

زراعة الأعضاء وإشكالية تحديد لحظة الوفاة

بين

المقتضيات الصحية والقانونية والشرعية

د. أحمد عمراني

جامعة وهران 01

ملخص الموضوع

من أعقد المسائل التي يتنازعها القانون والشرع والطب مسألتى زرع الأعضاء وتحديد لحظة الوفاة، وكغيرهما من المسائل التي تتخذ طابع النازلة، حيث تلتف حولها القراءات والآراء محددة بذلك مجرياتها وقواعدها وأصولها ومعاييرها التقليدية والحديثة ، وجميع هذه القضايا حين يدرسها الطب فهو يسعى إلى إيجاد إجابات عالقة حول الإمكانية من عدمها، والقانوني حول تجريم الإقدام أو الامتناع عن أداء مهمة طبية ترتبط بالحياة أو الموت، في حين يستقل الجانب الشرعي بالحكم الجائز أذ فير الجائز لها، ومنه تأتي هذه الدراسة مستوعبة بذلك هذه الحدود على حسب الثابت والمتفق عليه. ومركزة على مختلف فروع هاتين المسألتين.

Organ Transplantation and the problematic of determining the moment of death

Between medical , legal and the legitimate requirements

Dr. Ahmed Amrani - The University of Oran

Abstract

The most complex issues claimed by Sharia , law and medicine are two issues : Organ Transplantation and determining the moment of death , And just like the other issues that take the character of a descending, Where wrapped around readings and opinions thereby defining traditional and modern events ,rules , origins and standards . And while medicine study all these issues ; it seeks to find outstanding answers about the possibility or not . And legally about the criminalization of embarking or refraining the performance of the medical mission linked to life or death ; While the legitimate side is independent by the permissible judgment Azz Fir ,the permissible to it . And from it comes this study assimilating these limits by the fixed and the agreed upon, focusing on the various branches of these two issues.

مقدمة:

لم يعد موت الشخص ظاهرة بيولوجية فقط ؛ وإنما هي أيضا واقعة قانونية لها آثارها القانونية والشرعية في مجال الإرث، وفي مجال القانون الجنائي حيث يشترط لتوافر أركان جريمة القتل أن يكون محل الجريمة إنسانا حيا، فتحديد لحظة الوفاة يفصل في مدى توافر أو عدم توافر أركان جريمة القتل.

كما أن تحديد لحظة الوفاة لا يقل أهمية عن تلك المتعلقة بالوقوف على اللحظة التي تبدأ فيها الحياة ، فإن كانت الأخيرة من شأنها الإعلان عن دخول الكيان المادي للإنسان نطاق الحماية القانونية ، لاسيما سلامة جسمه التي تعد من الحقوق الشخصية التي صانها الشرع والقانون، وكفلت الدساتير حفظها لكل فرد من أفراد المجتمع ⁽¹⁾، فإن الوقوف على لحظة الوفاة يعد الفيصل في انتهاء إطلاق وصف الجسم عن الكيان المادي للإنسان ليدخل في نطاق أحكام قانونية أخرى خاصة بجريمة الجثة .

ولعلّ أطباء الإنعاش هم أكثر من يعاني من معضلة تعريف الموت وأكثر المعرضين للمساءلة، كما أصبحت أصابع الاتهام توجه إلى ممارسي عملية نقل وزراعة الأعضاء، بأنهم يستأصلون الأعضاء من الأحياء لا من الموتى.

ففي مجال اقتطاع عضو وحيد وأساسي للحياة كالقلب أو الكبد يجب معرفة اللحظة التي تم فيها الموت للتأكد من أن الاقتطاع مسموح به وحتى لا يوصف عمله قانوناً أنه قتل أو اغتيال.

وعليه يجب أن يكون للقانون وفقهاء الشريعة الدور الرئيسي في ضبط وإصباح المشروعية على تحديد لحظة الوفاة، ولا يمكن بحال ترك المسألة برمتها لما يقرره الأطباء في كل حالة على حدة، وذلك لما يفضي إليه مثل هذا النهج من نتائج شاذة وإخلال كبير في تطبيق القواعد القانونية خصوصاً ما تعلق منها بالمسؤولية الجنائية عن جرائم الاعتداء على سلامة الجسد والحياة بحيث تتوقف المسؤولية الجنائية عن جريمة القتل مثلاً على ما يقرره الأطباء من اعتبار الشخص المحني عليه ميتاً أو في حكم الميت أو أن الحياة ما زالت تدب في أوصاله وذلك حسب ما يطبقونه من معايير في كل حالة على حدة.

ومن هنا بدأت نقطة الخلاف حول مسألة جوهرية هي تحديد لحظة الوفاة التي تتنازعها عدة اعتبارات فنية وعلمية وقانونية وأخلاقية ودينية، ومدى انعكاس ذلك على نطاق الحماية الجنائية للجسم البشري، ولبيان ذلك قسمنا هذا البحث إلى مبحثين: خصصنا الأول لمعايير تحديد لحظة الوفاة، والثاني للموقف الشرعي والقانوني من هذه المسألة.

المبحث الأول: معايير تحديد لحظة الوفاة

الوفاة كحدث في حد ذاته له انعكاسات متعددة سواء من الناحية الطبية أو القانونية أو الأخلاقية أو الدينية. ويكتسب تحديد لحظة الوفاة أهمية خاصة في عصرنا الحالي وذلك لاعتبارين:

- الأول: التطور الهائل في مجال عمليات نقل وغرس الأعضاء الذي غير النظرة إلى الجثة على أنها مصدر لقطاع الغيار البشرية،
- الثاني: أنه بالتقدم الكبير الذي عرفه ميدان الإنعاش الصناعي أفرز لنا حالة ثالثة يكون فيها الإنسان بين الحياة والموت، بعدما كنا نعرف حالتين فقط هما: الحياة أو الموت.

ومن هنا يثور التساؤل متى يستطيع الطبيب إجراء عملية اقتطاع الأعضاء من الجثة لزرعها عند مرضى آخرين؟ من البديهي أن الطبيب لا يقوم بأي اقتطاع من الجثة إلا إذا كان الشخص قد توفي بالفعل؛ ولمعرفة اللحظة التي يعتبر فيها الشخص ميتاً فلا بد من تحديد معيار الموت. وفي هذا الخصوص يوجد معياران معيار تقليدي الذي يرى بأن الموت تتحقق عندما تتوقف العمليات الحيوية لدى جسم الإنسان والمرتكزة في القلب والتنفس، ومعيار حديث الذي يرى أن حياة الإنسان تنتهي عندما تموت خلايا مخه حتى ولو ظلت خلايا قلبه حية أو ما يسمى بالموت الدماغى. ثم أن تبني معيار الموت الدماغى يقتضى منا التعرض لإشكالية الإنعاش الصناعى وما تعلق -خاصة- بحدوده، وما هي الآثار القانونية والشرعية التي تترتب على إيقافه؟.

هذا ما سنتعرض له في مطالب ثلاثة، نخصص الأول للمعيار التقليدي في تحديد لحظة الوفاة، ونتناول في الثاني المعيار الحديث للوفاة أو ما يسمى بالموت الدماغى، أما المطلب الثالث فنخصصه للإنعاش الصناعى لما له من صلة وطيدة بالموت الدماغى .

المطلب الأول: تحديد لحظة الوفاة وفقاً للمعيار التقليدي

الوفاة طبقاً للمعيار التقليدي تتحقق عندما تتوقف العمليات الحيوية لدى جسم الإنسان والمرتكزة في القلب والتنفس. غير البعض يرى بأن توقف القلب عن العمل وتوقف الجهاز التنفسى، وإن كان يدل على موت ظاهرى- ، فإن هذا لا يدل على الموت الحقيقى⁽²⁾.

ويرى البعض الآخر أن هذا المعيار فيه قصور ولا يواكب مقتضيات التطور العلمى وذلك من وجهين :

- **الأول:** أن التجارب العلمى أثبتت أن توقف نبضات القلب والتنفس الطبيعى لدى الشخص لا يدل بالضرورة على تحقق الوفاة لأن هناك العديد من الحالات التى عاد فيها القلب والجهاز التنفسى إلى العمل بعد إجراء بعض العلاجات العضلية والعصبية وذلك عن طريق إحداث صدمات كهربائية للجهاز العصبى⁽³⁾.
- **أما الثانى:** فيتمثل فى أن التعويل على موت القلب وسائر أعضاء الجسم من شأنه إعاقة العديد من الممارسات الطبية العلاجية وعلى رأسها عمليات نقل وزراعة الأعضاء التى تستلزم نقلها قبل تآكل أنسجته وتلفها، الأمر الذى لن يتأتى إذا تبيننا المعيار التقليدى، ومن هنا تظهر الحاجة إلى معيار جديد لتحديد لحظة الوفاة يضمن احترام الحياة الإنسانية ويحفظ فى نفس الوقت القيمة التشريحية للعضو المستأصل⁽⁴⁾.

وعلى العكس من ذلك؛ يرى جانب من الفقه ورجال الطب إلى أن إظهار المعيار التقليدي على هذا النحو إنما ينطوي على محاولة إبراز قصور فيه والمطالبة بتبني معيار الموت الدماغى، هو بهدف تحقيق أغراض علمية على حساب حق الأفراد في الحياة وسلامة أجسادهم. حقيقة إن كان توقف القلب والجهاز التنفسي هو المعول عليه دائماً في تقرير الوفاة، إلا أنه يجب التثبت من توقف باقي أعضاء الجسم وأجهزته عن أداء وظائفها الحيوية وذلك بصفة نهائية وتامة، الأمر الذي يؤكده غالبية شراح القانون الجنائي عند بيان التعريف القانوني للموت بوصفه أحد عناصر الركن المادي في جرائم القتل⁽⁵⁾.

المطلب الثاني: المعيار الحديث للوفاة (الموت الدماغى)

طبقاً لهذا المعيار يعتبر الشخص ميتاً متى ماتت خلايا مخه بصفة نهائية، فالطب الحديث يعتبر أن حياة الإنسان تنتهي عندما تموت خلايا مخه حتى ولو ظلت خلايا قلبه حية، فمتى ماتت خلايا المخ بصورة نهائية فإنه يستحيل عودتها إلى الحياة، وبالتالي يستحيل عودة الإنسان إلى وعيه وإلى حياته الطبيعية.

وقد استقر رأي الأطباء في الوقت الحاضر على أن موت خلايا المخ *La mort des cellules cérébrales*، الذي يؤدي إلى توقف عمل المراكز العصبية العليا التي تتحكم في وظائف الجسم، هو الحد الفاصل بين الحياة والموت⁽⁶⁾.

فتنفس الشخص أو نبض قلبه في حالة استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي ليس إلا مظهراً للحياة الصناعية وليس دليلاً على حياة الإنسان، فأيا كانت الوسائل العلاجية المستخدمة لإطالة فترة الحياة الصناعية فهذا لن يؤدي إلى عودة الحياة مرة أخرى عندما

تتوقف وظائف المخ نهائيا ولا يمكن الرجوع فيه أو مواجهته بأي أسلوب علاجي حتى الآن⁽⁷⁾.

ومن أوائل التقارير التي أكدت على ذلك ما قدمته اللجنة المشكلة في المدرسة الطبية بمارفارد *Harvard Medical School* سنة: 1968. وقد جاء فيه م ا يلي:

"...فالتبيب يستطيع أن يعلن وفاة الشخص عندما يتوقف نشاط الجهاز العصبي مما يسمح بإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي، والمريض في هذه الحالة لا يستجيب لأيّة منبهات ولو كانت قوية، وانعدام الحركة أو الاستقبال أو الاستجابة أو ردود الأفعال تثبت من خلال الاختبارات التي يجب أن يتكرر إجراؤها خلال أربع وعشرين ساعة قبل الانتهاء إلى قرار في هذا الشأن⁽⁸⁾.

وهكذا أصبح الموت يمتد عبر مراحل الأجزاء المختلفة للجسم بدون أي ترتيب معين، وأصبحت الموت ظاهرة أكثر تعقيداً وأصبحت مسألة الحدود الفاصلة بين الحياة والموت تطرح بإلحاح كلما تطورت عمليات زرع الأعضاء، وأصبح الآن لدينا أنواع من الموت - إن صح هذا التعبير - الموت الظاهري، والغيوبة بأنواعها وغيرها من المسميات. ولتوضيح ذلك سنحاول تحديد البعض من هذه المفاهيم فيما يلي :

أولاً: الموت الظاهري: La mort apparente

في هذه الحالة يكون الجسم في حالة موت من حيث الظاهر، غير أنه قابل للعودة للحياة. ويعرفه الأستاذ فيقورو *Vigouroux*، بأنه: "الاختفاء المؤقت لمعايير الحياة الأساسية كالتنفس ونبض وخفقان القلب والضغط الدموي عند شخص لا يزال على قيد الحياة وإن كان يأخذ شكل الموت⁽⁹⁾.

فتوقف دوران الدم والتنفس هي علامات بديهية للموت ولكنها ليست مطلقة، لأنه يمكن للشخص الرجوع إلى الحياة. وبالتالي فإن اقتطاع عضو من مريض في حالة موت ظاهري يوازي قتله .

ثانياً: الغيبوبة *Le coma*

هي عبارة عن فقدان الشعور أو الأحاسيس الخارجية، ويعبر مبدئياً عن ضرر يصيب الجهاز العصبي ويتمثل بحدوث اضطرابات في الوعي عند شخص يبقى محتفظاً بالحياة الإنبائية (*La vie vegetative*) التي تبقى مؤمنة بواسطة الأعضاء الحيوية الأساسية لكل حياة كالتنفس وضغط الدم، في حين تخفى حياة الاتصالات التي يحكمها الدماغ كالحركة والشعور واليقظة ⁽¹⁰⁾.

ويمكن التمييز بين نوعين من الغيبوبة :

أ- الغيبوبة الممتدة *Le coma prolongé*

يعتبر المريض في غيبوبة ممتدة عندما تتجاوز مدة غيبوبته ثلاثة أسابيع، ولا يصدر عنه أي دليل على الوعي، ولكن يمكن أن يعود إلى حالة الوعي ولو تجاوز عدة شهور، وخلال هذه الفترة يبقى المريض محتفظاً بحياته الإعاشية التي تتميز بالتنفس ودوران الدم والتنظيم الحراري ⁽¹¹⁾.

ب- الغيبوبة المتجاوزة ⁽¹²⁾ *Le coma dépassé*

وتبدأ هذه الحالة بمجرد أن تشرع خلايا الدماغ في التوقف وتفقد الوظائف العضوية اتساقها، حتى ولو أمكن الإبقاء على تنفسه ودورته الدموية بأساليب الإنعاش الصناعي. وتحدث هذه الحالة عادة عند الأشخاص الذين يتعرضون لرضوض شديدة في الجمجمة أو اعتداء، أو رصاصة في الرأس، أو لانقطاع الأوعية داخل الدماغ ويتجلى

تخريب الدماغ برسم موجات مستوية *Electro-encéphalographique plat* - في هذه الحالة لا يستمر بقاء الأعضاء حيّة إلا لعدة ساعات، لأن عدم رجوع الجهاز العصبي المركزي للحياة يؤدي لإصابة كل الحركات المنظمة للجسم بالخلل وينتهي القلب بالتوقف، وتختلف مدة الغيبوبة المتجاوزة، وتتجاوز استثناءً الخمسة أيام⁽¹³⁾. وبهذا نكون قد وصلنا إلى موت الدماغ ويسمى أيضاً بالموت المطلق *La mort absolu*. فبناءً على ما سبق ؛ فإنه وفقاً لمعيار الموت الدماغي، يعد الشخص ميتاً إذا ما أصيبت خلايا الدماغ بتلف أدى إلى توقف وظائف المخ توقفاً نهائياً لا رجعة فيه. ولا يؤثر - وفقاً لهذا المعيار - وجود بعض مظاهر الحياة في جسمه كاستمرار نبض القلب والتنفس عن طريق أجهزة الإنعاش الصناعي، لأن العبرة دائماً هي بموت خلايا جدع المخ بشكل لا يمكن أن تعود معه إلى الحياة ثانية ولا يمكن للشخص المصاب بالموت الدماغي أن يستفيق من غيبوبته التي لا رجعة فيها⁽¹⁴⁾ وهو ما يطلق عليها بالغيبوبة المتجاوزة كما أشرنا إلى ذلك .

المطلب الثالث : حدود الإنعاش الصناعي

لقد أصبح واضحاً أن تبني معيار الموت الدماغي هو بهدف تمهيد الطريق أمام ممارسات طبية حديثة بكافة أنواعها ومنها بشكل خاص ما تعلق بنقل وزراعة الأعضاء، الأمر الذي سيؤدي بلا شك إلى تضيق نطاق الحماية القانونية للجسم البشري والحياة، إذ الجسم سوف يتحول إلى جثة غير مشمولة بالحماية القانونية اللازمة، وذلك بمجرد توقف المخ عن العمل ولو كان سائر أعضاء الجسم لا تزال تؤدي وظائفها بشكل طبيعي.

غير أنه بفضل الاكتشافات التقنية الطبية الحديثة توفرت وسائل وأجهزة وأدوات متطورة، تسمّى " الإنعاش الصناعي "، بعضها يفيد في إنعاش القلب بعد توقفه، وبعضها يقوم بوظيفة التنفس بدلا من الرئتين في حال فشل التنفس، بحيث أنه في بعض الأحيان، يمكن أن يسترد الإنسان وعيه كاملاً. والسؤال الذي يثور بهذا الخصوص هل امتناع الطبيب عن إنعاش المريض أو إيقاف جهاز الإنعاش الاصطناعي عن المريض يعد الطبيب المعالج مرتكباً لجريمة قتل إذا ما قام بإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الذي توقف قلبه وجهازه التنفسي غير أن خلايا المخ ما زالت حية أو امتناعا عن تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر؟ وما الحكم عند امتناع الطبيب في استعمالها؟. ومن جهة أخرى؛ هل يُعدّ إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي من قبيل القتل إشفاقاً؟ ثم ما هي الضوابط والقيود القانونية والشرعية لمن هو في غيبوبة دائمة غير قابلة للعلاج عندما يكون مرشحاً لاقتطاع أعضاء أو أنسجة منه؟ فهذه أسئلة وغيرها غاية في الأهمية، والإجابة عليها لا تخلو من التعقيد والمسؤولية، وعليها تعلق آثار لا حدود لها، وسنحاول فيما يلي الإجابة على هذه التساؤلات فيما يلي:

أولاً: تعريف الإنعاش الصناعي

يعرف الإنعاش *La réanimation* بأنه: "هو عودة النشاط بعد الفتور، أو إعادة الوظائف الحيوية في الجسم لمباشرة عملها من جديد بعد أن تكون قد توقفت أو على وشك التوقف، وهذا التوقف يحصل إما بسبب المرض أو بسبب بعض الحوادث التي تصيب المراكز الحيوية بعطب مؤقت" (15).

ثانياً: الامتناع عن استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي

الفرض هنا أن الخطر يتهدد إنسان، وإن كانت حياته مهددة، إلا أنه ما زال على قيد الحياة أو يعتبر قانوناً أنه كذلك. فقد يدخل الشخص في غيبوبة ويفقد الإحساس والشعور، ولكنه يظل مع ذلك محتفظاً بحياة عضوية، ويمكن لجهاز رسم المخ أن يسجلذبذبات معلناً عن وجود حياة مخية .

وما هو معلوم أن المدة الزمنية بين توقف القلب والرئتين عن العمل، وموت المخ، لا تستغرق غير بضع دقائق، وفي هذه الفترة القصيرة يعد الإنسان من الأحياء ويتعين أنقاده حتى لا تموت خلايا مخه، نظراً لسرعة تلفها وعدم قدرتها على التجدد كما هو الشأن بالنسبة لباقي خلايا الجسم الأخرى. في هذه الحالة يقع على عاتق الطبيب واجب إنعاش المريض، لإنقاذه حتى لا تموت خلايا مخه.

فهل امتناع الطبيب عن إنعاش المريض صناعياً في هذه الحالة يشكل جريمة قتل ؟
نقول بأن عدم قيام الطبيب المعالج أو اختصاصي الإنعاش بذلك يعد شرعاً وقانوناً امتناع عن تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر، وهي جريمة يعاقب عليها قانون العقوبات. فقد نصت الفقرة الثانية من المادة 182 من قانون العقوبات الجزائري على أنه: "...ويعاقب بالعقوبة نفسها (الحبس من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات وبغرامة من 20.000 دج إلى 100.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين) كل من امتنع عمداً عن تقديم مساعدة إلى شخص في حالة خطر ؛ كان في إمكانه تقديمها إليه بعمل مباشر أو بطلب الإغاثة له وذلك دون أن يكون هناك خطورة عليه أو على الغير " .

يتضح من هذه المادة أنه لقيام جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة يجب توافر ركنين مادي ومعنوي :

- الركن المادي: ويتحقق في وجود شخص في خطر وأن يكون هذا الخطر حالاً.

- الركن المعنوي: ويتمثل في توافر ركن العلم والإرادة لدى المتهم، أي أن يكون

عالماً بوجود شخص في خطر ويمتنع عمداً عن تقديم المساعدة له.

وبناءً عليه؛ يعتبر المريض - المهدّد بموت أكيد وحال - في خطر مما يتعين على

الطبيب تقديم المساعدة له قدر المستطاع حتى وفاته؛ فيجب عليه أن يقوم بتركيب أجهزة

الإنعاش الصناعي عليه واستمرار عملها متى وجدت فرصة حقيقية لبقاء المريض على قيد

الحياة. فإن امتنع فإنه يسأل جنائياً عن جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في

حالة خطر طبقاً للمادة: 182 من قانون العقوبات، المشار إليها أعلاه.

ويصنف فقهاء القانون الجنائي هذا النوع من الجرائم بالجرائم الإيجابية التي ترتكب

بالترك أو الامتناع؛ وتطبيقاً على الحالة التي نحن بصدددها، فإن الطبيب الذي يمتنع عن

استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي لمريض لم تمت خلايا مخه وإن توقف قلبه ورثته عن

العمل يعد قاتلاً عمداً بالامتناع أو الترك، ذلك لأن الشخص ما زال على قيد الحياة رغم

توقف قلبه ورثته.

نشير إلى أن مدونة أخلاقيات الطب الجزائرية في المادتين 7 و 9، توجب على

الطبيب المعالج تقديم المساعدة للمريض والتخفيف من معاناته ضمن احترام كرامته

الإنسانية، وأن يقوم بإسعاف أي مريض يواجه خطراً وشيكاً حتى آخر لحظة، وأن

يتأكد من تقديم العلاج الضروري له (16).

وجاء في توصيات الندوة المنظمة للإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الثانية سنة

1985، التي خصصتها لموضوع " الحياة الإنسانية " وندوتها التاسعة لموضوع " التعريف

الطبي للموت" سنة: 1996، بأن ما اتفق عليه الأطباء والفقهاء المشاركون هو أن توقف القلب حالة مرضية يمكن إسعافها.

وقد جاء في توصية ندوة 1985 أنه: "إن أيًا من الأعضاء أو الوظائف الرئيسية الأخرى كالقلب والتنفس قد يتوقف مؤقتًا، ولكن يمكن إسعافه واستنقاذ عدد من المرضى ما دام جدع المخ حيًا.

ثالثاً: إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي وجريمة القتل إشفاقاً

لا خلاف في أن إيقاف الإنعاش الصناعي عن شخص توقف قلبه وجهازه التنفسي، غير أن خلايا مخه ما زالت حية، أي يعتبر حياً من الناحية الطبية والقانونية، يعد جريمة قتل عمدية، غير أن الصعوبة تكمن عندما تتوقف خلايا المراكز العليا للجهاز العصبي، حيث استقر رأي الأطباء في الوقت الحاضر على أن موت خلايا المخ *La mort des cellules cérébrales*، الذي يؤدي إلى توقف عمل المراكز العصبية العليا التي تتحكم في وظائف الجسم، هو الحد الفاصل بين الحياة والموت.

إذا فموت خلايا المخ هو المعيار الحقيقي لموت الإنسان، وبالتالي فإن إيقاف عمل أجهزة الإنعاش الصناعي لا يعدّ في هذه الحالة جريمة قتل إشفاقاً، لأنه متى ماتت خلايا المخ تنتهي الحياة الإنسانية ومن ثم تستحيل عودة الإنسان إلى وعيه وحالته الطبيعية، فهو شخص ميت بالفعل، وما يفعله الإنعاش الصناعي هو مجرد إطالة حياته العضوية بطريقة صناعية ليس إلا. وعلى ذلك لا يعد في نظر القانون أو الشرع قتلاً عمداً أو خطأً أو حتى امتناع عن مساعدة شخص في حالة خطر.

كما أنه ليس في إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بالنسبة لمن مات منه، ما يشكل جريمة أخلاقية، ذلك أنه لا يقبل الاستمرار في المحافظة على حياة عضوية صناعية مجردة من كل فائدة، وربما يكون من المرضى من هو في أشد الحاجة إليها لإنقاذ حياتهم⁽¹⁷⁾.
غير أن هذا لا يمنع من أن بعض الأطباء يسيطر عليهم القلق فيما إذا كان قرار إيقاف أجهزة الإنعاش لن يكون مصدراً لمساءلتهم بممارسة القتل الرحيم *L'euthanasie*. الحقيقة أن مفهوم القتل الرحيم أو القتل إشفاقاً هو " وضع حد لحياة مريض لا يرجى شفاؤه، وبهدف تخليصه من آلامه المبرحة "⁽¹⁸⁾.

فهذا النوع من القتل يفترض وجود حياة إنسانية طبيعية تسبب لصاحبها آلاماً لا تحتمل، ويوضع حد لهذه الآلام بقتل المريض. فهذان العنصران غير متوفرين في حالة إيقاف أجهزة الإنعاش، حيث أن الشخص يوجد في حالة غيبوبة طويلة وليس له أي أمل في الشفاء، لأنه لا يوجد هناك أي حياة، والمعاناة -العنصر الثاني للقتل الرحيم - غير متوفرة هنا لأن الشخص في هذه الغيبوبة المتجاوزة يفقد رد الفعل الانعكاسي⁽¹⁹⁾.

المبحث الثاني: الموقف الشرعي والقانوني من تحديد لحظة الوفاة

مفهوم الموت وتحديد لحظة حدوثه - كما ذكرنا - أمر تتنازعه عدة اعتبارات علمية وقانونية وأخلاقية وشرعية. فالوفاة بالنسبة للطبيب هي واقعة بيولوجية تحدث على مراحل متعددة، وهي بالنسبة لرجل القانون حدث فجائي يرتب آثاراً قانونية على جانب كبير من الأهمية.

أمّا من الناحية الشرعية فهي عبارات عن صعود الروح إلى خالقها ويترتب على وقوعها أحكاماً تعبدية كتغسيل الميت ودفنه وأخرى تتعلق بالإرث والوصية والديون، وعدة الزوجة وغيرها.

وترتيباً على ما سبق؛ وبعد أن تعرضنا لمسألة تحديد لحظة الوفاة من الناحية العلمية والطبية، سنحاول الوقوف على رأي كل من علماء الشريعة والقانون من مسألة تحديد لحظة الوفاة وذلك في مطالب ثلاث، نخصص الأول للموقف الشرعي، والثاني لموقف التشريعات الوضعية من المسألة، أما الثالث فنخصصه لشروط معاينة الوفاة قبل ممارسة عمليات الاستئصال من الجثة.

المطلب الأول: الموقف الشرعي من تحديد لحظة الوفاة

تقرّر معظم الأديان والفلسفات أن موت الإنسان هو خروج الروح من بدنه ومغادرتها إلى حيث لا نعلم. ويعتقد البوذيون والهنداكة والشتو أن الروح تظل حبيسة في الجسد وبالذات في الجمجمة، وأنها لا تنطلق إلا بعد حرق الجثة وانفجار الجمجمة. ثم إن الهندوك والبوذيين يعتقدون بتناسخ الأرواح، وأن الروح الشريرة تعاد في جسد حقير مثل الكلب والخنزير ... وأن الروح الصالحة الخيرة تظل تنتقل من الأجساد الخيرة حتى تصل إلى مرحلة النرقانا وهي السعادة الأبدية⁽²⁰⁾.

أما المفهوم الإغريقي والمفهوم اليهودي - المسيحي، هو أن لكل إنسان روحه الخاصة به، وأن الموت هو خروج الروح من البدن ومفارقتها له... وأن الروح خالدة أبدية⁽²¹⁾.

والإسلام يعتبر الموت خروج الروح من الجسد، وقد وكل الله ملائكة يقومون بإخراج الروح، مصداقاً لقوله تعالى (الَّذِينَ تَتَوَفَّاهُمُ الْمَلَائِكَةُ هَيَّيْنِ يَقُولُونَ سَلَامٌ عَلَيْكُمُ ادْخُلُوا الْجَنَّةَ بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ)⁽²²⁾ وقوله أيضاً (قُلْ يَتَوَفَّاكُم مَّلَكُ الْمَوْتِ الَّذِي وُكِّلَ بِكُمْ ثُمَّ إِلَىٰ رَبِّكُمْ تُرْجَعُونَ)⁽²³⁾.

وهناك الآيات الكثيرة في الموضوع وكلها تصرح بأن الموت هو خروج النفس(الروح) من الجسد بواسطة الملائكة؛ قال الغزالي في الإحياء: "إن الموت معناه تغير حال فقط، وأن الروح باقية بعد مفارقة الجسد، إما معذبة وإما منعمة، ومعنى مفارقتها للجسد انقطاع تصرفها عنه بخروج الجسد عن طاعتها، فإن الأعضاء آلات للروح تستعملها حتى أنها لتبطلش باليد وتسمع بالأذن وتبصر بالعين وتعلم حقيقة الأشياء... والموت عبارة عن استعصاء الأعضاء كلها..." إلى أن قال : " لا يمكن كشف الغطاء عن كنه الموت، إذ لا يعرف الموت من لا يعرف الحياة" (24).

واستدل الفقهاء على الموت ببعض الامارات والأحاديث النبوية الشريفة، منها(25):

أ). عن أم سلمة رضي الله عنها أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال : " إن الروح إذا قبض اتبعه البصر " [أخرجه مسلم]

ب). عن شداد بن أوس يرفعه : " إذا حضرتم موتاكم فأغمضوا البصر ، فإن البصر يتبع الروح . وقولوا خيراً ، فإنه يؤمن على ما يقول أهل الميت " [أخرجه أحمد في مسنده].

فشخص بصر الميت علامة هامة على قبض روح الميت ومفارقتها لجسده. وقد ذكر الفقهاء علامات الموت عنهم وهي : انقطاع النفس، واسترخاء القدمين، وعدم انتصابهما، وانخساف الصدغين، وبرودة البدن وغيرها من العلامات. ولا شك أن هذه العلامات غير مؤكدة ما عدا توقف النفس الذي ينبغي أن يستمر لفترة من الزمن. أمّا فيما يخص المعيار المعتمد في تحديد لحظة الوفاة ؛ فقد اختلف فقهاء الشريعة الإسلامية في ذلك، فمنهم من قال باعتبار الشخص في حكم الميت بمجرد الإعلان عن

موت خلايا المخ أي الموت الدماغى، بينما يرى آخرون بأن الموت لا تتحقق إلا بتوقف الأعضاء الأخرى عن العمل كالقلب والرئتين، وهو ما سنتعرض له فيما يلي :

أولاً: الرأي بأن الموت لا يتحقق إلا بموت كامل الأعضاء مع اختلاف بخصوص إيقاف أجهزة

الإنعاش.

من هذه الفتاوى ما قال به شيخ الأزهر السابق، جاد الحق علي جاد الحق : " أن الإنسان يعتبر ميتاً متى زالت عن جسده ظواهر الحياة وبدأت تلك العلامات القاطعة في حدوث الموت، ولا يعتبر الإنسان ميتاً بتوقف الحياة في بعض أجزائها، بل تعتبر كذلك أي ميتاً شرعاً وتترتب آثار الوفاة من تحقق موته كلية...ويرى بأن عدم استعادة الحياة بعد موت المخ، رغم بقاء خلايا القلب حية بفضل استخدام وسائل الإنعاش الصناعي، حسب الاتجاه القائل بذلك، أمر لم يصل إلى الحقيقة العلمية المستقرة (26).

وعند البعض: " فإن أحكام الموت أيا كانت فإنما تترتب على وقوع الفعل التام، لا على توقعاته مهما كانت يقينية جازمة كما هو حال الموت الدماغى، وأن حركة القلب ما دامت مستقرة، فقرار الموت غيب لا يجوز الحكم به سواء كانت طبيعياً أم اصطناعياً بواسطة هذه الأجهزة، فإذا تحققت الدلائل الشرعية للموت حكم بموته، وترتبت عليه أحكامه، وإلا فإنه لا يزال في الأحياء، وتظل أحكام الأحياء هي السارية في حقه " (27).

وهو ما قرره مجلس الجمع الفقهي الإسلامى في دورته العاشرة حيث قرر أن الحكم بموت المريض المنعش لا يكون إلا بتوقف التنفس والقلب، وقد جاء فيه : " المريض الذى ركبت على جسمه أجهزة الإنعاش يجوز رفعها إذا تعطلت جميع وظائف دماغه نهائياً، وقررت لجنة من ثلاثة أطباء اختصاصيين خبراء أن التعطل لا رجعة فيه، وإن كان

القلب والتنفس لا يزالان يعملان آليا بفعل الأجهزة المركبة، لكن لا يحكم بموته شرعا إلا إذا توقف التنفس والقلب توقفا تاما بعد رفع هذه الأجهزة " (28).

ويرى البعض الآخر: " أن ما يسمى بالموت الدماغي أو الموت الكلينيكي، قد تم التخطيط له لرفع الحرج عن الأطباء الجراحين المعالجين حتى يتحرروا من العبء الثقيل الذي فرضه عليهم مرضى الغيبوبة العميقة، وهو يقوم على أخطاء عديدة ومغالطات علمية لانتزاع الأعضاء الحيوية: كالقلب والكبد والرئتين والبنكرياس، من مصابي الحوادث ومرضى الغيبوبة العميقة بأقسام العناية المركزة (29).

وترتيباً على ما سبق؛ فإن البعض من أصحاب هذا الاتجاه (30)، يقولون بعدم جواز رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض، حتى ولو تقرر موته دماغية، طالما يوجد تنفس وإن كان آليا فهو دلالة على استمرار الحياة، ولا يتم رفعها حتى يتم توقف القلب والدورة الدموية والتنفس، واستدلوا على ذلك بما يلي:

1. أن حفظ النفس مؤكدة باعتبارها من الضروريات الخمس، قال تعالى : (وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا) (31).

2. القاعدة الفقهية " اليقين لا يزال بالشك " (32)، فوجه الاستدلال بهذه القاعدة هو أن المتيقن هو بقاء الحياة في المريض بنبض قلبه ويتنفس ولو آليا، مما يجعل الموت مشكوك فيه، وبالتالي يؤخذ باليقين حتى يزول الشك بتوقف القلب والتنفس بشكل نهائي .

ثانياً: الرأي الذي يعتمد معيار الموت الدماغي .

الموت الحقيقي للإنسان في نظر هذا الفريق ؛ إنما يتجسد في موت الجهاز الذي يعتمد عليه عمل المراكز العليا في التنسيق بين وظائف أجهزة الجسم، وأن القرآن الكريم

يعبر عن جملة الوجود الجسدي للإنسان بالإشارة إلى هذه المراكز ونجد هذا في قوله تعالى
(وَإِذْ أَخَذَ رَبُّكَ مِنْ بَنِي آدَمَ مِنْ ظُهُورِهِمْ ذُرِّيَّتَهُمْ وَأَشْهَدَهُمْ عَلَى أَنْفُسِهِمْ أَلَسْتُ
بِرَبِّكُمْ قَالُوا بَلَى شَهِدْنَا أَنْ تَقُولُوا يَوْمَ الْقِيَامَةِ إِنَّا كُنَّا عَنْ هَذَا غَافِلِينَ) (33).
والمقصود بالظهور في الآية الكريمة العمود الفقري لهيكل الإنسان الذي قوام بنيته ومراكز
النخاع الشوكي الذي يتحكم في حياة الإنسان بتوجيه من المخ (34).

كما أن الادعاء بإعادة الحياة لشخص في حالة غيبوبة نهائية عن طريق الإنعاش
الصناعي، فضلاً عن أنه يخالف الواقع لأنه لا يحيي خلايا المخ، كما يخالف أيضاً الحقيقة
العقائدية التي تقضى بأن الإحياء والإماتة إنما هي أفعال لا يشارك فيها أحد الله سبحانه
وتعالى (وَإِنَّا لَنَحْنُ نُحْيِي وَنُمِيتُ) (35) فحقيقة منح الحياة وسلبها وإعادة هي سنة
كونية لا يملك منها الإنسان شيئاً (36).

فبهذا الرأي أخذ جمهور العلماء المعاصرين، وأيده المجمع الفقهي الإسلامي في
دوراته ومن ذلك :

1- قرار مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره الثالث بعمان في 16
أكتوبر 1986، الذي اعتبر بأن موت الشخص تتحقق، وتترتب عليها جميع الأحكام
المقررة شرعاً للوفاة إذا تبينت فيه إحدى العلامتين التاليتين:

- 1- إذا توقف قلبه وتنفسه توقفاً تاماً وحكم الأطباء بان هذا التوقف لا رجعة فيه.
- 2- إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلاً نهائياً، وحكم الأطباء الاختصاصيون
الخبراء بان هذا التوقف لا رجعة فيه، وأخذ دماغه في التحلل .

2- (ب) في قرار آخر للمجمع في دورته العاشرة، درس موضوع تقرير حصول
الوفاة بالعلامات الطبية القاطعة. وهو ما يعني أخذه بمعيار الموت الدماغي، بدليل أنه قرر

في الدورة نفسها، إيقاف أجهزة الإنعاش عن المريض الذي تعطلت جميع وظائف دماغه نهائياً.

■ (ج) - جاء في دورة عمان لمجلس مجمع الفقه الإسلامي سنة 1996، في قراره رقم: 5 بشأن رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً ما يلي: "يجوز رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص وإن كان بعض الأعضاء كالقلب مثلاً لا يزال يعمل آلياً بفعل الأجهزة المركبة".

وفي توصيات هذه الندوة ذكر رأي أهل الاختصاص من الأطباء في المسألة، وقد جاء فيه: "إذا فقد المخ القابلية للحياة ولا يمكن إصلاحه بعد ذلك، كما لا يمكن وضع بديل له في الحال أو المال القريب على الأقل.

وعلى هذا فإن موت المخ موتاً كلياً في ظل الظروف الحاضرة يؤدي بالضرورة إلى موت صاحبه. وقد بات ذلك شائعاً ومستقراً في الأوساط الطبية العالمية، ولا يمكن بحال عودة من مات دماغه إلى الحياة في الحاضر أو القريب وربما البعيد طالما تم التشخيص طبقاً للمعايير الفنية الصحيحة، ومن ثم لم تعد أجهزة الإنعاش مفيدة له طبياً، وإن تسببت في إبقاء بعض وظائفه الرئيسية كالقلب يعمل أيما قد تصل إلى أسبوعين أو يزيد بقليل" (37).

وبهذا الخصوص يقول الدكتور محمد سعيد رمضان البوطي - رحمه الله - : "أن هذه الأجهزة ومع ما تقدمه من معونة ليست أكثر من غطاء مسدل على المريض يمنع من معرفة واقع حاله أميت هو أم حي؟ ومن ثم فإن فصل هذه الأجهزة عنه لا يعد قتلاً له ولا تسبباً بموته مهما ظهر أن هذا الفصل قد ينهي حركة القلب ويعجل بالموت؛ ذلك لأن الحياة المتبقية ليست تلك التي تنبعث من الأجهزة فتد القلب بالخفقان وتجعل

صاحبه كأنه يمارس الشهيق والزفير. ومن ثم فإن للطبيب أو ل ذوي المريض فصل هذه الأجهزة وإنهاء عملها في الوقت الذي يشاؤون (38).

وهكذا؛ يمكن القول بأن الرأي الراجح الذي استقرّ عليه أغلب الفقهاء المعاصرين، وقرّره مجمع الفقه الإسلامي في دوراته، وكذلك المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندواتها، هو اعتماد معيار الموت الدماغى، وجواز إيقاف أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً.

■ تقييم معيار موت الدماغ:

رغم الإجماع الحاصل عالمياً حول معيار موت الدماغ، فإنه ما زال يثير الكثير من الجدل، ويعتبره البعض بأنه مسألة ظنية، وأن الخط المستقيم الذي يفرزه جهاز قياس الدماغ لا يدل على موت خلايا المخ، وإنما فقط على توقفها، وأن الموت لا يحصل إلا إذا توقف في اتجاه واحد كل من الدورة الدموية والتنفس وجميع أنشطة الدماغ، مما فرض على منظمة الصحة العالمية التي تبنت معيار موت الدماغ التراجع عنه، وأعلنت عدم ملائمة تعريف الموت بشكل مجرد، مفضلة ترك الأمر لأهل الاختصاص من أطباء ومتمرسين بشكل عام ليتخذوا قرار لحظة الوفاة ، وقد عللت ذلك بأن " الموت عملية تدريجية، وبأن كل عضو ونسيج قادر على تحمل الحرمان من الأكسجين بشكل متفاوت، مما يستلزم أن يؤخذ في الاعتبار، لا حالة الخلايا والأنسجة، وإنما المصير المحتوم لكل شخص على حدة".

فالذي يَهْمُ ليست اللحظة التي اندثرت فيها خلية أو نسيج ما ؛ بل من أن التلف المتدرج - وإن كان ما زال في بدايته - فقدره الحتمي والقاطع أن يصبح شاملاً ونهائياً، مهما كانت تقنيات الإنعاش عالية وفعالة".

وأضافت المنظمة بأنه ليس هناك في الوقت الراهن من تقنية أيا كانت درجة فعاليتها تستطيع الحسم بأن الموت نهائي وقطعي، أفضل من الفحص الكلينيكي الذي يبقى المعول عليه" (39).

وفي السياق نفسه ذهب البعض إلى أنه: "من الواضح أن معايير تحديد الوفاة غير مستقرة وغير ثابتة وتتطور بتطور الطب. وليس هناك حالياً أي معيار مقنع، إضافة إلى تعدد المفاهيم للغيوبة: غيوبة عميقة، غيوبة متجاوزة، غيوبة طويلة، حياة اصطناعية، موت دماغي، ويبقى في النهاية الطبيب، الذي لا يمكن أن يحل محله أي إجراء تقني آخر" (40).

ومما يؤيد هذا الطرح، هي بعض الحالات التي تثير التحفظ والتردد، ومن ذلك على سبيل المثال (41):

■ - حالة الغيوبة التسممية (*Coma toxique ou barbiturique*) التي تنجم عادة عن وجود مواد مخدرة أو سامة في الجسم، بحيث يكون الوضع الكلينيكي قريباً جداً من وضع الميت. ففي هذه الحالة بالذات يجب تجنب اعتماد معيار موت الدماغ، بحيث يجب في هذه الحالة الاستمرار في الإنعاش المكثف وتصفية الدم من تلك المواد لتجاوز الغيوبة التسممية

■ - الغيوبة الناجمة عن نقص الأوكسجين في الدم (*L'anoxie*) في هذه الحالة لا بد - قبل الجزم بموت الشخص - بذل محاولات قصوى لإنقاذه، ولا يجوز التصريح بالوفاة إلا بعد إعادة تشغيل جهاز التخطيط لأكثر من مرة.

■ - هناك حالة الموت الدماغية المثبت إلكترونياً بالخط المستقيم، عندما يتعلق الأمر بأطفال دون الخامس من العمر، وذلك لسببين :

الأول : أن أسباب الغيبوبة تختلف عند الأطفال وبشكل أكثر عند حديثي الولادة، مقارنة مع البالغين .

أما الثاني: أن الجهاز العصبي للطفل يملك قدرة عالية على استعادة طاقته ونشاطه أكثر من البالغين.

ومما يدل على أن الجهود ما زالت مستمرة لتطويع هذه العضلة، ما صرح به فريق طبي ياباني عن إمكانية تمديد إعاشة الميت دماغياً بحقنه بمزيج مادتي الأدرينالين (*Adrénaline*) والفازوبريسين (*Vaspressine ou ADH*) ، بما يعني أنه لو تطورت هذه الوسائل فالشك لن يراود تشخيص الموت فقط وإنما تعريفه أيضاً⁽⁴²⁾. ونخلص إلى القول إلى ما جاء على لسان رئيس المنظمة العالمية للصحة في اجتماع سيدناي أنه : " من العبث تعريف الموت ، تعريف قدره أن يتجاوز لتوه لفعل التقدم المهول للتكنولوجيا " .

المطلب الثاني: موقف التشريعات الوضعية من تحديد لحظة الوفاة

حتى وقت قريب كانت ظاهرة الموت تعتبر طبيعية و بسيطة، أما اليوم فقد أصبحت مسألة معقدة وصعبة، من هنا ظهرت مشكلة تعريف الموت وذلك بظهور تصور جديد للموت ويتمثل في أنها ليست ظاهرة فورية وإنما تصيب الأعضاء على مراحل، وتباينت التصورات والآراء، وأصبحنا نقول بأن الموت يتحقق بتوقف القلب والجهاز التنفسي، أو بموت الدماغ *Mort cérébrale*، والموت السريري، والموت الظاهري إلى غير ذلك. وفي هذا يقول الأستاذ هونبرجار *Pr.Hamburger* " لم يعد الموت كأنه حادثة وحيدة، فورية، يصيب في نفس الوقت كل الوظائف الحيوية للجسم، وقد امتد الموت تحت تأثير الوسائل العلاجية عبر الوقت وأصبح يتجزأ ويصيب بشكل منفصل

ومتلاحق مختلف أجزاء الجسم. فهل يجب علينا قبول تضرر القسم الأخير من الأنسجة نمائياً حتى يمكننا القول أن الجسم قد توقف عن الحياة "(43).

لقد كان للاكتشافات التكنولوجية دور في انبعث الجدل حول مفهوم الموت، وبالتحديد عندما نجح الطب في إعادة تشغيل القلب والتنفس المتوقفين عن طريق التدليك أو الصدمات الكهربائية وآلات التنفس. ففي مؤتمر روما لسنة 1957 الذي كُرس خصيصاً لهذا الموضوع ، أثارت مسألة الغيبوبة المتجاوزة *Le coma dépassé* التي ابتدعها ونال بها الشهرة الفرنسيان قولون *Goulon*، ومولاري *Mollaret* سنة 1959. منذ ذلك الحين أصبح التباري في تعريف دقيق للموت، وهكذا أصبح الموت يقسم إلى ثلاث مراحل : الموت ظاهري ، الموت الإكلينيكي والموت الخلوي (44).

♦ - التشريعات ومسألة تحديد لحظة الوفاة

القانون لا يعترف بدرجات متفاوتة لموت الإنسان فهو إما حياً أو ميتاً. فالموت ظاهرة بيولوجية، وهو عند القانونيين انتهاء الشخصية القانونية. فالقانون لا يتعرض بشكل مفصل للحظة الموت لأن ذلك هو من اختصاص الطبيب (45). وأياً كان الأمر فقد غدا التصور القانوني للوفاة لا يتفق مع المفهوم الطبي لها. غير أنه وإن كان ينظر إلى الوفاة - إلى عهد قريب - على أنها ظاهرة طبيعية وبسيطة ويمكن إدراكها بالحواس العادية، ومن ثم لم تكن بحاجة إلى تعريف قانوني، فقد غدا هذا التعريف أكثر أهمية في الوقت الحاضر وأكثر إلحاحاً في مواجهة الاكتشافات الطبية والبيولوجية وعلى وجه الخصوص في عمليات نقل القلب والتي تستمد مشروعيتها من ضرورة التحقق من وفاة المعطى (46).

فالتبيب يلجأ إلى القانون ليعاونه في مثل هذه المسائل التي تثير مساءلته، ويريد أن يعرف حدود مشروعية أعماله من الناحية القانونية. فدور القانون إذاً هو تحديد ما هو مباح وما هو محظور بالنسبة للتبيب. لهذا حرصت بعض التشريعات على إصدار نصوص تتضمن تعريفاً للموت نذكر بعضها (47) :

■ - **التشريع اليوغسلافي:** صدر مرسوم بقانون يوغسلافي في 15 مايو 1982 الخاص بتنظيم عمليات استقطاع الأعضاء لأغراض علاجية. فنصّت المادة الثالثة على: "... ويجب أن تثبت وفاة الشخص قبل القيام بعملية استقطاع الأعضاء لأغراض علاجية وذلك وفقاً للمعايير الطبية التي تقرر ذلك وأن يثبت بطريقة نهائية توقف المخ والقلب عن أداء وظائفهما".

ويلاحظ أن المشرّع اليوغسلافي اعتمد في تعريفه للوفاة بتوقف كل من المخ والقلب عن أداء وظائفهما.

■ - **التشريع الإسباني:** بموجب المرسوم الملكي رقم 426 في 22 فبراير 1980، والخاص بتطبيق القانون رقم 30 الصادر في 27 أكتوبر 1979 والمتعلق باستقطاع الأعضاء لأغراض النقل، نص في المادة العاشرة على أنه: "لا يمكن استقطاع الأعضاء الحية من جسم الإنسان المتوفى لاستخدامها في أغراض النقل إلا بعد التأكد من وفاة المخ والملاحظة الفورية للعلامات التالية :

- انعدام أي استجابة مخية وفقدان الإحساس التام.
- انعدام التنفس التلقائي.
- انعدام المنعكسات المخية بالتييس العضلي واتساع حدقتي العين.
- عدم تلقي جهاز رسم المخ أي إشارة .

▪ - **التشريع السويسري:** يعتبر أن الشخص ميتاً متى توقفت لديه وبصفة نهائية وظائف

المخ *Fonctions cérébrales*، حتى ولو استمر نبض قلبه وتنفسه في العمل بأساليب صناعية. وهكذا أخذ المشرع السويسري بالمعيار الحديث بعد أن ظل يعتمد لفترة من الزمن على المعيار التقليدي الذي يعتد أساساً بتوقف القلب والتنفس عن أداء الوظائف الموكلة إليهما (48).

▪ - **التشريع الفرنسي:** جاء في الدراسات المقارنة للتشريع الدولي المعد من قبل

الوكالة البيوطبية الفرنسية (49)، بأن تعريف الموت غير منصوص عليه في التشريع الفرنسي؛ غير أنه يتضح من المرسوم رقم 96-1041 المعدل لقانون الصحة العامة بأن المشرع الفرنسي تبنى معيار الموت الدماغى، حيث نصّ في المادة الأولى منه على أنه لا يعتبر الشخص ميتاً إلا بتوافر ثلاثة معايير وهي:

- الغياب التام والكامل عن الوعي وانعدام الحركة التلقائية للجسم.

- توقف كافة ردود أفعال الجذع المخي.

- انقطاع التنفس التلقائي؛ (أي بدون أجهزة التنفس الصناعي).

وطلب المرسوم من الأطباء الذين يقررون الوفاة أن يتثبتوا من موت جذع المخ

عن طريق جهاز رسم موجات الدماغ مرتين، على أن لا تقل المدة الزمنية بين الأول والثاني عن أربع ساعات (50).

وتجدر الإشارة إلى أنه جاء في الدراسة المعدة من قبل الوكالة البيوطبية الفرنسية

بأن فرنسا لا ترخص باقتطاع الأعضاء إلا من المائحين من الصنف 1، 2، 3 و 6 ، طبقاً للترتيب الدولي لماستريخ (*Maastricht*) وهي كما يلي: (51)

- **الصف الأول:** حدوث توقف القلب خارج المستشفى (المتر، العمل، الطريق).
- **الصف الثاني:** توقف القلب مع وجود مساعدات طبية مؤهلة، وقادرة على تدليك القلب وتوفير قهوية ميكانيكية فعالة، ولكن عملية الإنعاش هذه لم تقدر على إنعاش الدورة الدموية.
- **الصف الثالث:** حدوث توقف القلب لشخص يعالج بالمستشفى، الذي اتخذ الطاقم الطبي المعالج، وقف العلاج على إثر تشخيص منهم .
- **الصف السادس:** شخص يعالج توفي وهو في حالة موت دماغي، والذي حدث له توقف للقلب لا رجعة فيه، أثناء وجوده تحت العناية المركزة.
- ♦- أما في تشريعات الدول العربية نجد على سبيل المثال:
- **التشريع الكويتي** لسنة: 1989 المتضمن إجراءات نقل الأعضاء البشرية في حالات الوفاة بالمستشفيات التابعة للوزارة ، نص في المادة الأولى منه على أن تتولى اللجنة الطبية بتقرير الوفاة لحالات الموت الدماغي .
- **التشريع اللبناني:** نص على معيار الموت الدماغي في المرسوم الإشتراعي لسنة : 1984، حيث جاء في المادة الأولى منه "...يعتبر ميتاً الذي توقفت فيه بشكل غير قابل للعكس وظائف كامل الدماغ بما فيه جسر المخيخ والنخاع المستطيل. أما المادة الثانية فقد نصّت على أن يثبت الموت الدماغي طبيبان على أن يكون أحدهما اختصاصي في الأمراض العصبية.
- **التشريع السعودي:** فقد تبني دليل إجراءات زراعة الأعضاء الصادر عن المركز السعودي⁽⁵²⁾ لزراعة الأعضاء والمعتمد بموجب قرار وزارة الصحة رقم 29/1/1081

المؤرخ في 1414/6/8 هـ المعيار الحديث للوفاة، بل وألزم جميع المستشفيات بالمملكة بتكوين لجان داخلية تكون مسئولة عن حالات موت الدماغ .

■ - أما التشريع الجزائري: فبالرجوع إلى قانون حماية الصحة وترقيتها ⁽⁵³⁾، المعدل

بموجب القانون 90-17، لا سيما المواد من 161 إلى 186 الخاصة بعمليات نقل وزراعة

الأعضاء، لا نجد أية تعريف للموت، أو ما يوحي بالمعيار المعتمد من قبل المشرع

الجزائري، كما فعلت التشريعات المقارنة التي أشرنا إليها، ما عدا الإشارة في المادة 164

إلى أن إثبات الوفاة يتم وفقاً للمقاييس العلمية التي يحددها الوزير المكلف بالصحة ⁽⁵⁴⁾ .

أمّا فيما يخص الهيئة المخول لها الحق في إثبات الوفاة، إذا تعلّق بالأمر بانتزاع

الأعضاء، فقد نصت المادة: 167 إنشاء لجنة طبية تنشأ خصيصاً في المؤسسة الإستشفائية،

والتي من صلاحيتها اتخاذ قرار الانتزاع أو الزرع والإذن بالعملية .

أمّا تثبيت الوفاة فقد أوكلته الفقرة الثالثة من المادة المذكورة لطبيبان على الأقل

عضوان في اللجنة المذكورة وطبيب شرعي، وتدون خلاصاتهم الإثباتية في سجل خاص،

عندما يكون المتوفى مرشحاً لاستقطاع أنسجة أو أعضاء منه.

من هذا التباين بين التشريعات بخصوص تعريف الموت وتحديد لحظة الوفاة، يمكننا

إبداء الملاحظات التالية:

1. تباين التشريعات في المعايير التي تعتمدها، منها من اعتمد معيار توقف القلب

والتنفس، ومنها من اعتمد معيار موت الدماغ، أمر يدعو إلى الغرابة بحيث يعتبر

الشخص ميتاً في دولة وغير ميت في دولة أخرى. كما يلاحظ أن الدول أصبحت

تعتمد بشكل متزايد معيار موت الدماغ بما في ذلك الدول الإسلامية كما أشرنا إلى

البعض منها.

2. الملفت للنظر بخصوص هذه التشريعات أنها تأتي دائماً في إطار القوانين التي تعالج نقل وزراعة الأعضاء، مما جعل البعض يعتبر هذا التلازم بين معيار التحقق من لحظة الوفاة وعمليات نقل وزراعة الأعضاء إنما يبرهن على صدق القول القائل بأن الدافع الرئيسي وراء تبني معيار الموت الدماغي إنما يمكن في الاندفاع نحو الممارسات الطبية الحديثة وبشكل خاص عمليات نقل وزراعة الأعضاء ولو كان ذلك على حساب تهديد حياة الأشخاص المنقول منهم الأعضاء الذين يحكم بموتهم بناء على معيار الموت الدماغي الذي ما زالت تحوم حوله الشكوك وعلامات الاستفهام الكبيرة (55)
3. ما يؤخذ على جل القوانين، التي عرفت الموت هو تحمسها وتكريسها لنقل وزراعة الأعضاء أكثر بكثير من حرصها على تحفيز هيئات السلك الطبي للتأكد من مصداقية معيار الموت والحرص على تشخيصه، فالشخص الذي هو تحت الإنعاش ميت أم حي؟ (56)

المطلب الثالث: شروط معاينة الوفاة قبل الاستئصال من الجثة

بهدف توفير الحماية الكافية للمرضى الخاضعين للإنعاش الصناعي، نصت التشريعات الطبية على قيود وضوابط يلزم احترامها، سواء تعلق الأمر بمعاينة الوفاة من قبل طاقم طبي يعين لها الغرض، أو فيما يتعلق بالطبيب الذي تسند لهم مهمة الاستئصال من الجثة، وهو ما سنتعرض له فيما يلي:

أولاً: أن تكون معاينة وإثبات الوفاة من قبل أطباء معينين خصيصاً .

تسند أغلب التشريعات الطبية، معاينة الوفاة عندما يتعلق الأمر بعمليات نزع الأعضاء من المتوفى إلى لجنة طبية تعين خصيصاً لهذا الغرض، كما أن بعض التشريعات

حددت الإجراءات الواجب إتباعها من قبل الفريق الطبي الذي يعاين ويثبت الوفاة، نذكر البعض منها:

1- القانون الفرنسي: حدد المرسوم رقم 949-2005 المؤرخ في 2 أوت 2005 المعدل

لقانون الصحة العامة، الخطوات التي يجب على الفريق الطبي المعين لهذا الغرض، القيام بها للتأكد والتثبت من الوفاة وهي كما يلي:

أ- التأكد من الغياب التام والكامل عن الوعي وانعدام الحركة التلقائية للجسم، وتوقف كافة ردود أفعال الجذع المخي، وانقطاع التنفس التلقائي.

ب- يجب على الأطباء الذين يقررون الوفاة أن يتثبتوا من موت جذع المخ عن طريق جهاز رسم موجات الدماغ مرتين على أن لا تقل المدة الزمنية بين الأول والثاني عن أربع ساعات.

ج- يحضر الوفاة موقع عليه من الطبيب أو الأطباء الذين قرروا الوفاة مبينين كافة الفحوصات والإجراءات التي قاموا بها للتثبت من الوفاة .

2- التشريع المغربي: نص على أن محضر المعاينة يتم من طبيبين من المؤسسة

الاستشفائية يعينان من طرف وزير الصحة بعد استشارة المجلس الطبي لهيئة الأطباء (المادة 21 من الظهير 98/16)⁽⁵⁷⁾.

3- التشريع الكويتي نص في الفقرة الرابعة من المادة الثانية من القرار الوزاري الصادر

سنة 989، المحدد لإجراءات نقل الأعضاء البشرية من الموتى على أن يكون التحقق من الوفاة بصورة قاطعة من قبل لجنة تشكل من ثلاثة أطباء اختصاصيين من بينهم اختصاصي في الأمراض العصبية على أن لا يكون من بين أعضاء اللجنة الطبية المنفذة للعملية⁽⁵⁸⁾.

4- أما التشريع الجزائري: فيموجب تعديل المادة 167، نصت الفقرة الثالثة منها على

أنه يجب أن يثبت الوفاة طبيبان على الأقل عضوان في اللجنة وطبيب شرعي، وتدون خلاصتهم الإثباتية في سجل خاص، في حالة الإقدام على انتزاع أنسجة أو أعضاء من أشخاص متوفين⁽⁵⁹⁾.

ثانيا: الطبيب الذي يعلن الوفاة لا يجري عملية الاستئصال من الجثة بغرض الزرع

يهدف هذا الشرط إلى توفير الحماية الكافية للمرضى الخاضعين للإنعاش الصناعي، فقد يتسرع الطبيب المكلف بالإنعاش إلى إعلان الوفاة للاستفادة من جثثهم ، كما يوفر هذا الشرط الحماية للأطباء من أية شبهة بوقف الإنعاش بشكل مبكر.

لهذا نصّت التشريعات على أن لا ينتسب الطبيب الذي عاين وأثبت الوفاة للفرقة الطبية التي تقوم بعملية الاستئصال والزرع. وقد أكدت جل التشريعات على هذا الفصل بين الأطباء الذين يثبون الوفاة والذين يستأصلون من الجثة بغرض الزرع، ومن هذه التشريعات قانون الصحة العامة الفرنسي حيث نصت المادة 10/671 على أنه يجب أن يشكل، الأطباء الذين يحرون شهادة الوفاة من جهة، وأولئك الذين سيقومون باقتطاع أو زرع الأعضاء من جهة أخرى ، وحدتي عمل أو مصالح مستقلتين⁽⁶⁰⁾.

كما نص على ذلك القانون السوري في المادة السادسة على أنه يجب أن يكون الفريق الطبي الذي يقرر الوفاة هو غير الفريق الذي يقوم بعمليات النقل والزرع⁽⁶¹⁾. أما المشرع الجزائري ؛ وبعد أن أغفل ذكر هذا الشرط في قانون ترقية الصحة وحماية الصادر سنة 1985، فقد تدارك هذا الأمر وأضاف هذا الشرط بموجب التعديل الصادر بالقانون 90-17 لسنة 1990، حيث نص في المادة : 165 معدلة "لا يمكن

للطبيب الذي عاين وأثبت وفاة المتبرع أن يكون من بين المجموعة التي تقوم بعملية الزرع".

تجدر الإشارة إلى أنه صدر مؤخرا مرسوم تنفيذي برقم 12-167 مؤرخ في 5 أفريل 2012، يتضمن إنشاء الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء وتنظيمها وسيرها. وقد نصت المادة الخامسة منه على أن هذه الوكالة تكلف في مجال انتزاع وزرع الأعضاء والأنسجة والخلايا من جسم الإنسان بجملة من المهام ورد ذكرها في هذه المادة. وقد جاء في الفقرة الخامسة من هذه المادة على أن تتولى الوكالة إعداد واقتراح قواعد الممارسات الحسنة لانتزاع وحفظ وتحويل ونقل واستعمال الأعضاء والأنسجة والخلايا ومراقبة احترامها بصرامة. وتحدد هذه القواعد بقرار من وزير المكلف بالصحة، بعد أخذ رأي المجلس الوطني لعلوم الصحة".

نشير في الأخير، إلى أن هذا المبدأ أكدت عليه منظمة الصحة العالمية في المبدأ التوجيهي الثاني الذي جاء فيه: "لا يجوز للأطباء الذين ييثون في أن وفاة المتبرع المحتمل قد حدثت فعلاً أن تكون لهم علاقة مباشرة بعملية نزع الخلية أو العضو من المتبرع، بإجراءات زرع أي منها لاحقاً ولا أن ينهضوا بمسؤولية رعاية أي من المتلقين المحتملين لهذه الخلايا والأنسجة أو الأعضاء" (62).

كما أكدت المادة 66 من الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية، المعتمد من قبل المنظمة العالمية للصحة على هذا المبدأ (63).

خاتمة وتوصيات:

الشرائع السماوية والقوانين الوضعية ؛ وضعت الكثير من الضوابط لحماية حياة الإنسان وتكامله الجسدي واعتبرته التشريعات من النظام العام. لهذا ظل موضوع

عمليات نقل وزراعة الأعضاء محل جدل كبير ويطرح الكثير من المشاكل. فمثل هذه العمليات الطبية المستحدثة تستلزم بالضرورة التوفيق بين مجموعة من القيم المتصارعة، منها: حق المريض في العلاج وفي الاستفادة من التقنيات الحديثة، حرية الطبيب في وصف العلاج، حق الشخص المتنازل عن عضو في سلامة جسمه.

وبعدما أصبحت جثة الإنسان مصدراً أساسياً للحصول على أعضاء لزرعها للمرضى من أجل إنقاذ حياتهم من موت محقق أو مرض خطير ؛ انبعث الجدل بخصوص مبدأ حرمة المساس بجثة الميت، وتحديد لحظة الوفاة، ومدى مشروعية المساس بالجثة من أجل إجراء عمليات الاستئصال وغيرها من المشاكل التي تعرضنا لها في هذا البحث، مما حث على الكل من أطباء وفقهاء ورجال القانون البحث عن ما يحقق التوفيق بين هذه المصالح التي تحظى كلها بالحماية.

ولما كانت عملية اقتطاع الأعضاء من الأحياء تقتصر فقط على الأعضاء التي لا تعطل الوظائف الحيوية لهذا الجسم، أي الأجزاء المزدوجة، وبذلك خرجت الأجزاء الأخرى من عداد المشروعية. وهكذا أصبح مجال زرع الأعضاء رغم نجاحه وتطوره محدوداً بالنظر لقلّة قطع الغيار البشرية، ومن أجل هذا اقتضت الضرورة الحصول على هذه الأعضاء من جسم الإنسان المتوفى، ومن ثم أصبح المساس بجثة الإنسان بعد وفاته أمر لا مفر منه مما يستدعي إعادة النظر في الحكم الذي أرساه الفقه التقليدي الذي يمنع الانتفاع بأعضاء من جثث الموتى.

ومهما يكن؛ فقد أصبح المساس بجثة الإنسان أمر لا مفر منه، فعلى الرغم من أن أغلب البشر يحرصون على احترام موتاهم، ويصرون على معاملة جثة فقيدهم بكامل العناية والاحترام ويرفضون أن يضاف إلى عنائهم أمر التفكير في التمثيل بجثة فقيدهم،

فإن الجثة أصبحت مصدراً أساسياً للحصول على أعضاء لزرعها للمرضى من أجل إنقاذ حياتهم من موت محقق أو مرض خطير وهذا يعتبر عمل إنساني نبيل وذا قيمة أعلى من المحافظة على مبدأ حرمة المساس بالجثة.

توصيات : أختتم هذا البحث ببعض التوصيات وهي كما يلي:

- قبل إصدار أي نص تشريعي أو تنظيمي أو فتوى فقهية، بخصوص هذه الممارسات الطبية، يجب استيعاب معطيات التطور العلمي وفهم حقيقتها وأهدافها، واعتبار ذلك لاستنباط الأحكام الشرعية، وإعداد النصوص التشريعية المنظمة لهذه المستجدات الطبية المختلفة ومنها نقل وزراعة الأعضاء، ذلك لأن الحكم على الشيء فرع من تصوره.
- وبما أن الأحكام الفقهية والنصوص القانونية تبنى أصلاً على مضمون المفهوم العلمي، ولما كانت هذه العلوم متطورة بطبيعتها، فإن الفتوى الشرعية والنص القانوني يتغيران تبعاً للمضمون العلمي الجديد.
- دعم النصوص المنظمة لعمليات نقل وزراعة بعقوبات رادعة لمن لا يحترم شروط الاستئصال من الأحياء أو الأموات، ومنها المجانية والسرية وحظر المضاربات والدعاية التجارية وغيرها،
- أن تتم عمليات نقل وزرع الأعضاء في المؤسسات الاستشفائية العمومية المرخص لها دون سواها.
- النص على المعيار المعتمد للوفاء، وتحديد شروط ومقاييس معاينة الوفاة بشكل أدق، على غرار النصوص التشريعية للكثير الدول والتي أشرنا إلى بعضها في البحث.

▪ وفي الأخير نرى بأن توعية المواطنين وحثهم على التبرع بأعضائهم وأعضاء ذويهم، تعد إحدى الركائز الأساسية لتوفير الأعضاء والأنسجة لزرعها من أجل انقاذ حياة الناس وصحتهم؛ بل من المستحسن أن ترافق صياغة هذه القوانين حملات إعلامية واسعة وندوات في المؤسسات التعليمية تشرف عليها كل من السلطات العمومية والمجتمع المدني.

الهوامش

- 1 ومنها الدستور الجزائري الذي نص في المادة 34 على أنه " تضمن الدولة عدم انتهاك حرمة الإنسان. ويحظر أي عنف بدني أو معنوي أو أي مساس بالكرامة "
- 2 من الوسائل التقليدية التي يستعان بها للتثبت من حدوث الوفاة : طريقة الوخز الوريدي (L'artériotomie) ، وطريقة إيكارد (La méthode d'icard) ، وعلامة الأثير (Signe de l'éther) وهذه الوسائل كلها تقوم على فكرة واحدة وهي التأكد من توقف الدورة الدموية داخل الجسم (انظر : مهند صلاح أحمد فتحى العزة، الحماية الجنائية للجسم البشري، في ظل الاتجاهات الطبية الحديثة، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية 2002، ص: 51) .
- 3 مهند صلاح أحمد فتحى العزة، المرجع السابق ، ص: 51 و 52 نقلاً عن (Gerald Dworkin، the law relating to orga transplantation in England ، The Modern Law Review، volume (33)، n°(4) july 1970.
- أحمد شوقي عمر أبو خطوة، القانون الجنائي والطب الحديث، دار النهضة العربية، القاهرة، 1986، ص: 172 و 173 .
- 4 حسنين إبراهيم عبيد ، الوجيز في قانون العقوبات، القسم الخاص، دار النهضة العربية، القاهرة، 1988 ص: 31.
- 5 أحمد شوقي عمر أبو خطوة، المرجع نفسه، ص: 174 و 175 .
- 6 محمد عبد الوهاب الخولي، المسؤولية الجنائية للأطباء، الطبعة الأولى، 1997، ص : 225.

- 7 رجاء ناجي مكاوي، نقل وزرع الأعضاء، الطبعة الأولى، المركز الوطني لتنسيق وتخطيط البحث العلمي والتقني، المغرب، 2002، ص 147.
- 8) Ahmed ABDULDAYEM ، *Les organes du corps humain dans le commerce juridique ، thèse de doctorat ، Faculté de droit ، Université robert Schuman de Strasbourg، 1999.pp259 _260.*
- 9) انظر : محمد سامي الشوا، مسؤولية الأطباء وتطبيقاتها في قانون العقوبات، دار النهضة العربية، القاهرة، 2002، ص: 243 ، وأيضاً : احمد شوقي عمر أبو خيرة ، المرجع السابق، ص 147، و كذلك : Abdelhafid OSSOUKINE ، *L'ABCdaire du droit de la santé et de la déontologie médicale، 'OPU، 2006. p.87.*
- 10) ما زلنا نذكر حالة كارين آن كيلن Karen AnnbQuinla، الأمريكية سنة 1976 التي دخلت في غيبوبة امتدت عدة شهور، وكانت تعيش حياة نباتية فقط واقتصرت فقط على رد فعل محدود للجهاز العصبي بدون أي علامة وعي. وعندما شاهد والديها علامات الموت عليها طلبا من الأطباء وقف جهاز الإنعاش، فرفضوا ذلك، فلجأ والديها إلى المحكمة العليا في نيويورك في مارس 1976 الذي وافق والديها على الطلب، فتم عندئذ إيقاف جهاز الإنعاش على مراحل وإذ بكارين تتنفس طبيعياً ولم تعد تحصل إلا على غذاء مركز، ماء، صوديوم، بوتاسيوم وحقق مضادة حيوية لحمايتها من أمراض محتملة (Cité par Ahmed Abduldayem:، op.cit. p.261)
- 11) وهي من ابتداء كل من الدكتور مولاري Mollaret وتلميذه كولون Goulon، وهذا في سنة 1959 : Ahmed ABDULDAYEM , op.cit.p 261
- 12) انظر: رجاء ناجي مكاوي، المرجع السابق، ص: 148، وأيضاً: محمد سامي الشوا، مسؤولية الأطباء وتطبيقاتها في قانون العقوبات، دار النهضة العربية، القاهرة، 2002، ص: 235.
- 13) حسام الدين كامل الأهواني، المشاكل القانونية التي تثيرها عمليات زرع الأعضاء البشرية، مطبعة جامعة عين شمس، 1975، ص: 173 و 174 .
- 14) أحمد محمد كنعان ، الموسوعة الطبية الفقهية ، دار النفائس، بيروت، 2006، ص: 123. « Ensemble des moyens mis en œuvre soit pour palier la défaillance aiguë d'une ou plusieurs fonctions vitales، dans l'attente de la guérison » Abdelhafid ossoukine ، *L'ABCdaire du droit de la santé et de la déontologie médicale ، op.cit.p.347.*
- 15) المرسوم التنفيذي 92 - 276 مؤرخ في 6 جويلية 1992، المتضمن مدونة أخلاقية الطب (ج.ر. رقم 52)

- 16) أحمد شرف الدين، الأحكام الشرعية للأعمال الطبية، مطابع شرف الدين، الكويت تايمز، 1983، ص: 177.
- 17) أحمد شوقي عمر أبو خطوة، المرجع السابق، ص: 186.
- 18) Ahmed Abduldayem, op.cit. p.270
- 19) زهير أحمد السباعي، محمد علي البار، الطبيب آدابه وفقهه، دار القلم (دمشق)، دار الشامسية (بيروت)، الطبعة الثانية: 1997، ص: 183 و 184.
- 20) محمد علي البار، الموقف الفقهي والأخلاقي من قضية زرع الأعضاء، الدار الشامسية بيروت، 1994، ص: 17.
- 21) النحل، الآية 32.
- 22) السجدة، الآية 11.
- 23) محمد بن محمد الغزالي (أبو حامد)، إحياء علوم الدين، الجزء الثالث، الباب السابع في حقيقة الموت وما يلقيه الميت في القبر إلى نفخة الصور، دار إحياء الكتب العربية، (د.ت)، ص: 478.
- 24) جاءت في كتاب: محمد علي البار، الموقف الفقهي والأخلاقي من قضية زرع الأعضاء، المرجع السابق، ص: 23، نقلاً عن بحث بكر أبو زيد رئيس مجمع الفقه الإسلامي (مجلة مجمع الفقه الإسلامي الدورة الثالثة 1408 هـ - 1987 م، ص: 529-451).
- 25) شعشوعة محمد شريفة، الموازنات والمآلات في إيقاف الإنعاش القلبي الرئوي، بحث مقدم في مؤتمر قضايا طبية معاصرة، الرياض، 10-12 أبريل 2010، المجلد الرابع، ص: 2965. (وقد نقلته عن الفتاوى الإسلامية، دار الإفتاء جمهورية مصر العربية، وزارة الأوقاف والمجلس الإسلامي الأعلى للشؤون الإسلامية، القاهرة 1983، الجزء 10، الصفحة 3714)
- 26) محمد سعيد رمضان البوطي، قضايا فقهية معاصرة، الطبعة الرابعة، دار الشادي - مكتبة الفارابي، دمشق، 1992، ص: 129.
- 27) المجمع الفقهي الإسلامي في دورته العاشرة المنعقدة بمكة المكرمة في الفترة من يوم السبت 24 صفر 1408 هـ الموافق 17 أكتوبر 1987م إلى يوم الأربعاء الموافق 28 صفر 1408 هـ الموافق 21 أكتوبر 1987م، الذي خصص لموضوع "حصول الوفاة ورفع أجهزة الإنعاش من جسم الإنسان.

- 28) بلحاج العربي، معصومية الجثة في الفقه الإسلامي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007، ص: 46
(نقله عن إبراهيم الجندي، الموت الدماغى، ص: 43)
- 29) وقد قال بخلاف ذلك الشيخ البوطى، والجمع الفقهي الإسلامى، كما سنرى لاحقاً.
- 30) النساء ، الآية 29
- 31) جلال الدين عبد الرحمن السيوطى، الأشباه والنظائر، دار الكتب العلمية، بيروت، 1979، ص: 50 .
- 32) الأعراف ، الآية: 172
- 33) أحمد شرف الدين، الأحكام الشرعية للإعمال الطبية، الطبعة الثانية، (د.ط.)، ص: 169 و170.
- 34) الحجر، الآية 23
- 35) محمد سامى الشواء، المرجع السابق، ص: 239 .
- 36) القضايا الطبية المستحدثة وحيثيات أحكامها الشرعية، من واقع توصيات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الندوة الفقهية الطبية الخامسة ، المنعقدة في الكويت في الفترة ما بين 23-26 أكتوبر 1989 بالتعاون بين المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وجمع الفقه الإسلامى، حول موضوع زراعة خلايا المخ والجهاز العصبي، ص: 30 و31 .
- 37) محمد سعيد رمضان البوطى، قضايا فقهية معاصرة، الطبعة الرابعة، دار الشادى - مكتبة الفارابى، دمشق، 1992، ص: 127 إلى 129 .
- 38) أنظر بهذا الخصوص: رجاء ناجى مكاي، المرجع السابق ، ص: 150 .
- 39) Abdelhafid OSSOUKINE , L'Ethique biomédicale , 2^{ème} édition , OPU, 2007, p159.
- 40) رجاء ناجى مكاي، المرجع السابق، ص: 151
- 41) رجاء ناجى مكاي، المرجع نفسه، ص: 153
- 42) Ahmed Abduldayem , op.cit. p229.
- 43) رجاء ناجى مكاي، المرجع السابق، ص: 147 .
- 44) Abdelhafid OSSOUKINE , L'ABCdaire du droit de la santé et de la déontologie médicale, OPU, 2006, p.270.
- 45) محمد سامى الشواء، المرجع السابق، ص: 247 .
- 46) ذكرها محمد سامى الشواء، المرجع نفسه، ص من 252 إلى 256. (نقلها عن التشريعات الدولية للصحة) .

47) وقد اعتمد التشريع الأمريكي لولاية تكساس لسنة 1970، على هذا المعيار مقررًا أن مركز الحياة في الإنسان هو المخ وليس القلب .

48) Etude comparative de l'encadrement juridique international, Agence de la biomédecine, Paris, octobre 2008.p6.

49) Décret n°96-1041 du 2 décembre 1996 , modifié par le décret n°2005-949 du 2 août 2005 - art. 1 JORF 6 août 2005 ,article R1232-1:

Si la personne présente un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, le constat relatif au constat de la mort préalable au prélèvement d'organes , de tissus et de cellules à des fins thérapeutiques ou scientifiques. et modifiant le code de la santé publique. - (Art. 1) ...Si la personne présente un arrêt cardiaque et respiratoire persistant le constat de la mort ne peut être établi que si les trois critères cliniques suivants sont simultanément présents :

1. Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée ;
2. Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral ;
3. Absence totale de ventilation spontanée.

50) Classification internationale de Maastricht : (Source :Etude comparative de l'encadrement juridique international, op.cit.p6)

51) تتمثل مهام هذا المركز التنسيق والمتابعة لجميع حالات موت الدماغ في مختلف مستشفيات المملكة لاستئصال الأعضاء من المتوفين دماغياً لتوزيعها على مراكز زراعة الأعضاء حسب الإجراءات الواردة بالدليل المشار إليه (أنظر: محمد عبد الوهاب الخالي ، المرجع السابق، ص: 245)

52) القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 ، المتضمن حماية الصحة وترقيتها.

53) حسب علمنا لم يصدر هذا النص لغاية اليوم .

54) مهند صلاح أحمد فتحى العزة، المرجع السابق، ص: 55 .

55) رجاء ناجي مكاوى، المرجع السابق، ص: 156 .

56) الظهير رقم: 98/16 المتضمن تنظيم منح وانتقل وغرس الأعضاء والأنسجة البشرية .

57) القرار وزاري رقم: 44، لسنة 1989، المحدد للإجراءات نقل الأعضاء البشرية من الموتى.

58) ويقصد بها اللجنة المنصوص عليها في الفقرة الثانية من المادة نفسها والتي تأذن بإجراء عملية الترع أو الزرع .

59) Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la transplantation, d'autre part, doivent faire partie d'unités fonctionnelles ou de services distincts(Art.671-10 du code de la santé publique)

60) والأحكام نفسها نص عليها القانون التونسي في المادة 15 من القانون رقم 22 لسنة 1991، المتعلق بأخذ الأعضاء البشرية وزرعها، وأيضاً التشريع الكويتي في القرار الوزاري الصادر سنة 1989، المحدد للإجراءات نقل الأعضاء البشرية من الموتى.

61) مبادئ منظمة الصحة العالمية التوجيهية، بشأن زرع الأعضاء والنسج البشرية، مارس 2009، ص:7.

62) الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية، المعد من قبل المكتب الإقليمي، بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، والمكتب التنفيذي لمجلس وزراء صحة مجلس التعاون الخليجي. الميثاق اعتمد من قبل منظمة الصحة العالمية (OMS)، سبتمبر 2005 .