضى الذين يصبحون بذلك عينات بشرية تجرى عليهم تجارب البحث.

- عند التوصل إلى طريقة جديدة للوقاية أو التشخيص أو العلاج يجب أن يوضع ما لها من فوائد ومخاطر وأعباء وفعالية موضع الاختبار، حيث تتبع مجموعة البحث الطريقة الجديدة، بينما تتبع المجموعة الضابطة أفضل الطرق المستخدمة حتى ذلك الوقت، ثم تتم مقارنة النتائج. أما عندما لا توجد طريقة معروفة للمقارنة مع الطريقة الجديدة فلا مانع من استخدام أسلوب اللاعلاج، وذلك بأن تتناول المجموعة الضابطة دواء عديم الأثر.

- وعند نهاية الدراسة يجب أن تكون طريق الوقاية، والتشخيص، والعلاج التي أثبتها البحث وأقام عليها الدلائل العلمية الكافية في متناول المرضى الذين أُجريت عليهم تجارب هذا البحث.

- على الطبيب أن يحيط مريضه علمًا بجوانب برنامجه العلاجي التي سوف تصبح موضعًا للبحث. ولا ينبغي أن تتأثر علاقة الطبيب بمريضه مطلقًا إذا رفض المريض أن يكون جزءًا من هذا البحث.

- عندما يكون الطبيب بصدد مداواة مريض من حالة ما لا توجد لها طرق مؤكدة للوقاية والتشخيص والعلاج، أو أن الطرق المتبعة ليست فعّالة يحق له بعد أخذ موافقة المريض أن يتخذ تدابير لم تثبت جدواها بعد، أو أخرى جديدة إذا كان يأمل من وراء ذلك أن ينقذ حياة مريضه، أو يساعده على استرداد صحته، أو يخفف من آلامه. ومثل هذه التدابير جديرة بأن تصبح غاية البحث العلمي كلما

أمكن ذلك، حيث يمكن تقويم مدى سلامتها وفعاليتها. وفي جميع الأحوال ينبغي تسجيل كل ما يمكن التوصل إليه من معلومات إلى أن تتهيأ الظروف لنشرها. وينبغي اتباع التعليمات الأخرى ذات الصلة كما وردت في هذا الإعلان.

المراجعات التي تمت على إعلان هلسنكي الصادر عن النقابة الدولية للأطباء

اعتمد الإعلان في شهر يونيو 1964م في العاصمة الفنلندية هلسنكي وخضع منذ ذلك الحين لسبع مراجعات، ويُعدُّ الإعلان وثيقة مهمة في تاريخ أخلاقيات البحث، إذ يُعتبر أول جهد كبير من جانب المجتمع الطبي لتنظيم البحوث، ويشكل الأساس لمعظم الوثائق اللاحقة.

وفي هذا الإعلان أُعيد تأكيد موقف النقابة الدولية للأطباء من التجارب على البشر، وهو أن الباحث يجب أن يتحرى منتهى الدقة والحرص عند تطبيقه لمناهج المعالجة، وأن استخدام هذه المناهج يجب بصفة عامة أن يقتصر على حالات معينة وخصوصًا الحالات التي لا يوجد لها علاج مؤكد؛ فقد يكون استخدام منهج اللاعلاج مقبولًا من الناحية الأخلاقية على الرغم من توفر وسائل علاجية مؤكدة، وذلك في ظل الظروف الآتية:

- عندما تقتضي الضرورة استخدام هذا المنهج لأسباب منهجية سليمة علميًا ولا مفر منها لتحديد مدى فعالية وسلامة طريقة معينة للوقاية، أو التشخيص، أو العلاج.
- عندما يجري الباحث دراسة على طريقة معينة للوقاية، أو التشخيص، أو العلاج لحالة مرضية بسيطة على ألا يتعرض المرضى الذين يتناولون أدوية شكلية إلى مزيد من المخاطر قد تنجم عنها أضرار خطيرة لا براء منها.

هذا، ويجب الالتزام بكل الشروط الأخرى الواردة في إعلان هلسنكي، خاصة تلك التي تتعلق بالحاجة إلى إعادة النظر في أمور البحث الطبي من الناحيتين العلمية والأخلاقية.

الفصل السابع

الأخطاء الطبية والمسؤولية الطبية

يُعرَّف الخطأ الطبي بأنه: الإخلال بالالتزامات الخاصة التي تفرضها مهنة الطب دون قصد الإضرار بالغير، ويؤدي هذا الإخلال إلى ترك ما يجب فعله، أو فعل ما يجب الإمساك عنه [307].

أنواع الأخطاء الطبية [308]:

أولاً ـ الخطأ الطبي الهيكلي

وهو الخطأ الخارج عن نطاق المهنة وأصولها الفنية، والناجم عن سلوك إنساني مجرد ومن ذلك: سوء التشخيص، والإهمال، وعدم التوفيق في الملاحظة في أثناء المعالجة أو الإجراء الطبي، والإسراع وعدم التأني في معالجة المريض الطارئ، أو عمل الطبيب والعلاج خارج اختصاصه، واستعمال الطبيب للآلات والأجهزة التي ليس لديه خبرة كامنة في استعمالها.

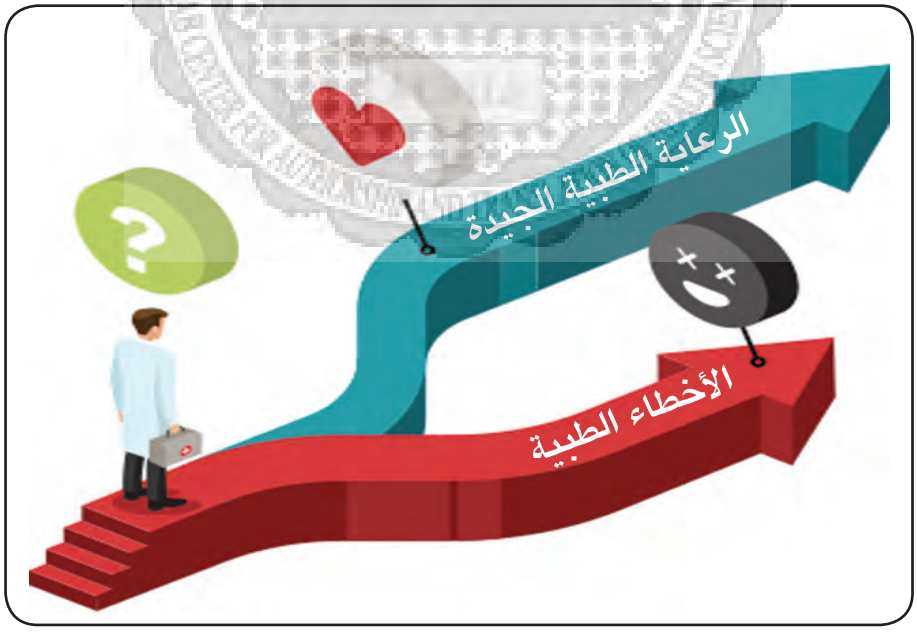
ثانيًا ـ الخطأ الطبي اللوجستي

وترجع أسبابه إلى افتقار المركز الصحي الذي يعمل فيه الطبيب إلى وسائل ومعدات وأجهزة طبية متطورة تساعده على حسن الأداء وسلامة التشخيص والإقلال من الأخطاء.

ثالثًا ـ الخطأ العمد

- قيام الطبيب بإجراء عملية جراحية محظورة تفضي إلى هلاك المريض، أو إتلاف أحد أعضائه، علمًا بأن المعالجة المحظورة هي ما لا تقرها أصول مهنة الطب ولا يقرها أهل العلم بفن الطب.

- أن يُعطى المريض دواء سامًا بقصد إهلاكه أو الإضرار به.
- الإقدام على إجراءات طبية للمريض دون موافقته المستنيرة ودون أن يكون مأذونًا له من ولي الأمر (الترخيص).
- رفض الطبيب معالجة المريض في حالة الضرورة، كأن يكون المريض في حالة خطرة تستدعي التدخل الطبي السريع إذا لم يكن هناك طبيب آخر يمكنه القيام بذلك.
- الإقدام على ما يُسمى بقتل الشفقة، أو القتل الرحيم.
- تأخر الطبيب عن الحضور لإسعاف المريض الذي يعاني حالة خطرة، دون عذر مقبول؛ مما تسبب في هلاك المريض، أو تفاقم حالته الصحية.
- إفشاء سر المريض إلا في الحالات المحددة التي يقرها القانون.
- انقطاع الطبيب عن متابعة مريضه الذي يحتاج إلى المتابعة، وذلك دون إبلاغه ودون توفير بديل مناسب له في أثناء غيابه[309].



الطبيب يقع عليه في أغلب الأحيان مسؤولية الخطأ الطبي.

وسائل إثبات الخطأ الطبي

- الإقرار من الطبيب نفسه بخطئه، أو التحقق من إقدامه على الإجراءات غير المعتبرة طبيًا.
- شهادة شاهدي عدل من أهل الاختصاص بما يثبت تقصيره أو تفريطه عما كان يجب العمل به بمقتضى أصول المهنة.
- تقرير الخبراء الفنيين من أصحاب المهنة وفي التخصص نفسه.
- تقرير الطب الشرعي حول الخطأ.
- التقارير الطبية المثبتة لوصفاته والمذيل بتوقيعه [310].

فإن كان الطبيب من أهل الطب المشهود لهم به، فإنه إن لم يقصر في عمله فلا ضمان عليه اتفاقًا، كما نقله غير واحد من أهل العلم، فقد نقل الإجماع في ذلك "ابن المنذر" كما حكاه الخطيب الشربيني في المفتي [311]. كما استشهد في الموضوع عدد من الفقهاء، منهم، "ابن حجر الهيميني الشافعي" [312]. وكذلك شرط ابن قدامة الحنبلي لذلك شرطين:

الأول: أن يكونوا ذوي حذق في صناعتهم، ولهم فيها مهارة ومعرفة.

الثاني: ألا تجني أيديهم، فيتجاوزوا ما يتبقى أن يُقطع، فإن توافر هذان الشرطان لم يضمنوا قطعًا؛ لأنهم قطعوا منطقًا مأذون فيه، فلم يضمنوا [313].

أمثلة لبعض قواعد الأخلاق الطبية في أثناء الممارسة لتجنُّب الخطأ الطبي

أولاً ـ بالنسبة لمسؤولية أطباء أمراض النساء والتوليد

- ضرورة توفير طرف ثالث لحضور الكشف على المريضة سواء المرضة أو زوجها أو أحد من طرفها توافق هي عليه احترازًا من أي ادعاءات.

- ضرورة الحفاظ على سريتها خاصة في الحالات التي قد تكون وراءها مشكلة، مثل إذا كان الجنين نتاج زنى، ولا يعرف أحد بهذه المشكلة. وفي هذه الحالة يجد الطبيب نفسه أمام موقف حرج.
- وصول حالات نزف مهبلي، ويحتاج إلى تدخل سريع، وقد تكون المريضة في حالة صحية لا تسمح بأخذ الموافقة الحرة المستنيرة، ولا يوجد معها أحد، وتحتاج إلى تدخل سريع.
- طلبات الإجهاض، خاصة أنه محرم في دولنا الإسلامية إلا بشروط أجازتها الشريعة.
- بعض الزملاء لا يراعون احترام المريضة وكرامتها مهما كانت صفتها، أو وضعها الاجتماعي خاصة في حالات الطوارئ.
- يجب على الهيئة الطبية مساعدة غير القادرين على الموافقة المسبقة.

ثانيًا ـ بالنسبة للأمراض النفسية

ـ يختلف المرض النفسي عن غيره من الأمراض لتأثيره في وظائف مهمة مثل: الوعي، والإدراك، والتمييز، والتفكير، والإدراك، والحكم على الأمور والاستيعاب، والقدرة على اتخاذ القرار، وهذا يستدعي من الأسرة وأحيانًا من المجتمع اتخاذ بعض الإجراءات بهدف توفير الرعاية التي تصل إلى حد الاستبداد من جانب الأصل، وهذا يؤثر في حق المريض كإنسان، وهنا يأتي دور الأطباء لصيانة حقوق هؤلاء المرضى. وقد يحدث عكس ذلك فيتعرض المريض للإهمال أو النبذ أو الوهم أو الإيذاء.

ـ بناءً على هذه الطبيعة الخاصة للمرضى النفسيين وما يترتب عليه من سلوكيات كان لزامًا أن يكون لهؤلاء المرضى حقوق خاصة، وأن تكون لهم رعاية خاصة، وأن يعاملوا على قاعدة العفو، والعلاج، والحماية، والرعاية، وليس العقاب، والوصاية والإخلال بأيٍّ من بنود الرعاية؛ فتؤدي إلى خطأ يرتكبه الطبيب.

ـ الدخول الإداري: دخول المريض إحدى منشآت الصحة النفسية بناءً على موافقته الصريحة المبنية على إرادة حرة مستنيرة.

ـ يجوز للطبيب النفسي المسؤول، أو من ينوب عنه بناءً على تقييم نفسي أن يمنع مريضه الذي دخل إداريًا من مغادرة المنشأة، وله مدة لا تتجاوز 72 ساعة في أي من الحالتين الآتيتين:

- إذا رأي أن خروجه يشكل احتمالاً جديًا لحدوث أذى فوري، أو وشيك على سلامته، أو صحته، أو حياته (سلامة، أو صحة) أو حياة الآخرين.
- إذا رأى أنه غير قادر على رعاية نفسه بسبب نوع أو شدة المرض النفسي.

ـ حجز القاصر: يجوز لأي من الوالدين أو الوصي، أو القيم تقديم طلب لفحص المريض النفسي القاصر الأهلية.

ـ لا يجوز إدخال أي شخص إلزاميًا للعلاج بإحدى المنشآت للصحة النفسية إلا بموافقة طبيب مختص في الطب النفسي إلا بشروط خاصة يكفلها له القانون.

حقوق المريض النفسي

حددت الشريعة والقوانين المدنية عديدًا من الحقوق للمرضى النفسيين، منها: بذل الجهد والعناية تجاهه، وحظر تقييد حريته إلا إذا كان يقتضي ذلك، وبالطرق الرحيمة: حفظ أسراره، وأخذ موافقته أو موافقة وصيه على الدخول للعلاج إذا كانت حالته تسمح بذلك، ويجب أن يحصل على العلاج المقدم له طبقًا للمعايير الطبية المرعية والمعترف بها في الأوساط العلمية لحماية خصوصياته، وله الحق في التظلم من أي إجراء، وتمكينه من مقابلة زائره إذا سمحت حالته الصحية والنفسية، وأن يلقى رعاية كاملة ومعاملة حسنة ورحيمة تمكِّنُه من مقابلة محاميه إذا كان متهمًا بعمل غير قانوني، كما يمكنه الخروج من مكان العلاج دون مصاحبة أحد من ذويه إذا كانت حالته الصحية تؤهله لهذا، وأيضًا حمايته من الاستغلال الاقتصادي، ومن الإيذاء الجسدي والنفسي.

مسؤولية الطبيب النفسي تجاه المريض النفسي

- المحافظة على أسراره، وعدم البوح بها إلا في الحالات التي نص عليها القانون.
- الدخول الإلزامي للمريض الذي يرفض العلاج.

أي يعني ذلك: أن أي إهمال أو غض النظر عن أي بند من البنود السابقة من الطبيب يُعتبر خطأ قد يؤدي إلى عواقب وخيمة على المريض، أو أسرته، وذويه.

وفي حالة الزوجين إذا كان أحدهما مصابًا بمرض نفسي، وطلب الشريك المصاب بعدم إخطار الطرف الآخر، فلا يستطيع الطبيب فعل ذلك إذا كان هذا سيؤدي إلى الأذى بالطرف السليم إذا لم يعرف، وعلى الطبيب أن:

- يختار الأسلوب الأمثل لإخطار الطرف الآخر، حرصًا على مصلحة الطرفين.
- إذا تقدم أي من الطرفين بطلب الطلاق فقد لا يُطلب من الطبيب تقديم شهادته لأي من الطرفين، ولكن إذا طلبت المحكمة الإدلاء بشهادة الطبيب فيجب تلبية طلبها.
- في حال علاج عدد من أفراد الأسرة الواحدة، آباء، وأبناء، فموضوع السرية قد يصبح غاية في التعقيد لوجود مزيج من المسؤوليات تجاه أفراد مختلفين من أسرة واحدة.

- إذا كان المريض النفسي يخضع للعلاج الجماعي مع زملاء المرضى الذين يعانون مرضًا نفسيًا فعند ذلك فإن قاعدة السرية غير مضمونة؛ لأن قانون السرية لا ينطبق عليهم.
- يجب عدم عرض صور المرضى النفسيين في حلقات النقاش أو العلاج.

مسؤولية الأطباء في فريق العمل

في وقتنا الحاضر وأمام التقدم المذهل في العلوم عامةً والطب خاصة وسيطرة الآلة الحديثة التي استطاعت أن تكون وسيلة مختارة للمساعدة على التشخيص، ليس هذا فحسب، ولكن حدث تطور هائل آخر في مجال التحاليل الطبية. ومن هذا المنطلق فإن الطبيب لم يَعُد كما كان في السابق يعتمد على علمه وخبرته في التشخيص وكتابة

الدواء بل أيضًا من فريق آخر معه، والمفروض أن يكون بينهم تناغم وتواصل للوصول إلى أحسن النتائج، لكن الأمر لم يخل من مشكلات، فأي خطأ في أي من الفرق السابقة قد يقود الطبيب إلى طريق لا يعرف مداه إلا الله. وعلى الجانب الآخر فإذا كان الطبيب يعمل في عيادته الخاصة قد يجد نفسه أمام أمر مشكوك فيه من ناحية التشخيص، ولا تأخذه العزة ولا يتصل بزميل آخر يساعده ـ بعد المناقشات سويًا ـ إلى أن يصلا إلى رأي موحد، أما إذا كان يعمل في أحد المستشفيات فالأمر أكثر سهولة ويسر؛ فأمامه عديد من التخصصات المختلفة في وقت واحد في أثناء إجراء العملية الجراحية، ويساعد الجميع مجموعةٌ أخرى مساعدة من أطباء في التخصص نفسه أو أقل، وآخرون يتدربون، وفريق ثالث لا يقل أهمية عن جميع التخصصات المختلفة من الهيئة التمريضية بتخصصاتهم المختلفة.

كيفية تجنُّب حدوث الأخطاء الطبية

ولنجاح فريق العمل الصحي، فإن ذلك يتطلب على المستوى المهني الآتي:

- أن يعترف الزملاء جميعًا أن فوق كل ذي علمٍ عليم، ومَن تواضَع لله رفعه.
- أن تقوم العلاقات الشخصية والمهنية على أساس أن الجميع خاضع لتوفيق الله، ولا يقول أحدهم: «إني أوتيته على علمٍ عندي».
- أن يكون الهدف الرئيسي هو سلامة المريض وفاعلية العلاج بأقل خسائر ممكنة، وأن يبذل الجميع جهده مخلصًا، ولا هدف له سوى حُسبةٍ لله سبحانه وتعالى.

أما على المستوى الأخلاقي فإن ذلك يتطلب ما يأتي:

- في حالة كانت المريضة أنثى، فيجب الالتزام بالأخلاق الإسلامية بضرورة وجود طرف ثالث في أثناء الكشف عليها.
- أن يتعرض الطبيب إلى المَواطن التي يحتاج الكشف عليها فقط دون زيادة.
- ألا يقف الطبيب عند حدود قدراته، بل عليه أن يسعى إلى من هم أكثر تاهيلًا وخبرة من أساتذته واستشارتهم بالأفضل للمرضى.

- على الطبيب أن يتحلى بروح العمل الجماعي؛ مما قد يحتاج إلى توجيه بعض النقد الحقيقي، وليس تخليصًا لأهدافهم أو تصفيات، ففي الحديث الشريف: «كل ابن آدم خطّاء وخير الخطائين التوابون» (حديث حسن صحيح، رواه ابن ماجة والترمذي).

الإستراتيجيات اللازمة لتجنب أسباب الخطأ الطبي.

- من حق المريض أن يطلب أن يشترك مع طبيبة أو طبيب آخر، فعليه الاستجابة، ولا يوغر ذلك صدره.

- أن يتوفر أو يوجد بنفسه في التدخل سواءٌ أكان جراحيًا أو غيره؛ مما يعود على المريض بفائدة كبيرة، وإذا خُيِّر بين أمرين عليه أن يختار أقلهما ضررًا.

- أن يلتزم بالقواعد الأخلاقية من أخذ الموافقة الحرة المستنيرة دون إكراه أو تهديد، وأن يحفظ سر المريض أو المريضة وخصوصياته ... إلى غير ذلك مما ذكر.

- إذا كان المريض قاصرًا فعليه أن يستنير برأيه، ويأخذه بعين الاعتبار، ويشرك وليه للحصول على الموافقة.

مسؤولية الطبيب عن أخطاء الفريق

إذا استبعدنا التقصير اللوجيستي للمستشفى فإن علاقة الطبيب (وخاصة الجرّاح) في المستشفى العام وأعضاء الفريق الطبي العاملين معه علاقة زمالة لا تبعية؛ لذلك فإن الطبيب لا يُسأل جنائيًا عن فعل ما يقوم به أحد مساعديه من الفريق الطبي، إلا إذا أمكن أن يُنسب إلى الطبيب نفسه الخطأ دون أي منهم. إذا لم يكن أيٌّ من هؤلاء إلا منفذًا لأوامر الطبيب، ولم يصدر من أيٍّ منهم أي خطأ، ولا يتعلق هذا بالمستشفيات التابعة لوزارة الصحة فقط.

وإذا ما دخل المريض أي مستشفى من المستشفيات العادية فيجد نفسه أمام طبيب لم يختره ليتولى العلاج، بل عندما يتعامل مع هذا الطبيب لا يتعامل معه بصفته الشخصية، بل بصفته موظفًا يعمل في مرفق عام، ومن هذا المنطلق فإن العلاقة بين الطبيب والمريض لا يمكن اعتبارها تعاقدية بل تقصيرية، فإذا ما كلَّف الطبيب المسؤول شخصًا غير مؤهل للعمل يتحمل الطبيب المسؤول مسؤولية هذا الشخص.

ولا تقتصر المسؤولية الجنائية للطبيب عن مساعديه، ولا تقتصر فقط على المساعد غير الكفء أو بسبب التقصير والإشراف، وإنما تكون في إطار المسؤولية المشتركة، ولو كان المساعد مختصًا بالعمل المسند إليه كما هو الشأن بالنسبة لطبيب التخدير، أما إذا جاء الخطأ من أحد مساعديه، فالطبيب الرئيسي لا يُسأل عن خطأ غيره.

الأصل في الشريعة هو شخصية المسؤولية، فلا يُسأل الإنسان عن فعل غيره ﴿كُلُّ نَفْسٍ بِمَا كَسَبَتْ رَهِينَةٌ ﴿٣٨﴾﴾ (سورة المدثر: الآية 38) ﴿وَلَا تَزِرُ وَازِرَةٌ وِزْرَ أُخْرَىٰ ﴿١٨﴾﴾ (سورة فاطر: الآية 18) وإنما يؤاخذ الإنسان بعمله هو لا بعمل غيره، فلهذا لا يُعَدُّ الطبيب مسؤولًا عن فعل معاونيه إلا إذا أخطأ في توجيههم، أو قصَّر في الرقابة عليهم، أو في اختيارهم إذا كان له حق الاختيار.

وعلى الطبيب أو الفريق بذل الجهد الكامل والعناية الفائقة بالمريض ومداواته حسبما تقتضيه أصول مهنة الطب المتعارف عليها فـي الزمـان والمكان وحسـب الإمكانيات المتاحة.

ما قبل العمل الطبي

- على الطبيب أن يتخذ الإجراءات اللازمة والواجب توافرها حسب اللوائح والنظم مثل: الحصول على الإذن الحر المستنير من المريض، أو وليه بعد إعلامه بكل جوانب العملية من فوائد واحتمالات للأعراض الجانبية ونسبة النجاح من الفشل وإجراء الفحوص، والإشاعات اللازمة والتي يحتاج إليها المريض في مثل حالته.
- ينبغي على الطبيب إخطار المريض بالتعليمات اللازمة التي يجب أن يتخذها قبل إجراء العملية، وأيضًا على الطبيب المشرف تحويل المريض إلى الاستشاريين الآخرين الذين يعتقد أن لهم دورًا في نجاح العملية مثل التخدير وغير ذلك، أما إذا كان الطبيب لا يوجد أحد غيره في نطاق المستشفى فعليه بذل الجهد الكافي لنجاح العملية.
- يسأل الطبيب والفريق الطبي عن الأضرار الناتجة عن الخطأ الذي فيه مخالفة لأصول المهنة. في بعض الأحيان تحتاج العملية الجراحية إلى عدد من المستشارين، فإذا ما وقع خطأ طبي فإن فريق الجرّاحين يتحملون المسؤولية بصفة جماعية.

أمثلة لبعض الأخطاء الطبية

الأخطاء الأكثر شيوعًا في مجال التخدير

- عدم تقييم ممر الهواء لدى المريض بصورة صحيحة؛ مما يؤدي إلى صعوبة في إدخال الأنبوبة الحنجرية، ونقص الأكسجين الذي قد يؤدي إلى الوفاة.
- عدم التدخل السريع في الحالات الحرجة مثل: توقف عضلة القلب، وعدم بدء الإنعاش القلبي الرئوي في التوقيت المناسب وبالطرق الصحيحة؛ مما يؤدي إلى تلف خلايا المخ.

- إعطاء جرعة من المخدر زائدة عن وزن المريض.
- ترك طبيب التخدير غرفة التخدير وانشغاله بأكثر من غرفة عمليات، وعدم مراقبة المريض في أثناء العملية.
- عدم إرشاد المرضى للاستعداد للعملية بعدم الأكل، أو الشرب ونُفاجأ جميعًا بقيئ المريض في أثناء العملية.
- التخدير بمواد تؤثر في الكبد؛ مما يؤدي إلى فشل الكبد.
- ترك المريض في غرفة الإفاقة دون مراقبة طبية ووجود إفرازات داخل مجرى التنفس؛ مما يؤدي إلى اختناق المريض وعدم وصول الأكسجين للمخ؛ مما يودي بحياة المريض.

أمثلة للأخطاء الطبية نتيجة الأدوية

- عدم التأكد من الدواء قبل إعطائه للمريض.
- عدم عمل اختبارات حساسية لأدوية معينة؛ مما يتسبب في الوفاة مثل إعطاء الأمينوفلين في الوريد بسرعة.

أمثلة الأخطاء الطبية في الجراحة

- إجراء العملية دون إذن حر مستنير من المريض إذا كان في حالة وعي كامل، وله القدرة على الفهم، والإدراك، واتخاذ القرار.
- عدم التأكد من شخصية المريض وإجراء العملية لمريض آخر.
- عدم التأكد من المرض الذي يعانيه المريض، ومراجعة التشخيص قبل بدء العملية.
- استخدام غاز ثاني أكسيد الكربون بضغطٍ عالٍ في أثناء عمليات المناظير الجراحية؛ مما يؤدي إلى هبوط في ضغط الدم.
- ربط أحد الشرايين بدلًا من الوريد في أثناء العملية؛ مما يؤدي إلى ضمور في الجزء المصاب وحدوث مضاعفات جسيمة.

- قطع العصب أو شريان بالخطأ دون إصلاحه؛ مما يؤدي إلى فقد وظيفة العضو.
- ترك الفوط أو آلة داخل البطن؛ مما يتسبب في حدوث تسمم بالدم ومضاعفات بسبب الإهمال.
- حدوث خطأ في أثناء إجراء جراحة تجميلية مثل: استئصال الحاجز الأنفي؛ مما يؤدي إلى عدم دخول الهواء بكميات كافية ويؤثر في وظيفة العضو أو الخطأ في الجفن أو تصغير الأنف.. إلى غير ذلك.
- قد تؤدي الجراحة التجميلية في الوجه إلى شلل في العصب مثل: عمليات الوجه والفكين، وتركيب شرائح أو مسامير بجوار عصب الوجه؛ مما يؤدي إلى شلله وفقدان وظيفته.
- استخدام مانع النزف بضغط أعلى من المطلوب يؤدي إلى شلل في العصب.
- حقن مادة البوتكس وهي مادة سامة تؤدي إلى ارتخاء دائم في عضلات الوجه.

مسؤولية المنشأة الصحية

- تتحمل المستشفيات الحكومية والأهلية المسؤولية عن الأشخاص العاملين بها من أطباء وممرضين، ومخدرين وغيرهم، والأصل في ذلك حديثه صلى الله عليه وسلم: «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته» متفق عليه (أخرجه البخاري ومسلم). فالمطلوب من المستشفى السعي بتجهيزها بكل ما تحتاج إليه من أماكن حسب المواصفات الخاصة بها وتوفير أجهزة حديثة لتسهيل عمل الجرَّاح، وعليها مراقبة الأطباء واختيار الأكفاء منهم وتوجيههم، فإنها تكون مسؤولة عن الأضرار التي تقع للمريض نتيجة ذلك.
- العقد الذي يربط بين المريض والمستشفى سواءٌ أكان موثقًا كتابيًا أو غير موثق، يُحمِّل المستشفى ما يقع للمريض من أضرار.
- إذا كان المرفق الصحي يعاني نقصًا في المواد الطبيعية الضرورية في حالات الجراحة مثل: الدم، ووقع خطأ بسبب هذا النقص، فإن المستشفى يتحمل الضرر، إضافة إلى الطبيب الذي وقع منه الخطأ.

- يجب على الطبيب أن يحصل على ترخيص بمزاولة المهنة كلٍّ حسب درجته العلمية؛ فالطبيب العام ليس مثل الطبيب الاستشاري المتخصص.

التأمين ضد الأخطاء الطبية

التأمين ضد الأخطاء الطبية هو برنامج يغطي المخاطر والمسؤولية تجاه الغير التي قد تنتج بفعل خطأ أو سهو لممارسي المهن الطبية؛ مما قد يُسفر عن إصابات جسمية، ونفقات طبية وأضرار، فضلًا عن تكلفة الدفاع عن الدعاوي المتعلقة بهذه المطالبات وفق الشروط الموضحة في وثيقة التأمين.

إذ لولا التأمين لأثروا السلامة من المساءلة ورجحوا الموقف السلبي على الموقف الإيجابي، وهذا الترجيح ليس في صالح المرضى، فالطبيب بين أمرين:

ـ إما أن يؤثر السلامة فيحتاط في غير محل الحيطة.

ـ أو أن يقوم على تقديم الخدمة الطبية بوعي حتى ولو نشأ عن عمله خطأ غير مقصود، بل حتى في حال الموقف السلبي قد يؤاخذ الطبيب عن ترك القيام بما يجب فعله.

وعليه فإنه في الحالتين محتاج لمن يؤازره حين وقوع الخطر ألا وهو التأمين [314].

ومما لا شك فيه أن التأمين على الأخطاء الطبية يحقق الجرأة لدى الطبيب، فيُقْدِمُ على إجراء أصعب الجراحات أو الحالات الحرجة؛ لأنها محفوفة بالأخطار، ومع ذلك قد تكون منقذة للمريض مهما اتخذت وسائل الفحص والحيطة، أو لظروف طارئة عليها، وقد بين الفقهاء رأيهم في هذا الموضوع حسب القاعدة الفقهية التي تنص على: "كل عقد يجب الضمان في صحيحه يجب الضمان في فاسده، وكل عقد لا يجب الضمان في صحيحه لا يجب الضمان في فاسده" [315]، [316]، [317].

المـراجــع

References

1. الذهبي، شمس الدين (1996). «سير أعلام النبلاء». مؤسسة الرسالة للطباعة. ط11. مراجعة: أشرف علي، تحقيق: شعيب الأرنؤوط.
2. ابن رشد الحفيد، أبوالوليد بن رشد القرطبي (1989). كليات ابن رشد: الكليات في الطب لابن رشد. تحقيق: سعيد شيبان، وعمار طالبي. ط1. ج1. المجلس الأعلى للثقافة، والهيئة المصرية العامة للكتاب. جمهورية مصر العربية.
3. حربي، خالد أحمد (2006). أبو بكر الرازي حجة الطب في العالم منذ زمنه وحتى العصر الحديث. ط1. دار الوفاء. الإسكندرية. جمهورية مصر العربية.
4. الشافعي، محمد بن إدريس (2009). «الأم». ط2. 6 /5. دار المعرفة. بيروت. لبنان. ودار الحديث بالقاهرة.
5. شرف الدين، أحمد (1981). الإجراءات الطبية الحديثة وحكمها في ضوء قواعد الفقه الإسلامي. بحث مقدم للمؤتمر العالمي الأول عن الطب الإسلامي. مجلد المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية الأول. ط1. ص: 559.
6. ابن رشد الحفيد، أبوالوليد بن رشد القرطبي (1989). المرجع السابق: رقم 2.
7. ابن سينا، أبو علي الحسين بن عبد الله (2014). القانون في الطب لابن سينا. تحقيق: سعيد محمد اللحام. ط1. ج1. (1-4ج). دار الفكر. بيروت. الجمهورية اللبنانية. ص: 3.

8. الحميدان، يوسف (1981). مؤتمر الطب الإسلامي الأول بالكويت خلال الفترة من 12-16 يناير بدولة الكويت. بحث: حسان حتحوت حول: الإجهاض في الدين والطب والقانون. تحرير: أحمد رجائي الجندي. وزارة الصحة، والمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. دولة الكويت. ص: 612.

9. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (2023). الطب والإسلام: دراسات تطبيقية في العلاج: آداب المهنة: الصحة النفسية. وثيقة الكويت: الدستور الإسلامي للمهنة الطبية والقسم الطبي الإسلامي. المقدمة ضمن بحوث وتوصيات المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي المنعقد خلال الفترة من 12-16 يناير 1981. دولة الكويت. سلسلة مطبوعات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. توصيات المنظمة منذ بدايتها 1981 حتى عام 2022. تقديم: محمد أحمد الجارالله. إعداد وتحرير: أحمد رجائي الجندي، وعجيل جاسم النشمي. ط1. دولة الكويت. ص ص : 34-41.

10. ابن رضوان، أبي الحسن علي بن علي بن جعفر (1981). الكفاية في الطب أو كفاية الطبيب، فيما صح لدي من التجارب. ط1. دار الرشيد للنشر، ودار الطليعة للطباعة والنشر. بيروت، لبنان. وسلسلة كتب التراث. وزارة الثقافة والإعلام. العراق.

11. ابن أبي أصيبعة، أحمد بن القاسم بن خليفة بن يونس موفق الدين (668هـ). عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ترجمة: أمين الدولة ابن التلميذ. تحقيق نزار رضا. دار مكتبة الحياة. بيروت. الجمهورية اللبنانية. ص: 351.

12. النسيمي، محمد ناظم (1989). الصيام بين الطب والإسلام. منشورات اللجنة العلمية لنقابة أطباء حلب. سوريا. ص: 619.

13. النسيمي، محمد ناظم (1991). الطب النبوي والعلم الحديث. مؤسسة الرسالة. بيروت. لبنان. ص: 11،20.

14. International Journal of Surgery. (2007). Medicine (miscellaneous) (Q1); Surgery (Q1). Wolters Kluwer Health. United Kingdom; P P: 5, 6, 57.

15. النسيمي، محمد ناظم (1991). المرجع السابق. رقم 13. ص: 610.

16. Kaba R. Soori umara P. (2007). The Evaluation of the doctor-patient relationship, Journal of surgery; P P: 5, 57- 65.

17. وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية (1993). بحوث ومقالات الندوة الفقهية الثالثة لبيت التمويل الكويتي. الوعي الإسلامي. المحرر: أحمد رجائي الجندي. من 27-29 أبريل. دولة الكويت. ص: 28/ 328.

18. ابن أبي أصيبعة، أحمد بن القاسم بن خليفة بن يونس موفق الدين (668هـ). المرجع السابق. رقم 11.

19. الذهبي، شمس الدين (1996). المرجع السابق. رقم 1.

20. ابن أبي أصيبعة، أحمد بن القاسم بن خليفة بن يونس موفق الدين (668هـ). المرجع السابق. رقم 11. ص: 351.

21. أبو غدة، عبد الستار (1981). الطب الإسلامي. مجلد المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي. تحرير: أحمد رجائي الجندي. إشراف: وزارة الصحة. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب خلال الفترة من 12-16 يناير. دولة الكويت. ص: 598.

22. السفاريني، محمد بن أحمد بن سالم السفاريني الحنبلي (2009). غذاء الألباب شرح منظومة الآداب. حاشية/ 20. ابن عابدين 37/6. ضبطه وصححه: محمد عبد العزيز الخالدي. ج1. دار الكتب العلمية. بيروت. الجمهورية اللبنانية.

23. أبو غدة، عبد الستار (1981). المرجع السابق. رقم 21. ص: 599.

24. البار، محمد على (2009). الجنين المشوه والأمراض الوراثية: الأسباب والعلامات والأحكام. دار القلم بدمشق، ودار المنارة بجدة، ومركز الملك فهد للبحوث الطبية. جامعة الملك عبدالعزيز. ص: 45.

25. البوطي، محمد سعيد رمضان (1976). مسألة تحديد النسل وقاية وعلاجًا. بحث علمي اجتماعي يتناول مختلف الصور لمنع الحمل وإسقاطه في حكم الشريعة الإسلامية مقارنًا بالقانون. مكتبة الفارابي. تونس. ص: 69–70، 96.

26. الجارالله، جمال (2022). أخلاقيات الطب. ط1. كلية الطب. قسم طب الأسرة وأخلاقيات الطب. جامعة الملك سعود. المملكة العربية السعودية. ص: 252.

27. البوطي، محمد سعيد رمضان (1976). المرجع السابق. رقم 25. ص: 70.

28. الجارالله، جمال (2022). المرجع السابق. رقم 26. ص: 253.

29. ياسين، محمد نعيم (1985). الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإنساني. أعمال ندوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في 15 يناير. دولة الكويت. ص: 95.

30. النجيمي، محمد بن يحيى بن حسن (2022). الإجهاض أحكامه وحدوده في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي: دراسة مقارنة. ط1. مكتبة العبيكان. المملكة العربية السعودية. ص: 23.

31. الأشقر، عمر سليمان (1985). الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإنساني. أعمال ندوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في 15 يناير. دولة الكويت. ص: 148.

32. المحمدي، علي محمد يوسف (2005). بحوث فقهية في مسائل طبية معاصرة. دار البشائر الإسلامية. كلية الشريعة والقانون. قسم الفقه والأصول. جامعة قطر. دولة قطر. ص: 205.

33. الجارالله، جمال (2022). المرجع السابق. رقم 26. ص: 251.

34. غانم، عمر بن محمد بن إبراهيم (2001). أحكام الجنين في الفقه الإسلامي. رسالة ماجستير منشورة. كلية الشريعة في جامعة النجاح الوطنية. القدس. دولة فلسطين. ودار الأندلس الخضراء للنشر والتوزيع بجدة في المملكة العربية السعودية. ودار ابن حزم للطباعة والنشر والتوزيع في بيروت بالجمهورية اللبنانية. ط1. ومكتبة الإمام البخاري للشريعة الإسلامية. ومكتبة كلية الحقوق والشريعة. جامعة بيرزيت. دولة فلسطين. ص: 112.

35. النجيمي، محمد بن يحيي بن حسن (2022). المرجع السابق. رقم 30.

36. الجارالله، جمال (2022). المرجع السابق. رقم 26. ص:253.

37. البوطي، محمد سعيد رمضان (1976).المرجع السابق. رقم 25. ص: 96.

38. الجارالله، جمال (2022). المرجع السابق. رقم 26. ص: 254.

39. النفيسة، عبدالرحمن بن حسن (1411هـ). الإجهاض: آثاره وأحكامه. بحث منشور. مجلة البحوث الفقهية المعاصرة. ع7. الرياض. المملكة العربية السعودية. ص: 25.

40. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (1983). الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة أولاً: الإنجاب في ضوء الإسلام. أعمال الندوة الأولى للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية المنعقدة بتاريخ 24 مايو. إشراف وتقديم: عبد الرحمن عبد الله العوضي. تحرير: أحمد رجائي الجندي. بحث: محمد فوزي فيض الله. سلسلة مطبوعات منظمة الطب الإسلامي. دولة الكويت.

41. الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد الغزالي الطوسي؛ الملقب بحجة الإسلام (د.ت). إحياء علوم الدين. دار ابن حزم بالمملكة العربية السعودية، ودار المعرفة ببيروت في الجمهورية اللبنانية. 4ج /2. ص: 65، 66.

42. البسام، عبد الله عبد الرحمن (1408هـ). زراعة الأعضاء الإنسانية في جسم الإنسان. بحث مقدم لمجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي. منشور في مجلة المجمع الفقهي الإسلامي. دورية محكمة. م1. ع1. أعمال وبحوث الدورة السادسة عشرة للمجمع الفقهي الإسلامي في مكة المكرمة. المملكة العربية السعودية.

43. باسلامة، عبد الله حسين (1989). الاستفادة من الأجنة المجهضة والفائضة في زراعة الأعضاء وإجراء التجارب. جامعة الملك عبد العزيز بجدة. المملكة العربية السعودية. مجلد المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، م6. أكتوبر. تحرير: أحمد رجائي الجندي. دولة الكويت.

44. Skynews, https://www.skynews.com.

45. Skynews, https://www.skynews.com.

46. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (1983). المرجع السابق. رقم 40.

47. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (1983). المرجع السابق. رقم 40.

48. الشاذلي، حسن (1987). الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية: بنوك الأجنة. جامعة الملك عبد العزيز. جدة. المملكة العربية السعودية. مجلد المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، م6. أكتوبر. تحرير: أحمد رجائي الجندي. دولة الكويت. ص: 667-668.

49. باسلامة، عبد الله حسين (1987). الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية. جامعة الملك عبد العزيز بجدة. المملكة العربية السعودية. مجلد المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، م6. أكتوبر. تحرير: أحمد رجائي الجندي. دولة الكويت. ص: 444.

50. الجمعية العلمية السعودية للدراسات الطبية الفقهية (1436هـ). الفقه الطبي. ط2. ع1. وزارة التعليم. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية. المملكة العربية السعودية. ص: 178.

51. السيوطي، جلال الدين عبد الرحمن (1983). الأشباه والنظائر في قواعد وفروع فقه الشافعية. ط1. دار الكتب العلمية. بيروت. لبنان. ص: 176.

52. Robert W. Rebar, M.D.; Christopher S. Keator, Ph.D. (2023). Medical Research International IVF – Embryo transfer in USA. 1980. ; The history and future of in vitro fertilization in the United States: the complex interrelationships among basic science, human medicine, and politics, Volume 4, Issue (2);P P. 102-113, May 2023.

53. الشاذلي، حسن (1987). المرجع السابق. رقم 48.

54. الشاذلي، حسن (1987). المرجع السابق. رقم 48.

55. الغزالي، أبوحامد محمد بن محمد الغزالي الطوسي؛ الملقب بحجة الإسلام (د.ت). المرجع السابق. رقم 41. ص: 670.

56. السلامي، محمد المختار (2007). الأصول المنهجية لفقه النوازل. المؤتمر العالمي: منهجية الإفتاء في عالم مفتوح: الواقع الماثل. والأمل المرتجى. خلال الفترة من 26-28 مايو. المركز العالمي للوسطية. دولة الكويت. ص: 672.

57. الحميدان، يوسف (1981). المرجع السابق. رقم 8. ص: 612.

58. باسلامة، عبد الله حسين (1987). المرجع السابق. رقم 49. ص: 678.

59. مجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي (1408هـ). جميع ما جاء في التوصيات. مجلة المجمع الفقهي الإسلامي. م1. ع1. دورية محكمة. أعمال وبحوث الدورة السادسة عشرة للمجمع الفقهي الإسلامي في مكة المكرمة. المملكة العربية السعودية.

60. القرضاوي، يوسف (1983). الإنجاب في ضوء الإسلام. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. 24 مايو. تحرير: أحمد رجائي الجندي. دولة الكويت. ص: 51.

61. القرضاوي، يوسف (1983). المرجع السابق. رقم 60. ص: 52.

62. إبراهيم، مأمون الحاج علي (1410هـ). الاستفادة من الأجنة المجهضة أو الزائدة عن الحاجة في التجارب العلمية وزراعة الأعضاء. ع6، ج3. مجلة مجمع الفقه الإسلامي. ص: 450.

63. القرضاوي، يوسف (1983). المرجع السابق. رقم 60. ص: 50.

64. علي، محمد إبراهيم الدسوقي (2019). الموسوعة القانونية في الحماية القانونية لحقوق الموظف والمريض. كلية الشريعة والدراسات الإسلامية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية. وكلية العلوم والدراسات الإنسانية بقسم القانون بجامعة المجمعة في المملكة العربية السعودية. ط 2. دار النهضة العربية للنشر والتوزيع. القاهرة. جمهورية مصر العربية. ص: 67.

65. الأشقر (1985). المرجع السابق. رقم 31. ص: 148.

ـ البري، زكريا (1981). حكمة الله في جوهر أحكام الأسرة الإسلامية. وزارة الأوقاف بالقاهرة. دار الثقافة. ط1. الدوحة. ص: 80.

66. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (1983). المرجع السابق. رقم 40.

67. عبد الخالق، عبد الرحمن (1985). المقاصد العامة للشريعة الإسلامية. ط1. مكتبة الصحوة الإسلامية. دولة الكويت.

68. ابن الهمام الحنفي، كمال الدين، محمد بن عبد الواحد ثم السكندري السيواسي. المعروف بابن الهمام الحنفي (1970). شرح فتح القدير على الهداية: شرح بداية المبتدى لبرهان الدين علي بن أبي بكر المرغيناني. ط1. دار الفكر. بيروت. لبنان. ص: 359/6.

69. مبارك، قيس بن محمد آل شيخ (2006). التداوي والمسؤولية الطبية في الشريعة الإسلامية. مكتبة الفارابي. مجلد الأنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ص: 165.

70. ابن العربي، أبو بكر (1901). العواصم من القواصم. مكتبة رفوف للكتب الإلكترونية. مسترجع من الموقع: رفوف | متعة القراءة (rufoof.com).

71. السرخسي، محمد بن أحمد بن أبي سهل شمس الأئمة (1981). المبسوط لشمس الدين السرخسي. مطبعة السعادة. مصر. ص: 147/26.

- الدردير، أحمد بن محمد العدوي الشهير بالدردير (د.ت). الشرح الكبير. مكتبة عين الجامعة. ص: 28/4.

ـ ابن قدامه، أبو محمد عبد الله بن أحمد بن محمد (1968). المغني لابن قدامه تحقيق: طه الزيني، ومحمود عبد الوهاب فايد، وعبد القادر عطا، ومحمود غانم غيث. مكتبة القاهرة. ط1. ج10. ص: 81،20.

72. صيام، سري (2023). توصيات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية منذ بدايتها 1981 حتى عام 2022. سلسلة مطبوعات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية تقديم: محمد أحمد الجارالله. إعداد وتحرير: أحمد رجائي الجندي، وعجيل جاسم النشمي. ط1. دولة الكويت. ص: 364.

73. الحداد، أحمد بن عبد العزيز (1988). فقه الصيام على ضوء الكتاب والسنة واجتهاد الأئمة. ط1. دائرة الأوقاف والشؤون الإسلامية. دبي. دولة الإمارات العربية المتحدة. ص: 653.

74. النجار، عبد الله مبروك (2010). تنظيم النسل في إطار فقه النوازل: دراسة مقارنة مع التعمق. ط1. دار النهضة العربية. القاهرة. مصر. ص: 657.

75. ابن عابدين، محمد أمين بن عمر الدمشقي (1980). رد المحتار على الدر المختار حاشية ابن عابدين لمحمد أمين عمر ابن عابدين، ويليه حاشية قرة عيون الأخيار تكملة رد المحتار على الدر المختار لسيدي محمد علاء الدين أفندي نجل المؤلف، وتقريرات الرافعي على رد المحتار على الدر المختار لمفتي الديار المصرية عبدالقادر الرافعي. دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع. المملكة العربية السعودية. ص: 50/5.

76. زكريا الأنصاري، زكريا بن محمد بن زكريا الأنصاري، زين الدين أبو يحيى السنيكي (1397هـ). أسنى المطالب شرح روض الطالب. فقه شافعي. دار الكتاب الإسلامي. ص: 429/4.

77. الصرايرة، أحمد عبد الكريم موسى (2012). التأمين من المسؤولية المدنية الناتجة عن الأخطاء الطبية: دراسة مقارنة. ط1. دار وائل للنشر والتوزيع. كلية الحقوق. جامعة مؤتة. الأردن. ص ص: 211 – 213.

78. الشاطبي، أبو إسحاق إبراهيم بن موسى بن محمد اللخمي (2004). الموافقات في أصول الشريعة. تحقيق: أبوعبيدة مشهور بن حسن آل سلمان. تقديم: بكر بن عبد الله أبو زيد. 8/2. ط1. دار الكتب العلمية. بيروت. لبنان.

79. الجرجاني، علي بن محمد بن علي الزين الشريف (1983). كتاب التعريفات. دار الكتب العالمية. ط1. بيروت. لبنان. ص: 173.

80. شلتوت، محمود (1994). فقة القرآن والسنة (القصاص). مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة. ص: 54.

81. بسو، جميلة (2021). مفهوم الموت وتطوره بين كل من الطب والفلسفة والدين، مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية. ع 1، مؤسسة كنوز الحكمة والتوزيع. ص: 4.

82. طهبوب، ماجد عبد المجيد (1983). جراحة التجميل بين المفهوم الطبي والممارسة. قسم جراحة الحروق والتجميل. مستشفى ابن سينا. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ع3. دولة الكويت. ص: 419.

83. ابن حجر العسقلاني، الإمام الحافظ أحمد بن علي (د.ت). فتح الباري بشرح صحيح البخاري. دار المعرفة. بيروت. لبنان، والمطبعة السلفية. مصر. ودار الكتب العلمية. لبنان. ص: 10/ 378.

84. السِّجِسْتاني، أبو داود سليمان بن الأشعث بن إسحاق بن بشير بن شداد بن عمرو الأزدي (2009). سنن أبي داود. تحقيق: محمد محيي الدين عبدالحميد. ط1. (4ج). المكتبة العصرية. صيدا. لبنان. ص: 4/ 92.

85. الترمذي، أبو عيسى محمد بن عيسى بن سَوْرة بن موسى بن الضحاك السلمي (2020). عارضة الأحوزي على كتاب الترمذي (شرح سنن الترمذي). شرح المتن: أبي بكر محمد بن عبد الله بن العربي المعافري المالكي. تحقيق: حذيفة بن فهد كعك، ورضوان بن محمد علواش، ومحمد بن علي بن يوسف قاسم، وعبد المعطي بن عبد الرزاق البكور. إشراف ومراجعة: حسام الدين بن أمين حمدان. ط1 (8ج). أسفار الكويت بالتعاون مع مكتبة الإمام الذهبي. دولة الكويت. ص: 7/ 263.

86. قاضيخان الأوزجندي، فخر الدين أبو المحاسن الحسن (2009). فتاوى قاضيخان في مذهب الإمام الأعظم أبي حنيفة النعمان. تحقيق: سالم مصطفى البدري. م1. ط1. دار الكتب العلمية. بيروت. لبنان. ص: 3/ 413.

87. البلخي، نظام الدين البرنهابوري (1310هـ). الفتاوى الهندية المعروفة بالفتاوى العالمكيرية في مذهب الإمام الأعظم أبي حنيفة النعمان، وبهامشه فتاوى قاضيخان والفتاوى البزازية. (6ج). ط 2. المطبعة الكبرى الأميرية ببولاق. مصر. ودار الفكر ودار الكتب العلمية ببيروت. لبنان، ودار صادر. ص: 5/ 354.

- ابن نجيم الحنفي. زين الدين بن إبراهيم بن محمد المعروف بابن نجيم الحنفي (2010). الرائق شرح كنز الدقائق للنسفي، أبي البركات حافظ الدين عبد الله بن أحمد بن محمود الحنفي. وفي آخره «تكملة البحر الرائق» لمحمد

بن حسين بن علي الطوري الحنفي القادري (ج8)، وبالحاشية «منحة الخالق» لابن عابدين. تحقيق: أحمد عزو عناية الدمشقي ط2. (8ج). دار إحياء التراث العربي، ودار الكتاب الإسلامي. ص: 8/ 233.

88. شبير، محمد عثمان (2017). مناهج الفقهاء في استنباط الأحكام. ط1. دار النفائس للنشر والتوزيع. الأردن. ص: 512.

89. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (1998). رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية. ثبت كامل لأعمال ندوة: الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري والعلاج الجيني- رؤية إسلامية. المنعقدة في دولة الكويت في الفترة من 13-15 أكتوبر. ج2. الإرشاد الديني والتوصيات. إشراف وتقديم: عبد الرحمن عبد الله العوضي. تحرير: أحمد رجائي الجندي. بحث لمحمد المختار البسيوني، وبحث لإبراهيم الصياد. ص: 514.

90. قاضيخان الأوزجندي، فخر الدين أبو المحاسن الحسن (2009). المرجع السابق. رقم 86. ص: 3/ 403.

91. البلخي، نظام الدين البرنهابوري (1310هـ) المرجع السابق. رقم 87. ص ص: 5/ 355-356.

92. حتحوت، حسان (1419هـ). قراءة الجينوم البشري. بحث منشور في مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية المنظمة في ندوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في الدورة الحادية عشرة، والمنعقدة في دولة الكويت. ص: 379.

93. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (1998). المرجع السابق. رقم 89. ص: 632.

94. السلامي، محمد المختار (1998). إثبات النسب بالبصمة. بحث منشور في ندوة الوراثة والهندسة الوراثية، والجينوم البشري، والعلاج الجيني: رؤية إسلامية. مجلد المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ج1. دولة الكويت. ص: 635.

95. السلامي، محمد المختار (1998). المرجع السابق. رقم 94. ص: 636.

96. ياسين، محمد نعيم (2011). حقيقة الجنين وحكم الانتفاع به في زراعة الأعضاء والتجارب العلمية. ع6. ج3. مجلة مجمع الفقه الإسلامي. ص: 653.

97. القاطرجي، نهى عدنان (2021). ظاهرة الشذوذ الجنسي في العالم العربي: الأسباب والنتائج وآليات الحل. الدورة الخامسة والعشرون لمجمع الفقة الإسلامي الدولي. ص: 288.

98. القاطرجي، نهى عدنان (2021)، المرجع السابق. رقم 97. ص: 289.

99. مجمع الفقه الإسلامي الدولي (2023). بعض التوصيات الصادرة عن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي المنبثق عن منظمة التعاون الإسلامي، عن الدورة رقم (25) المنعقدة بجدة في المملكة العربية السعودية خلال الفترة من 20 – 23 فبراير 2023م. الموافق 29 رجب – 3 شعبان 1444هـ. مسترجع من الإنترنت لموقع المنظمة: https://iifa-aifi.org.

100. جاد الحق، جاد الحق علي (2005). الفتاوى الإسلامية الجزء الأول، للإمام جاد الحق. ط1. الناشر دار الفاروق للنشر والتوزيع. القاهرة. مصر.

101. اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء (2005). فتاوي اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء: المجموعة الثانية إجابة السؤال الأول من الفتوى رقم (1542) جمع وترتيب أحمد بن عبد الرزاق درويش (28/1)، وما بعدها. ط1. 11ج. طبع ونشر الرئاسة العامة للبحوث العلمية والإفتاء بالإدارة العامة لمراجعة المطبوعات الدينية. الرياض. المملكة العربية السعودية.

102. وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية (2013). الفهرس الشامل لمجموعة الفتاوي الشرعية، فتوى وزارة الأوقاف الكويتية الصادرة عن إدارة الفتوى سنة 1984 والمشار إليها في مقال سعد الرشيدي. إدارة الإفتاء. دولة الكويت. ص:31.

103. مجمع الفقه الإسلامي (1999). مختارات من القرارات الصادرة عن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي، القرار السادس عن الندوة. رقم (11) المنعقدة بمكة المكرمة سنة 1989. السنة العاشرة. ع12. ط1/ 1999. ط 2/ 2006. مجلة المجمع الفقه الإسلامي الصادرة عن رابطة العالم الإسلامي. مكة المكرمة. المملكة العربية السعودية. ص: 174.

104. هيئة كبار العلماء (1997). قرار الأمانة العامة لهيئة كبار العلماء رقم 176 بتاريخ 1413/3/17هـ في الدورة 39 المنعقدة في الطائف في الفترة من 2/24 إلى 1423/3/18هـ، بشأن ما أشار إليه طبيب الأطفال الدكتور إبراهيم بن سليمان الحفظي المؤرخ في 1412/2/25هـ بشأن تحويل الذكر إلى أنثى والأنثى إلى ذكر. ع49. مجلة البحوث الإسلامية. فتاوي الطب والمرضى ص: 305-306. طبع دار الإفتاء. ويراجع قرار للمجمع الفقهي بالرابطة عام 1409هـ في الموضوع نفسه. الرئاسة العامة للبحوث العلمية والإفتاء. المملكة العربية السعودية. ص ص: 264 - 265.

105. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (1992). الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية: ثبت كامل لأعمال ندوة الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية. 18 أبريل 1987. ط1. م 3. دولة الكويت. ص: 757.

106. المهدي، مختار (1987). أعضاء الإنسان بين الهبة والبيع. ع3. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. دولة الكويت. ص: 295.

107. حتحوت، حسان (1419هـ) المرجع السابق. رقم 92.

108. الشربيني، عصام (1988). قتل الرحمة: السياسة الصحية للأخلاقيات والقيم الإنسانية من منظور إسلامي. الندوة الفقهية الطبية الخامسة. بحوث المؤتمر. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ص: 180.

109. المهدي، مختار (1987) المرجع السابق. رقم 106.

110. شاهين، فيصل بن عبد الرحيم والمدني، خالد بن علي والسياري، عبد الله بن أحمد (1988). زراعة الأعضاء الدواعي: الشروط، المشكلات الناجمة، دور المناعة، الحلول، دور التغذية. ط1. مكتبة جرير. وبحث منشور. العدد العاشر. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. المملكة العربية السعودية.ص: 294.

111. شاهين، فيصل بن عبد الرحيم والمدني، خالد بن علي والسياري، عبد الله بن أحمد (1988). المرجع السابق. رقم 110.

112. الشمري، سهيل نجم (1988). تقنيات الاستنساخ للخلايا والجينات الإنسانية. بحث مقدم للمؤتمر العالمي الأول عن الطب الإسلامي. ع10. مجلد المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. دولة الكويت. ص: 386.

113. الشمري، سهيل نجم (1988) المرجع السابق. رقم 112.

114. الشمري، سهيل نجم (1988) المرجع السابق. رقم 112.ص: 389.

115. Kaufman H. H; Lynn J. (1986). Brain death. PMID: pubMed. Return from the Internet to: Brain death- PubMed. (nih.gov).

116. القاوي، محمد زهير (1989). تحديد الوفاة بالقرائن الدماغية. لجنة الأخلاقيات الحيوية. الرياض. المملكة العربية السعودية. ص: 479.

117. القاوي، محمد زهير (1989) المرجع السابق. رقم 116.

118. المهدي، مختار (1987) المرجع السابق. رقم 106. ص: 390.

119. المهدي، مختار (1987). المرجع السابق. رقم 106. ص: 391.

120. كريدية، محمود (1988). قراءة في بحث التحديد الطبي الإسلامي في مفهوم موت الدماغ. م10. مجلد المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. دولة الكويت. ص: 493.

121. ياسين، محمد نعيم (1985) المرجع السابق. رقم 29. ص: 641.

122. البار، محمد علي (1983). خلق الإنسان بين الطب والقرآن. م10. ضمن أبحاث مجلد المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ص: 651.

123. النووي، أبو زكريا يحيى بن شرف بن مُرِّيّ بن حسن بن حسين بن محمد جمعة بن حِزام الحزامي النووي الشافعي (2005). مناجاة الطالبين وعمدة المفتين. عناية: محمد محمد طاهر شعبان. ج4. دار المنهاج. ص ص: 103 – 104.

124. طنطاوي، محمد سيد (1987). المرأة وقضايا المجتمع. م3. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ص: 306.

125. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (1987). الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة. أعمال الندوة الثالثة للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. بحث دكتور: محمد فوزي فيض الله. سلسلة مطبوعات منظمة الطب الإسلامي. دولة الكويت.

126. ياسين، محمد نعيم (1985) المرجع السابق. رقم 29. ص: 51.

127. البار، محمد علي (1983). المرجع السابق. رقم 122. ص: 687.

128. ابن القيم الجوزية، أبو عبد الله محمد بن أبي بكر بن أيوب (2020). إعلام الموقعين عن رب العامين. تحقيق: مشهور بن حسن آل سلمان أبو عبيدة. م(7). ج(1). دار ابن الجوزي. المملكة العربية السعودية، ودار الكتب العلمية. بيروت. لبنان. ص: 108.

129. الشاطبي، أبو إسحاق إبراهيم بن موسى بن محمد اللخمي (2004). المرجع السابق. رقم 78. ص: 318.

130. القرافي، أبو العباس شهاب الدين أحمد بن إدريس بن عبد الرحمن المالكي (د.ت). الفروق: أنوار البروق في أنواء الفروق: «إدرار الشروق على أنوار الفروق» بحاشية قاسم بن عبد الله المعروف بابن الشاط لتصحيح بعض

الأحكام وتنقيح بعض المسائل، و«تهذيب الفروق والقواعد السنية في الأسرار الفقهية» للشيخ محمد بن علي بن حسين مفتى المالكية بمكة المكرمة، وفيها اختصر الفروق ولخصه وهذبه ووضح بعض معانيه. ج(1). عالم الكتب. بيروت. لبنان. ص: 141.

131. الدمشقي، أبو محمد عز الدين عبد العزيز بن عبد السلام بن أبي القاسم بن الحسن السلمي، الملقب بسلطان العلماء (1991). قواعد الأحكام الكبرى في مصالح الأنام للعز بن عبد السلام. راجعه وعلق عليه: طه عبد الرؤوف سعد. ط2. مكتبة الكليات الأزهرية. القاهرة، ودار الكتب العلمية. بيروت. لبنان، ودار أم القرى. القاهرة. مصر. ص: 167.

132. الشاطبي، أبو إسحاق إبراهيم بن موسى بن محمد اللخمي (2004). المرجع السابق. رقم 78. ص: 348.

133. طنطاوي، محمد سيد (1987). المرجع السابق. رقم 124. ص: 308.

134. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (1987) المرجع السابق. رقم 125. ص: 230.

135. ياسين، محمد نعيم (1985) المرجع السابق. رقم 29. ص: 51، 353.

136. الطحاوي، أحمد بن محمد بن إسماعيل (د.ت). حاشية الطحاوي على الدر المختار. شرح تنوير الأبصار في مذهب الإمام أبي حنيفة النعمان. تحقيق: أحمد فريد المزيدي. مراجعة: عبد الحفيظ بيضون. م 5. دار الكتب العلمية. بيروت. لبنان. ص: 352.

137. مرحبا، إسماعيل (1429هـ). البنوك الطبية البشرية وأحكامها الفقهية. ط1. دار ابن الجوزي. المملكة العربية السعودية. ص: 77.

138. السبيل، عبد المجيد بن محمد (2017). الأحكام الفقهية لنقل الأعضاء الإنسانية. ع2. دار ابن الجوزي، ومجلة العلوم الشرعية واللغة العربية بجامعة أم القرى. المملكة العربية السعودية. ص: 243.

139. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (1987) المرجع السابق. رقم 125. ص: 337.

140. طنطاوي، محمد سيد (1987). المرجع السابق. رقم 124. ص: 313.

141. مرحبا، إسماعيل (1429هـ). المرجع السابق. رقم 137. ص: 137.

142. الشاطبي، أبو إسحاق إبراهيم بن موسى بن محمد اللخمي (2004). المرجع السابق: 78. ص: 354، 355.

143. ياسين، محمد نعيم (2011) المرجع السابق. رقم 96. ص: 359.

144. ياسين، محمد نعيم (1985). المرجع السابق. رقم 29. ص: 461.

145. البسام، عبد الله عبد الرحمن (1408هـ). المرجع السابق. رقم 42. ص ص: 39-40.

146. ياسين، محمد نعيم (1985) المرجع السابق. رقم 29. ص: 416

147. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، ووزارة الصحة الكويتية (1985). «توصيات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية». الندوة الثانية حول: الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة تحت عنوان: الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإنساني في الفترة من 15-17 يناير 1985. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. دولة الكويت. ص: 756.

148. الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد الغزالي الطوسي. الملقب بحجة الإسلام (1995). المرجع السابق. رقم 41. 4ج/1. ص: 140.

149. عبد الله، عبد الله محمد (1987). الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. أعمال الندوة الثالثة. سلسلة مطبوعات منظمة الطب الإسلامي. دولة الكويت. ص: 664.

150. أبوالوفا، أحمد(1997). رؤية إسلامية لبعض المشكلات الصحية. م8. توصيات الندوة خلال الفترة من 14-17 يونيو. بمشاركة مؤسسة الحسن الثاني للأبحاث

العلمية والطبية، والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بدولة الكويت، والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (إيسيسكو)، ومجمع الفقه الإسلامي الدولي، والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية. ص: 630.

151. النووي، أبو زكريا يحيى بن شرف بن مُرِّيّ بن حسن بن حسين بن محمد جمعة بن حِزام الحزامي النووي الشافعي (2013). المجموع شرح المهذب للشيرازي. حققه: محمد نجيب المطيعي. مكتبة الإرشاد. جدة. المملكة العربية السعودية، ومطبعة المنيرية. 563/2.

- ابن جني، أبو الفتح عثمان (1989). الخصائص. تحقيق: الشربيني شريدة. 6/45. دار الحديث. القاهرة.

- ابن عابدين، محمد أمين عمر (1980). المرجع السابق. رقم 75. ص: 89،52،5.

- ابن حزم، أبو محمد علي بن أحمد بن سعيد بن حزم الأندلسي (1988). المُحلَّى بالآثار في شرح المجلى بالاختصار. الفقه الظاهري. تحقيق: عبد الغفار سليمان البنداري. طبعة ابن حزم. الناشر: دار الفكر، ودار الكتب العلمية. بيروت. لبنان. 12ج. ص: 163/1.

- القليوبي، أحمد سلامة، وعميرة، أحمد البرلسي (1995). حاشيتا قليوبي وعميرة على كنز الراغبين للإمام جلال الدين المحلي شرح منهج الطالبين لمحيي الدين النووي. دار الفكر العربي ببيروت. ص:68/1.

152. حماد، نزيه (1996). قضايا فقهية معاصرة في المال والاقتصاد. ط1. دار القلم. سوريا، والدار الشامية. بيروت، ع8. مجلد المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ص ص: 752 - 996.

153. الهواري، محمد مجلد (1996). رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة. ع8. مجلد المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ص: 560.

154. ابن القيم الجوزية، أبو عبد الله محمد بن أبي بكر بن أيوب (2020) المرجع السابق. رقم 128. ص: 109.

155. ابن تيمية، تقي الدين أبو العباس أحمد بن عبد الحليم بن تيمية الحراني (د.ت). مجموع الفتاوي. تحقيق: عامر الجزار، وأنور الباز. دار الوفاء. ص: 611/21.

156. ابن تيمية، تقي الدين أبو العباس أحمد بن عبد الحليم بن تيمية الحراني (د.ت). المرجع السابق. رقم 155. ص: 21 /502.

157. Goodman and Gilman›s (1958): The Pharmacological basis of therapeutics 6th Edition.

158. Laurence, D.R. (1980): Clinical Pharmacology, 5th Edition. Publisher: Churchill Livingstone.

159. ابن عابدين، محمد أمين عمر (1980). المرجع السابق. رقم 75. ص: 4 /216.

ـ النووي، أبو زكريا يحيى بن شرف بن مُرِّيّ بن حسن بن حسين بن محمد جمعة بن حِزام الحزامي النووي الشافعيَ (2013). المرجع السابق. رقم 151. ص: 9 /50.

ـ الخطيب الشربيني، محمد بن أحمد الشربيني شمس الدين (2000). مغني المحتاج إلى معرفة معاني ألفاظ المناهج- ط. العلمية. على متن منهاج الطالبين للإمام أبي زكريا يحيي بن شرف النووي الشافعي. تحقيق: علي محمد عوض، وعادل أحمد عبد الموجود. اعتنى به: محمد خليل عيتاني. 4 /188. دار الكتب العلمية. بيروت. لبنان، ودار المعرفة. لبنان، ومطبعة الحلبي. مصر. ص: 5 /539.

160. ابن عابدين، محمد أمين عمر (1980). المرجع السابق. رقم 75. ص: 4 /217.

ـ المصري، علي بن خلف المنوفي المالكي (د.ت). كفاية الطالب الرباني على رسالة ابن أبي زيد القيرواني وبالهامش حاشية العدوي: إشراف: أحمد حمدي الإمام، والسيد علي الهاشمي. ص: 2 /453.

- العيني، بدر الدين أبو محمد محمود بن أحمد (د.ت). عمدة القاري. شرح صحيح البخاري. (3 /33، 17 /318). المطبعة المنيرية، ودار إحياء التراث العربي، ودار الفكر العربي. بيروت. لبنان.

161. إدريس، عبد الفتاح محمود (1993). قضايا طبية من منظور إسلامي: بحث فقهي مقارن. جامعة الأزهر. ط1. القاهرة. ص ص: 974 – 996.

162. البار، محمد علي؛ والبار، عدنان أحمد؛ وباشا حسان شمسي (2012). موسوعة أخلاقيات مهنة الطب: القضايا الأخلاقية والفقهية في المهن الطبية. الناشر: كرسي محمد حسين العمودي لأخلاقيات الممارسة الطبية. جامعة الملك عبد العزيز بجدة. المملكة العربية السعودية. ص: 143.

163. Philip D. Hansten & John. R. Horn. (1985): Drug Interactions clinical significance of drug-drug interactions. 2nd Edition. Publisher: Lea & Febiger.

164. Suleiman A. Suleiman (1984): The third International Conference on Islamic Medicine, Vol.3.

165. Suleiman A. Suleiman (1986): The fourth International Conference of Islamic Medicine. Vol.4.

166. Zafrallah T.C. (1984): The third International Conference of Islamic Medi- cine, Vol.3.

167. سعد، شكري إبراهيم (د.ت). نباتات العقاقير والتوابل: مكوناتها وفوائدها. ط1. دار الفكر العربي. الإسكندرية. مصر. ص: 83.

168. شرير، وسيبولة (1993). إنتاج الجيلاتين، الخطوات للسلامة القصوى، وتنمية المعايير البيولوجية. مج 80. ص ص: 195-198.

169. سلام، سعيد (1988). تركيب الأطعمة في البلدان الغربية في ضوء أحكام الشريعة الإسلامية برلين. معهد الطب البيطري.

170. الجمعية الصيدلانية الملكية ببريطانيا (1993). مارتنديل: مصدر الدواء الكامل. تحرير: أليسون برافيلد. ط 30. المطبعة الصيدلانية. لندن. المملكة المتحدة. الناشر: فارماسيوتكال برس. مدونة دليل أدوية. ص: 652.

171. حماد، نزيه (1996). المرجع السابق. رقم 152. ص: 76.

172. ابن عاشور، محمد الطاهر بن محمد بن محمد الطاهر بن عاشور التونسي. (2004). مقاصد الشريعة الإسلامية. تحقيق: محمد الحبيب ابن الخوجة. الناشر: وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، قطر. ص: 78، 86.

173. شلتوت، محمود (1994). المرجع السابق. رقم 80. ص: 55.

174. Chvapil M.; Ryan, J.N. and Zukowski, C.F. (1979): Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 141(1972). 11. Good, R.A. and Fernandez, G.: Clin. Bull., p.9.

175. Martindale, :(1993) The Extra pharmacopoeia.30 thEd, pp.1006. 46.

176. Trease, G.E., Evans, W.C. (1980): Pharmacology. 11th., pp. 5. 52.

177. ابن عبود، المهدي (1981). رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة. ع8. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ص: 161.

178. عبد السلام، محمد (1996). رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة. ع8. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ص: 608.

179. النووي، أبو زكريا يحيى بن شرف بن مُرِّيّ بن حسن بن حسين بن محمد جمعة بن حِزام الحزامي النووي الشافعي (2013). المرجع السابق. رقم 151. ص: 145/3.

180. ابن عبود، المهدي (1981) المرجع السابق. رقم 177.

181. ابن عبود، المهدي (1981) المرجع السابق. رقم 177. ص: 169.

182. محمود، مصطفى (1981). رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة. ع8. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ص: 94.

183. إقبال، شيخ محمد (1981). رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة. ع8. مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ص: 642.

184. إقبال، شيخ محمد (1981). المرجع السابق. رقم 183. ص: 174 ، 176.

185. إقبال، شيخ محمد (1981). المرجع السابق. رقم 183. ص: 643.

186. محمود، مصطفى (1981). المرجع السابق. رقم 182. ص: 95.

187. منظمة الصحة العالمية ؛ WHO. (2019): المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض11- ICD حول: الاضطرابات النفسية.

188. الجرجاني، علي بن محمد بن علي الزين الشريف (1983). المرجع السابق. رقم79. ص: 175.

189. منظمة الصحة العالمية ؛ WHO. (2019). المرجع السابق. رقم 187.

190. World Health Organization; «WHO». (2022).

191. Institute for health metrics and Evaluation (IHME).

192. World Health Organization; «WHO». (2022).

193. مستشفى التعافي للطب النفسي وعلاج الإدمان. الفرق بين المرض النفسي والعقلي (2022). جمهورية مصر العربية. مسترجع الإنترنت لموقع: (altaafi.com.eg).

194. منظمة الصحة العالمية؛ WHO. (2019). المرجع السابق. رقم 187.

195. منظمة الصحة العالمية؛ WHO. (1992). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض 10- ICD حول: الاضطرابات النفسية.

196. Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology, (2006): WHO's work on the epidemiology of mental disorders; 41, (6); 45 p p.7, 63; Nov.

197. منظمة الصحة العالمية ؛ WHO. (2019). المرجع السابق. رقم 187.

198. Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology, (2006): Previous reference No. 196.

199. المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (2002). معجم مصطلحات الطب النفسي. ط1. دولة الكويت.

200. منظمة الصحة العالمية ؛ WHO. (2019). المرجع السابق. رقم 187.

201. موسوعة شبكة المعرفة الريفية؛ مسترجع من الإنترنت في (2012). لنسخة محفوظة على موقع واي باك شين.

202. صالحية، محمد (2001). مجلد الطب الإسلامي الثاني. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ط1. ص: 138.

203. ابن النديم، محمد بن إسحاق (2013). الفهرست لابن النديم. ط1. دار المعرفة. بيروت. لبنان. ص: 290.

204. جورلت (1988). تاريخ علم الجراحة. ج1. ص ص: 601، 611.

ـ حسين، محمد كامل (2022). الموجز في تاريخ الطب والصيدلة عند العرب: طب الرازي. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم: إدارة الثقافة. ليبيا. ص ص: 17، 21.

205. قاسم، محمود الحاج (1443هـ). علم الجراحة عند الأطباء العرب والمسلمين. دار ماسكي بالموصل. م2. مجلد المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. ص: 222.

206. مونيوث، كارمن بينيا، وأمادو (1981). قائمة جرد النباتات الطبية المستعملة في الطب التقليدي العربي. وزارة الصحة. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. دولة الكويت. ص: 267.

207. هنري أمين عوض (1988). لمحة عن الطب في البرديات العربية. مقال. م5. ع1. مركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الإسلامية بالمملكة العربية السعودية، ومركز الدراسات البردية والنقوش. جامعة عين شمس. مصر. ص: 140.

208. ابن عابدين، محمد أمين عمر (1980). المرجع السابق. رقم 75. ج 1 . ص: 628.

209. النووي، أبو زكريا يحيى بن شرف بن مُرِّيّ بن حسن بن حسين بن محمد جمعة بن حِزام الحزامي النووي الشافعي (2013). المرجع السابق. رقم 151: ج5 . ص: 300.

210. صالحية، محمد (2001). المرجع السابق. رقم 202. ص: 190.

211. الحفناوي، فؤاد (1982). الطب في الأزهر قديمًا وحديثًا. بحث منشور. من أبحاث المؤتمر الثاني للطب الإسلامي المنعقد خلال الفترة من 29 مارس- 2 أبريل في دولة الكويت. تحرير: أحمد رجائي الجندي. إشراف: عبد الرحمن عبد الله العوضي. إعداد: منظمة الطب الإسلامي، ومؤسسة الكويت للتقدم العلمي. دولة الكويت. ص: 811.

212. الحفناوي، فؤاد (1982). المرجع السابق. رقم 211. ص: 3.

- الفتاوي الإسلامية من دار الإفتاء المصرية. ج1331/4، مسترجع من الإنترنت لموقع: http://www.dar-alifta.org/default.aspx.

213. البار، محمد علي (1989). علم التشريح عند المسلمين. ط1. الدار السعودية. جدة. ص ص: 69-76.

214. الشاطبي، أبو إسحاق إبراهيم بن موسى بن محمد اللخمي (2004). المرجع السابق. رقم 78.

215. الجرجاني، علي بن محمد بن علي الزين الشريف (1983) المرجع السابق. رقم 79. ص: 173.

216. شلتوت، محمود (1994) المرجع السابق. رقم 80. ص: 56.

217. بسو، جميلة (2021) المرجع السابق. رقم 81. ص: 6.

218. البقصمي، ناهدة (1993). القتل رأفة بالمريض. م12. ع45. المجلة العربية للعلوم الإنسانية. مجلس النشر العلمي. جامعة الكويت. دولة الكويت. ص: 232.

219. كريم، عشوش (2007). العقد الطبي. ط1. دار هوم. المكتبة المركزية. الجزائر. ص: 122.

220. يوسف، جمعة يوسف الحداد (2003). المسؤولية الجنائية عن أخطاء الأطباء في القانون الجنائي لدولة الإمارات العربية المتحدة: دراسة مقارنة. ط1. منشورات الحلبي الحقوقية. لبنان. ص: 60.

221. علي، عبد الحليم محمد منصور (2012). القتل بدافع الشفقة في الفقة الإسلامي والقانوني الوضعي: دراسة مقارنة. ط1. المكتب الجامعي الحديث. الإسكندرية. مصر. ص: 17.

222. يوسف، جمعة يوسف الحداد (2003). المرجع السابق. رقم 220. ص: 68.

223. مصري، عبد الصبور عبد القوي علي (2013). جرائم الأطباء والمسؤولية الجنائية والمدنية عن الأخطاء الطبية بين الشريعة والقانون. ط 1. دار العلوم للنشر والتوزيع. القاهرة. ص: 11،87.

224. كمبويل، نائل (1999). مشكلة القتل التطوعي. مجلة أخلاقيات الطب. ص: 242.

225. شولبي، ميشيل (2017). القتل الرحيم، والمساعدة على الانتحار: نظرة شاملة حول اختيار طريقة إنهاء الحياة. ص: 2.

226. عبد الدايم، أحمد (1999). أعضاء جسم الإنسان ضمن التعامل القانوني. منشورات الحلبي. لبنان. ص: 200.

227. شريف، طباخ (2003). جرائم الخطأ الطبي والتعويض عنها في ضوء الفقه والقضاء، دار الفكر الجامعي. الإسكندرية. مصر. ص: 153.

228. زكي، أبو عامر محمد وسليمان، عبد المنعم (2006). قانون العقوبات. منشورات الحلبي الحقوقية. لبنان، ودار الجامعة الجديدة بالإسكندرية مصر. ص: 234.

229. سيدهم، مختار (2011). المسؤولية الجزائية للطبيب في ظل التشريع الجزائري، مقال. مجلة المحكمة العليا بالجزائر: قسم الوثائق، عدد خاص. ص ص: 18-43.

230. حسين، طاهر (2004). الخطأ الطبي من الخطأ العلاجي في المستشفيات العامة: دراسة مقارنة. ط1. دار هوم. الجزائر. ص: 65.

231. محمد، يودالى (2006). جرائم تعريض الغير للخطر عن طريق الامتناع. ع2. مجلة المحكمة العليا. قسم الوثائق. الجزائر. ص: 89.

232. الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد الغزالي الطوسي؛ الملقب بحجة الإسلام (1988). المُستصفى من علم الأصول. أحمد زكي حماد. مكتبة الجندي، ودار النفائس. ص: 251.

233. الشاطبي، أبو إسحاق إبراهيم بن موسى بن محمد اللخمي (2004). المرجع السابق. رقم 78. ج2/ 8. ص: 318.

234. الشاطبي، أبو إسحاق إبراهيم بن موسى بن محمد اللخمي (2004). المرجع السابق. رقم 78. ج2/8. ص ص: 3،9،14،69.

235. النووي، أبو زكريا يحيى بن شرف بن مُرِّيِّ بن حسن بن حسين بن محمد جمعة بن حِزام الحزامي النووي الشافعيَ (2013). المرجع السابق. رقم 151. ص: 42/9.

236. الشافعي، محمد بن إدريس (2009). الأم. ط2. 5 /6. دار المعرفة. بيروت. لبنان. ودار الحديث بالقاهرة.

237. السِّجِسْتاني، سليمان بن الأشعث بن إسحاق بن بشير (1989). كتاب الديات: سنن أبي داوود. ط1. دار الحضارة للنشر والتوزيع. رقم الحديث (4547).

238. البهوتي، منصور بن يونس بن إدريس (1982). كشف القناع عن متن الإقناع، للإمام المنصوري بن يونس البهوتي. 5 /582. دار الفكر بيروت.

239. مجلة مؤتمر الطب الإسلامي الأول بالكويت (1981). خلال الفترة من 12-16 يناير بدولة الكويت. تحرير: أحمد رجائي الجندي. وزارة الصحة، والمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. دولة الكويت. ص: 700.

240. مجلة مؤتمر الطب الإسلامي الأول بالكويت (1981). المرجع السابق. رقم 239. ص: 691.

241. الشربيني، عصام (1997). الموت الرحيم، مجلة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية من منظور إسلامي. ص: 171.

242. غصن، عصام علي (2006). الخطأ الطبي. ط1. منشورات مكتبة زين الحقوقية والأدبية. لبنان. ص: 50.

243. قشقوش، هدى حامد (1996). القتل بدافع الشفقة: دراسة مقارنة. ط2. دار النهضة العربية. القاهرة. مصر. ص: 65.

244. البار، محمد علي. والبار، عدنان أحمد. وباشا، حسان شمسي (2012). المرجع السابق. رقم 162. ص: 294.

245. حنا، منير رياض (2008). المسؤولية المدنية للأطباء والجرّاحين في ضوء القضاء والفقة الفرنسي والمصري. ط1. دار الفكر الجامعي. الإسكندرية. ص: 243.

246. قشقوش، هدى حامد (1996). المرجع السابق. رقم 243. ص: 78.

247. غصن، عصام علي (2006). المرجع السابق. رقم 242. ص: 54.

248. بلجبل، عتيقة (2020). القتل الرحيم بين الإباحة والتجريم. ع6. مجلة المفكر. الجزائر. ص: 255.

249. شرف الدين، أحمد (1988). الأحكام الشرعية للأعمال الطبية، ط1. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، دولة الكويت. ص: 63.

250. عطية، أحمد عبد الحليم (2015). الأخلاقيات الحيوية الطبية، كرسي اليونسكو والفلسفة، فرع جامعة الزقازيق. ص: 120.

251. علي، عبد الحليم محمد منصور (2012). المرجع السابق. رقم 221. ص: 28.

252. الجندي، إبراهيم صادق (2001). الموت الدماغي. ط1. أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية؛ مركز الدراسات والبحوث. الرياض. ص: 134.

253. الشطي، أحمد شوكت (1962). الطب الشرعي. ط1. مطبعة جامعة دمشق. ص: 70.

254. حربة، سليم إبراهيم (1988). القتل العمد وأوصافه المختلفة. القانون الجنائي. ط1. مطبعة بابل. بغداد. ص: 130.

255. حربة، سليم إبراهيم (1988). المرجع السابق. رقم 254. ص: 131.

256. حومد، عبد الوهاب (1973). القتل بدافع الشفقة. مقال. م4. ع3. عالم الفكر. دولة الكويت. ص: 13.

257. عتيق، السيد (2004). القتل بدافع الشفقة. كلية الحقوق بجامعة حلوان. ط1. دار النهضة العربية. القاهرة. ص: 26.

258. حربة، سليم إبراهيم (1988). المرجع السابق. رقم 254. ص: 132.

259. جريدة الوطن السعودية (1423هـ). مقال بعنوان: الحوار الوطني يوصي بتجريم الأخطاء الطبية. موثق ليوم الثلاثاء الموافق 3 رجب 1423هـ. ع(1111). المملكة العربية السعودية.

260. البار، محمد علي (1995). أحكام التداوي والحالات الميئوس منها. ط1. دار المنارة للنشر والتوزيع. ص: 68.

261. أبو ريدة، عبد الهادي (1988). الأخلاقيات والقيم الإنسانية من منظور إسلامي. مؤتمر السياسة الصحية. خلال الفترة من 24-25 نوفمبر. مج5. دولة الكويت. ص: 225.

262. ياسين، محمد نعيم (1985). المرجع السابق. رقم 29. ص: 399.

263. الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد الغزالي الطوسي؛ الملقب بحجة الإسلام (د.ت). المرجع السابق. رقم 41. ج1/4. ص: 494، 495.

264. الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد الغزالي الطوسي؛ الملقب بحجة الإسلام (د.ت) المرجع السابق. رقم 41. 4ج/1: 485. والروح. ص: 286، 287.

265. ياسين، محمد نعيم (1985) المرجع السابق. رقم 29. ص: 405، 406.

266. علي، حسن حسن (د.ت). الأفكار القديمة والحديثة حول تحديد الموت. مقالة. موقع جامع الكتب الإسلامية. أبحاث المؤتمر الطبي للموت الدماغي. م11. ص: 1.

267. ابن قدامه، أبو محمد عبد الله بن أحمد بن محمد (1968). المرجع السابق. رقم 71. ط1. ج10. ص: 4 /552.

268. علاء الدين، أبو بكر بن مسعود الكاساني الحنفي الملقب بملك العلماء (1328). بدائع الصنائع في ترتيب الشرائع. تحقيق: علي معوض، وعادل عبد الموجود مطبعة الجمالية بمصر، ودار الكتب العلمية. ط 1. ج5. ص: 251

269. الطوفي، سليمان بن عبد القوي بن الكريم (1987). شرح مختصر الروضة. ط1. مؤسسة الرسالة. ص: 2 /208.

270. ابن مفلح، إبراهيم بن محمد بن عبد الله بن محمد، أبو إسحاق برهان الدين (1997). المبدع في شرح المقنع. ط1. دار الكتب العلمية. بيروت. لبنان. ص: 10 / 146.

271. القرافي، أبو العباس شهاب الدين أحمد بن إدريس بن عبد الرحمن المالكي الشهير بالقرافي (1973). شرح تنقيح الفصول. تحقيق: طه عبد الرؤوف سعد. ط1. شركة الطباعة الفنية المتحدة. ص: 446.

272. ابن العربي، القاضي محمد بن عبد الله أبو بكر بن العربي المعافري الإشبيلي المالكي (1992). القبس في شرح موطأ مالك بن أنس. تحقيق: محمد عبد الله ولد كريم. ط 1. دا الغرب الإسلامي. ص: 779.

273. الدمشقي، أبو محمد عز الدين عبد العزيز بن عبد السلام بن أبي القاسم بن الحسن السلمي، الملقب بسلطان العلماء (1991). المرجع السابق. رقم 131. ص: 2 /158.

274. الطوفي، سليمان بن عبد القوي بن الكريم (1987). المرجع السابق. رقم 269. ص:3 /379.

275. النووي، أبو زكريا يحيى بن شرف بن مُرِّيّ بن حسن بن حسين بن محمد جمعة بن حِزام الحزامي النووي الشافعي (د.ت). تهذيب الأسماء واللغات. شركة العلماء بمساعدة إدارة الطباعة المنيرية. 4ج. دار الكتب العلمية. بيروت. لبنان. ص: 2 /130.

276. الونشريسي، أحمد بن يحيى (2006). إيضاح المسالك إلى قواعد الإمام أبي عبد الله مالك. دراسة وتحقيق: الصادق بن عبد الرحمن الغرياني. ط1. دار ابن حزم للطباعة والنشر والتوزيع. بيروت. لبنان. ص: 234.

277. المقري، أبو عبد الله محمد بن محمد بن أحمد (2001). القواعد. تحقيق ودراسة: أحمد بن عبد الله بن حميد. ط1. جامعة أم القرى. المملكة العربية السعودية. ص: 2 /456.

278. ابن تيمية، تقي الدين أبو العباس أحمد بن عبد الحليم بن تيمية الحراني (د.ت). المرجع السابق. رقم 155. ص: 29 /458.

- السعدي، عبد الرحمن بن ناصر بن عبد الله (2000). طريق الوصول إلى العلم المأمول بمعرفة القواعد والضوابط والأصول. ط1. دار البصيرة. الإسكندرية. مصر. ص: 31.

279. السيوطي، جلال الدين عبد الرحمن (1983). المرجع السابق. رقم 51.

- ابن نجيم الحنفي، زين الدين بن إبراهيم بن محمد المعروف بابن نجيم الحنفي (2010). المرجع السابق. رقم 87. ص: 8 /98.

280. القرافي، أبو العباس شهاب الدين أحمد بن إدريس بن عبد الرحمن المالكي (1994). الذخيرة. تحقيق: محمد حجي، وسعيد أعراب، ومحمد بوخبزة. ط1. دار الغرب الإسلامي. بيروت. ص: 10 /190.

281. ابن القيم الجوزية، أبو عبد الله محمد بن أبي بكر بن أيوب (د. ت). الطرق الحكمية. مكتبة دار البيان للطباعة والنشر والتوزيع. دولة الكويت. ص: 13.

282. الدمشقي، أبو محمد عز الدين عبد العزيز بن عبد السلام بن أبي القاسم بن الحسن السلمي، الملقب بسلطان العلماء (1991). المرجع السابق. رقم 131. ص: 2 /249.

283. الدمشقي، أبو محمد عز الدين عبد العزيز بن عبد السلام بن أبي القاسم بن الحسن السلمي، الملقب بسلطان العلماء (1991). المرجع السابق. رقم 131. ص: 2 /337.

284. الكتاني، محمد عَبْد الحَيّ بن عبد الكبير بن محمد الحسني الإدريسي، المعروف بعبد الحي الكتاني (د.ت). التراتيب الإدارية والعمالات والصناعات والمتاجر والحالة العلمية التي كانت على عهد تأسيس المدنية الإسلامية في المدينة المنورة العلمية. تحقيق: عبد الله الخالدي. ط 2. دار الأرقم. بيروت. لبنان. ص: 2 /16.

285. الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد الغزالي الطوسي؛ الملقب بحجة الإسلام (د.ت). المرجع السابق. رقم 41. ج4. ص: 2 /59، 84.

286. منظمة التعاون الإسلامي، ومجمع الفقه الإسلامي الدولي (1992). قرار مجمع الفقه الإسلامي. رقم 67 (5/7) ثالثًا/د بشأن العلاج الطبي. ع7. ج4. مجلة مجمع الفقه الإسلامي. جدة. المملكة العربية السعودية. ص: 563.

287. ابن قدامه، أبو محمد عبد الله بن أحمد بن محمد (1968). المرجع السابق. رقم 71. ط1. ج10. ص: 4 /52.

288. علاء الدين، أبو بكر بن مسعود الكاساني الحنفي الملقب بملك العلماء (1328). المرجع السابق. رقم 268. ج5 . ص: 251.

289. ابن القيم الجوزية، أبو عبد الله محمد بن أبي بكر بن أيوب (2020) المرجع السابق. رقم 128. ص: 3 /107، 110، 117.

290. الماوردي، أبو الحسن علي بن محمد بن محمد بن حبيب البصري البغدادي، الشهير بالماوردي (1999). الحاوي الكبير في فقه مذهب الإمام الشافعي وهو شرح مختصر المزني. تحقيق: علي محمد معوض، وعادل أحمد عبد الموجود. دار الكتب العلمية. بيروت. لبنان. ص: 7 /243.

291. ابن قدامه، أبو محمد عبد الله بن أحمد بن محمد (1968). المرجع السابق. رقم 71. ط1. ج 10. ص: 4 /51.

ـ ابن تيمية، تقي الدين أبو العباس أحمد بن عبد الحليم بن تيمية الحراني (د.ت). المرجع السابق. رقم 155. ص: 20 /29.

292. مجلة الأحكام العدلية (د.ت). المادة (277) من مجلة الأحكام العدلية (6). لجنة مكونة من عدة علماء وفقهاء. تحقيق: نجيب هواويني. الناشر: نور محمد، كراتشي.

293. ـ السرخسي، محمد بن أحمد بن أبي سهل شمس الأئمة (1981). المرجع السابق. رقم 71. ص: 4، 12، 18، 46، 140، 160.

294. مجلة الأحكام العدلية (د.ت). المرجع السابق. رقم 292. المادة (971) بند (6).

ـ السرخسي، محمد بن أحمد بن أبي سهل شمس الأئمة (1981). المرجع السابق. رقم 71. ص: 11/ 19.

295. علاء الدين، أبو بكر بن مسعود الكاساني الحنفي الملقب بملك العلماء (1328هـ). المرجع السابق. رقم 268. ص: 5 /286، 287.

296. السعدي (2000). المرجع السابق. رقم 278. ص: 33، 78، 142.

297. البعلي، محمد بن علي بن محمد اليونيني الشهير بابن أسباسلار (2019). القواعد النورانية في اختصار الدرر المضيئة: المشهور بمختصر الفتاوى المصرية [لابن تيمية]. تحقيق: عبد العزيز بن عدنان العيدان، وأنس بن عادل اليتامى. ط1. الناشر: ركائز للنشر والتوزيع بدولة الكويت، وتوزيع دار أطلس بالرياض.

ـ ابن تيمية، تقي الدين أبو العباس أحمد بن عبد الحليم بن تيمية الحراني (2012). المسَائِلُ الماردينيَّةِ - وهي مسائل يكثر وقوعها ويحصل الابتلاء بها. تعليقات: محمد حامد الفقي. وثق نصوصه وخرج أحاديثه وعلق: خالد بن محمد بن عثمان المصري. ط1. دار الفلاح المصرية. ص: 63.

298. الدمشقي، أبو محمد عز الدين عبد العزيز بن عبد السلام بن أبي القاسم بن الحسن السلمي؛ الملقب بسلطان العلماء (1991). قواعد الأحكام في مصالح الأنام؛ «القواعد الكبرى والمصلحة العامة كالضرورة الخاصة في إباحة المحظور». راجعه: طه عبد الرؤوف سعد. ج2. مكتبة الكليات الأزهرية. القاهرة، ودار الكتب العلمية ببيروت، ودار أم القرى بالقاهرة. ص: 158. 314.

299. الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد الغزالي الطوسي؛ الملقب بحجة الإسلام (1971). شفاء الغليل في بيان الشبه والمخيل ومسالك التعليل. تحقيق: حمد الكبيسي. رسالة دكتوراة منشورة. ط1. مطبعة الإرشاد ببغداد. ص: 210.

ـ ابن عاشور، محمد الطاهر بن محمد بن محمد الطاهر التونسي. (2004). مقاصد الشريعة الإسلامية. تحقيق: محمد الحبيب ابن الخوجة. الناشر: وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، قطر. ص: 78، 86.

300. الدمشقي، أبو محمد عز الدين عبد العزيز بن عبد السلام بن أبي القاسم بن الحسن السلمي، الملقب بسلطان العلماء (1991). المرجع السابق. رقم 297. ص: 158، 314.

ـ الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد الغزالي الطوسي؛ الملقب بحجة الإسلام (1971). المرجع السابق. رقم 298. ص: 218.

ـ ابن عاشور، محمد الطاهر بن محمد بن محمد الطاهر التونسي (2004) المرجع السابق. رقم 298.

301. ابن مفلح (1997). المرجع السابق. رقم 270. ص: 10 /148.

302. حماد، نزيه (1998). نظرية الولاية. ط1. الدار الشامية. بيروت. لبنان. ص: 60.

303. حماد، نزيه (2001). المواد المحرمة والنجسة في الغذاء والدواء. ط1. دار المعرفة. الأردن. ص: 35.

304. مشعل، محمد علي (2010). العقيدة الإسلامية. ط1. ص: 73.

305. الحداد، أحمد بن عبد العزيز (1988). حكم خروج النساء إلى المساجد. ط1. دبي. دائرة الأوقاف والشؤون الإسلامية. إدارة الإفتاء والبحوث. قسم البحوث. دولة الإمارات العربية المتحدة. ص: 120.

306. مشعل، محمد علي (2010). المرجع السابق. رقم 303. ص: 74.

307. لجنة هلسنكي (1980). إعلان هلسنكي؛ للبحث في التجارب السريرية على البشر. مسترجع من الموقع على الإنترنت لموقع: لجنة هلسنكي (hymic.org.il).

308. شريف، طباخ (2003). المرجع السابق. رقم 227. ص: 210.

309. الصرايرة، أحمد عبد الكريم موسى (2012). المرجع السابق. رقم 77. ص: 68.

310. مصري، عبد الصبور عبد القوي علي (2013). المرجع السابق. رقم 223.

311. يوسف، جمعة يوسف الحداد (2003). المرجع السابق. رقم 220.

312. الخطيب الشربيني (2000). المرجع السابق. رقم 159.

313. ابن حجر العسقلاني (د.ت) المرجع السابق. رقم 83.

314. ابن قدامه، أبو محمد عبد الله بن أحمد بن محمد (1968). المرجع السابق. رقم 71.

315. الصرايرة، أحمد عبد الكريم موسى (2012). المرجع السابق. رقم 77. ص: 69.

316. ابن قدامه، أبو محمد عبد الله بن أحمد بن محمد (1968). المرجع السابق. رقم 71.

317. ابن حزم، أبو محمد علي بن أحمد بن سعيد الأندلسي (1988). المرجع السابق. رقم 151. ص: 142.

318. الدردير، أحمد بن محمد العدوي الشهير بالدردير (د.ت). المرجع السابق. رقم 71. ص: 62.

إصدارات

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

متوفرة على موقعه الإلكتروني

www.acmls.org

صفحة المركز على الفيسبوك: https://www.facebook.com/acmlskuwait

صفحة المركز على الانستغرام : https://www.instagram.com/acmlskuwait/?hl=ar

صفحة المركز على منصة إكس : https://x.com/acmlskuwait

للتواصل عبر الواتساب : 0096551721678

ص.ب: 5225 الصفاة 13053 ـ دولة الكويت ـ هاتف 0096525338610/1

فاكس: 0096525338618

البريد الإلكتروني : acmls@acmls.org

ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE

The Arab Center for Authorship and Translation of Health Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

ACMLS has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Building of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

ACMLS consists of a board of trustees supervising ACMLS general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopeadias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

ACMLS is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

© COPYRIGHT - 2025
ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE

ISBN: 978-9921-859-06-5

All Rights Reserved, No Part of this Publication May be Reproduced, Stored in a Retrieval System, or Transmitted in Any Form, or by Any Means, Electronic, Mechanical, Photocopying, or Otherwise, Without the Prior Written Permission of the Publisher :

ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE
(ACMLS - KUWAIT)

P.O. Box 5225, Safat 13053, Kuwait

Tel. : + (965) 25338610/25338611
Fax. : + (965) 25338618

E-Mail: acmls@acmls.org
http:// www.acmls.org

Printed and Bound in the State of Kuwait.

ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE - KUWAIT

Medical Jurisprudence

By

Dr. Ahmed Ragaey Elgendy

Revised & Edited by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science

ARABIC MEDICAL CURRICULA SERIES

ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND
TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE - KUWAIT

Medical Jurisprudence

By

Dr. Ahmed Ragaey Elgendy

Revised & Edited by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science

2025