

**ضوابط رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميث دماغياً**

**دراسة مقارنة**

**الباحث/ راشد محمود الزرعوني**

**باحث ماجستير**

**كلية القانون - جامعة الشارقة**

**تحت إشراف**

**د. أيمن محمد زين**

## مُستخلص البحث:

يترتب على رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً المسؤولية الجنائية والمدنية للطبيب أو المستشفى الذي اتخذ القرار برفع أجهزة الإنعاش الصناعي، ويثير البحث في موضوع رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً العديد من الإشكاليات ويرجع ذلك إلى أن المسألة لها أبعاد دينية وأخلاقية وقانونية، بالنسبة للبعد الديني نجد أن الديانات السماوية قد جرمت قتل النفس البشرية إلا بالحق، وفي الحدود التي بينها الشرع، وبالنسبة للوضع في الفقه الإسلامي فإن الأمر محل خلاف، ويرجع ذلك إلى وجود تيارين: الأول: تيار مؤيد للاتجاه التقليدي في الطب الذي يرى أن موت الإنسان يتحقق في حالة توقف عضلة القلب وبالتالي إذا كانت أجهزة الإنعاش الصناعي تساعد في استمرار عمل تلك الأجهزة فإن رفعها يثير المسؤولية الدينية والقانونية، أما التيار الثاني في الفقه الإسلامي: فإنه يذهب إلى تأييد الاتجاه الطبي الحديث الذي يرى أن الموت الإكلينيكي أو موت جذع المخ يعد موتاً طبيعياً ، وبالتالي لا يوجد أي مبرر للاستمرار في وضع أجهزة الإنعاش الصناعي على إنسان توقف مخه عن العمل.، أما البعد الأخلاقي فإنه يتمثل في رفض الناس إنهاء حياة أحد الأشخاص طالما يمكن إبقاؤه تحت أجهزة الإنعاش الصناعي.، وبالنسبة للبعد القانوني ، فالاتجاه التقليدي يرفض القول بموت الشخص إذا كان استمرار عمل أجهزته الحيوية وارداً بمساعدة أجهزة إنعاش طبية، أما الاتجاه القانوني الحديث فقد أقر بمبدأ حق الإنسان في الموت بكرامة إذا كان بقاءه يزيد من الألم وعذابه وشقائه، وأقرت قوانين تسمح برفع أجهزة الإنعاش الصناعي أو إعطاء المريض عقاقير تعمل على تسريع إنهاء حياته. ومن هذه الدول بلجيكا وإسبانيا.

## كلمات مفتاحية :

قوانين طبية ، حق المريض في الحياة ، رفع أجهزة الإنعاش الصناعي ، القانون الإماراتي

## - مقدمة

تُعدُّ تحديد لحظة الميلاد من الأهمية بمكان في تحديد أهلية الإنسان وتحديد كافة الآثار القانونية التي سوف تترتب على ميلاده واستمراره على قيد الحياة، إلا أن تحديد لحظة الوفاة، ومتى يقال بأن أحد الأشخاص قد مات يُعدُّ أمراً لا يقل في أهميته عن تحديد متى يولد الإنسان سليماً معافى، لاسيما وأن هناك بعض الحالات التي يقف فيها الطب عاجزاً عن القول بموت الإنسان بسبب وجود بعض الأجهزة الحيوية في الجسم مازالت تقوم بنشاطها على الرغم من توقف البعض الآخر عن الحركة وعن القيام بدوره الوظيفي والعضوي.

وفي مثل هذه الحالات يلجأ الأطباء في بعض الأحيان إلى وضع المريض تحت أجهزة الإنعاش الصناعي دون الحصول على موافقة منه أو من ذويه لاسيما في حالات الحوادث، وفي البعض الآخر من الحالات يتم وضع المريض تحت أجهزة الإنعاش أملاً في العودة إلى الحياة من جديد بعد التعافي من الإصابة التي ألتمت به وألزمته الفراش المرضي. مما قادنا في هذه الورقة للإلقاء الضوء على ضوابط رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت إذا كانت حالة المريض ميئوساً منها.

## ٢- أهمية موضوع البحث:

يكتسب موضوع رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض أو المصاب الميئوس من شفائه والذي توقف المخ لديه عن العمل، وأصبح جهاز الدورة الدموية والتنفس فقط دون المخ هما القادران على الاستمرار على القيام بوظائفهم الحيوية، ولكن بمعاونة أجهزة الإنعاش الصناعي، وداخل غرفة العناية المركزة. أهمية كبيرة نتيجة للآثار القانونية المترتبة على قيام الطبيب أو المستشفى باتخاذ قرار إزالة أجهزة الإنعاش عن الشخص في حالة الغيبوبة والتي لا يعرف متى تنتهي ويعود الإنسان إلى الوعي والحياة مرة أخرى.

لأن هذا الفعل سوف تترتب عليه المسؤولية الجنائية والمدنية والطبية للطبيب أو المستشفى الذي اتخذ القرار من خلال أطبائها المسؤولين عن المريض الخاضع للعلاج ومتابعة حالته الصحية. فمثل هذا الفعل يندرج تحت جريمة القتل ويعد صورة من صورها والتي تعرف باسم قتل الرحمة أو الشفقة، والتي تكاد معظم دول العالم تضع العقوبات على من يقوم به. فضلاً عن المسؤولية المدنية التي قد يثيرها أهل الميت وذووه مطالبين بالتعويض عن فعل الطبيب أو المستشفى.

## ٢- إشكالية البحث:

يثير البحث في موضوع رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الشخص الذي مات لديه جذع المخ وتوقفت خلاياه العصبية عن العمل - العديد من الإشكاليات التي شكلت تحدياً عصبياً على العمل الطبي . ويرجع ذلك إلى أن المسألة لها أبعاد دينية وأخلاقية وقانونية، فبالنسبة للبعد الديني نجد أن الديانات السماوية قد جرّمت قتل النفس البشرية إلا بالحق، وفي الحدود التي بينها الشرع، وبالنسبة للوضع في الفقه الإسلامي فإن الأمر محل خلاف، ويرجع ذلك إلى وجود تيارين: الأول: تيار مؤيد للاتجاه التقليدي في الطب الذي يرى أن موت الإنسان يتحقق في حالة توقف عضلة القلب وبالتالي إذا كانت أجهزة الإنعاش الصناعي تساعد في استمرار عمل تلك الأجهزة فإن رفعها يثير المسؤولية الدينية والقانونية.

أما التيار الثاني في الفقه الإسلامي: فإنه يذهب إلى تأييد الاتجاه الطبي الحديث الذي يرى أن الموت الإكلينيكي أو موت جذع المخ يعد موتاً طبيعياً يمكن القول معه بتوقف حركة الحياة لدى الإنسان، وبالتالي لا يوجد أي مبرر للاستمرار في وضع أجهزة الإنعاش الصناعي على إنسان توقف مخه عن العمل.

أما البعد الأخلاقي؛ فإنه يتمثل في رفض الناس إنهاء حياة أحد الأشخاص طالما يمكن إبقاؤه تحت أجهزة الإنعاش الصناعي، لأن الطبيعة الإنسانية وعاطفة الإنسان تحاول التشبث بأي مظهر من مظاهر الحياة في الإنسان الذي أُلتمت به أحد الأمراض أو تعرّض لحادث معين استدعى وضعه تحت أجهزة طبية تساعد على التنفس وضخ الدم واستمرار القلب حتى لو كانت وجهة النظر الطبية تقطع بموته.

وبالنسبة للبعد القانوني فهناك تباين في موقف التشريعات، فالاتجاه التقليدي يرفض القول بموت الشخص إذا كان استمرار عمل أجهزته الحيوية وارداً بمساعدة أجهزة إنعاش طبية، ويترتب على منع تلك الأجهزة أو الامتناع عن وضعها للحالة أو إزالتها عنها نشأة جريمة قتل توجه إلى الشخص أو المستشفى التي قررت رفع الأجهزة، وهذا ما استقر على تسميته قتل الشفقة أو الرحمة والذي ورد تجريمه لدى غالبية الدول ويترتب عليه إثارة المسؤولية المدنية للطبيب أو المستشفى. أما الاتجاه القانوني الحديث وبعد تطور الأبحاث الطبية الخاصة بتشخيص موت الدماغ أقرت بمبدأ (le droit de morir dans la dignité) أو حق الإنسان في الموت بكرامة إذا كان بقاؤه يزيد من الألم وعذابه

وشقائه، وأقرت قوانين تسمح برفع أجهزة الإنعاش الصناعي أو إعطاء المريض عقاقير تعمل على تسريع إنهاء حياته. ومن هذه الدول بلجيكا وإسبانيا. وهو ما خلق إشكاليات عدة تدور حول مدى جواز لجوء الطبيب المختص إلى رفع أو إيقاف عمل أجهزة الإنعاش الصناعي عن من مات دماغياً. ومدى الاعتداد بإرادة المريض في حالة طلب رفع تلك الأجهزة أو رفض العلاج باستخدامها، وهو ما يضعنا أمام إشكالية أخرى حول ما إذا قام الطبيب بوقف أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الميئوس من شفائه، وعمّا إذا كان يندرج تحت وصف قتل الرحمة. وهل عند التعارض بين الرأي الطبي برفع أجهزة الإنعاش وطلب ذوي المريض بابقاء مريضهم قيد أجهزة الإنعاش فأيهم يعتد برأيه؟

#### ٤- منهج البحث:

اعتمدت على المنهج الوصفي و التحليلي بالتركيز على استعراض موقف الفقه الإسلامي من مسألة رفع أجهزة الإنعاش عن المريض الميئوس من شفائه لتخفيف الألم. هذا إلى جانب المنهج المقارن الذي يقوم على التعرض لموقف الدول التي أقرت أو رفضت مسألة موت المخ، وما يترتب عليها من رفع أو عدم رفع أجهزة الإنعاش.

#### ٥- هيكل البحث:

تأتي هذه الدراسة مشتملة على مبحثين رئيسيين، فقد جاء المبحث الأول مستعرضاً فيه جانب موقف الفقه الإسلامي والفقه والقانون الوضعي من رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً، وتناولت في المبحث الثاني من الدراسة موضوع موقف بعض التشريعات المعاصرة من رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً.

## المبحث الأول

موقف الفقه الإسلامي والفقه والقانون الوضعي من رفع رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً.

### تمهيد وتقسيم:

في حقيقة الأمر لا يعيد الإنعاش الصناعي الحياة للإنسانية إلى الوجود طالما أن المريض قد فقدت أعضائه مقومات البقاء على قيد الحياة بسبب توقف خلاياها عن ممارسة وظائفها الحيوية، الأمر الذي يضعنا أمام نتيجة مؤداها أن وقف أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً لا تُعبر عن حرمان من الحق في الحياة. بل إن المريض نفسه يمكن أن يطلب من الطبيب المشرف على علاجه أو المتخصص في الإنعاش الصناعي إيقاف أجهزة الإنعاش ورفعها عن جسده وهو ما يثير إشكالية ذات بعد شرعي وقانوني مازالت قائمة دون حل حتى الآن، وترتبط بها إشكالية أخرى هي قيام الطبيب برفع أجهزة الإنعاش عن المريض الميت دماغياً والذي لا توجد أي مؤشرات تدل على إمكانية عودته إلى الحياة مرة أخرى، وذلك بدافع من الشفقة بالمريض وعائلته. وعلى ذلك سوف نتعرض لموقف الفقه الإسلامي والفقه الوضعي من وقف أجهزة الإنعاش الصناعي عن مات دماغه بناءً على طلب من المريض وحقه في إنهاء حياته، أو بمبادرة من الطبيب المشرف على علاجه أو المختص في الأجهزة الصناعية التي تساعد على الحياة، وذلك من خلال ثلاثة مطالب

المطلب الأول: وقف أجهزة الإنعاش الصناعي تلبية لرغبة المريض.

المطلب الثاني: وقف أجهزة الإنعاش الصناعي بمبادرة من الطبيب.

المطلب الثالث: حكم وقف أجهزة الإنعاش الصناعي في حالة موت الدماغ

## المطلب الأول

### وقف أجهزة الإنعاش الصناعي تلبية لرغبة المريض

#### تمهيد وتقسيم:

يذهب بعض الفقهاء إلى أن المسؤولية القانونية تنتفي عن الطبيب في حالة الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي أو وقفها ورفعها عن المريض إذا طلب منه ذلك وذلك تأسيساً على حق المريض في رفض العلاج سواء قام بالتعبير عن إرادته بنفسه قبل الدخول في غيبوبة أو من خلال ممثله القانوني، وحقه في إنهاء حياته في الوقت الذي يريده للتخلص مما يعانيه من الآلام<sup>(١)</sup>.

ولكن الخلاف الفقهي مازال قائماً على المستوى الإسلامي والقانون الوضعي، وسوف نتعرض له من خلال فرعين:

الفرع الأول: موقف الفقه الإسلامي من حق المريض في إنهاء حياته.

الفرع الثاني: موقف فقه القانون الوضعي من حق المريض في إنهاء حياته.

#### الفرع الأول

##### موقف الفقه الإسلامي من حق المريض في إنهاء حياته

يدخل الحق في الحياة والحفاظ عليه ضمن الضروريات الخمس في مقاصد الشريعة الإسلامية والعمل على تحقيق هذا المقصد يحتاج إلى اتخاذ كافة الإجراءات والوسائل العلاجية اللازمة بحسب حالة كل مريض؛ طالما أن الأخير لديه قلب نابض وحياة مستقرة ويندرج من بين الوسائل العلاجية تركيب

(١) د. محمود أحمد طه، تحديد لحظة الوفاة وانعكاساتها على المسؤولية الجنائية للطبيب في ضوء الأساليب الطبية الحديثة، منشأة المعارف بالإسكندرية، ٢٠٠٨م، ص ٧٠؛

Christian Byk: L'Euthanasie en droit français, revue international de droit comparé, vol. 58 n° 2, 2006, p. 657.

ووضع أجهزة الإنعاش الصناعي على المريض<sup>(٢)</sup>، الذي تتطلب حالته الصحية ذلك، وفي ذات الوقت لا يجوز للمريض رفض الخضوع للعلاج وإجراءات التداوي التي تحتاج حالته الصحية إليها، وإذا رفض المريض الامتثال لإجراءات التداوي والعلاج التي يتخذها الطبيب نحوه، يعد نوعاً من إهلاك وإيذاء النفس وهي مسألة نهى عنها الشرع، ويأثم المريض بتركها<sup>(٣)</sup>. وفي ذلك قال تعالى: (وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ)<sup>(٤)</sup>. أيضاً نهى الشرع عن التسبب في قتل النفس إذ قال سبحانه وتعالى: (لَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا \* وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ عُدْوَانًا وَظُلْمًا فَسَوْفَ نُصَلِّيهِ نَارًا)<sup>(٥)</sup>.

وعلى ذلك فإن الحالة التي يطلب فيها المريض من الطبيب رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عنه فإن الفقهاء يرون أن المريض لا يملك هذا الحق ولا يمكن إباحتها، لأنه يعد قتلًا للنفس وهو محرم عليه كما هو محرم عليه قتل أية نفس أخرى، بل ويحرم على غيره فعل ذلك أو مساعدته على قتل نفسه حتى لو كان ذلك بناءً على إذن من المريض لأن الحالة الأولى: تعبر عن رغبة المريض في إنهاء حياته من خلال الانتحار، أما الحالة الثانية: فإنها تجسد عدواناً على الغير بالقتل، ولذلك لا يملك المريض أن يحل حراماً - قتل النفس ونفسه من باب أولى - من خلال قتل نفسه أو السماح للغير بمساعدته على ذلك، لأن الروح والنفس هي ملك لله وحده ووديعة عند الإنسان سوف يسأل عنها، ولا يجوز التنازل عنها إلا في سبيل الله من خلال فرض الجهاد<sup>(٦)</sup> وغيره من الحالات الأخرى التي أقرتها الشريعة الإسلامية، ويرى البعض الآخر أنه يحق للمريض رفض العلاج في حالة انعدام الفائدة المنتظرة من العلاج في حالة استمراره مع ضرورة التأكد والتثبت من عدم جدوى استمرار العلاج واستخدام أجهزة الإنعاش الصناعي.

(٢) د. فاطمة مناعي،، موت الدماغ وآثاره، دراسة فقهية طبية، رسالة دكتوراه، جامعة غرداية - الجزائر، ٢٠٢٠م، ص ١٤٥.

(٣) الشيخ/ محمد المختار السلامي، الإنعاش، بحث منشور في مجلة مجمع الفقه الإسلامي، الدورة الثانية، ١٤٠٦هـ - ١٩٨٦م، ص ٤٨١-٤٨٢؛ د. محمد إبراهيم سعد النادي، موت الدماغ وموقف الفقه الإسلامي منه، دراسة مقارنة، دار الفكر الجامعي، الطبعة الأولى، ٢٠١٠م، ص ٦٥.

(٤) الآية رقم ١٩٥ من سورة البقرة.

(٥) الآية رقم ٢٩-٣٠ من سورة النساء.

(٦) د. محمود أحمد طه، مرجع سابق، ص ٩٠.

بينما ذهب بعض الفقهاء إلى أنه يجب أن يمنح الإنسان الفرصة لكي يموت بصورة طبيعية؛ وهو ما يعني أنه يجوز للأطباء رفع أجهزة الإنعاش الصناعي من على المريض الميئوس من شفائه أو استجابته للعلاج والانتظار لكي يموت موتاً طبيعياً<sup>(٧)</sup>.

لأن الشريعة الإسلامية نهت المريض عن رفض العلاج ومن بين صورته الوضع تحت أجهزة الإنعاش الصناعي طالما أن الأمل في الشفاء مازال قائماً وهو ما يفرض على المريض الانصياع للإجراءات العلاجية التي يباشرها الطبيب نحوه كما أنه في الأصل ملتزم بعدم وقف أجهزة الإنعاش مدفوعاً باليأس من استجابة المريض للعلاج وتماتله للشفاء، لأن الإسلام قد نهى عن اليأس وفي ذلك قال تعالى: (وَلَا تَيْأَسُوا مِنْ رَوْحِ اللَّهِ ۗ إِنَّهُ لَا يَيْأَسُ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ)<sup>(٨)</sup>. ولقد أجاز مجمع الفقه لرابطة العالم الإسلامي في الدورة العاشرة المنعقدة في مكة المكرمة عام ١٤٠٨ هـ رفع أجهزة الإنعاش في حالة موت الدماغ إلا أنه يتعين في هذه الحالة أن يكون قلب المريض قد توقف هو ودورته الدموية حتى تنطبق عليه أحكام الميت، وهذا أيضاً مذهب اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية في الفتوى الصادرة عنها برقم ١٢٧٦٢ بتاريخ ١٤١٠/٤/٩ هـ والفتوى رقم ٦٦١٩ بتاريخ ١٤٠١/٢/١٥ هـ والتي جاء بها أنه يجوز من الناحية الشرعية وقف أجهزة الإنعاش الصناعي في حالة المريض المحتضر الذي مات دماغه إذا قرر بذلك طبيبان أو أكثر مع ضرورة الانتظار بعد نزع ورفع الأجهزة مدة مناسبة حتى يمكن التأكد من حدوث الوفاة من خلال توقف القلب والجهاز التنفسي<sup>(٩)</sup>.

## الفرع الثاني

### موقف فقه القانون الوضعي من حق المريض في إنهاء حياته

يوجد اتجاهان في الفقه الوضعي أحدهما: يؤيد حق المريض في إنهاء حياته وطلب رفع أجهزة الإنعاش الصناعي من عليه، وثانيهما: يعارض هذا الحق:

أولاً: الاتجاه المؤيد:

(٧) د. إبراهيم صادق الجندي الموت الدماغى، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الطبعة الأولى، الرياض، ٢٠٠١م، ص ٧٦.

(٨) الآية رقم ٨٧ من سورة يوسف.

(٩) د. إبراهيم صادق الجندي، مرجع سابق، ص ٧٧-٧٨؛ د. محمد إبراهيم سعد النادي، مرجع سابق، ص ٧٢.

يذهب أنصار هذا الاتجاه إلى تأييد حق المريض في رفض تلقي العلاج والعناية الطبية بمختلف أنواعها بما فيها تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي، ويعبر عن إرادته بنفسه قبل دخوله الغيبوبة أو من خلال ممثله القانوني، ويستند هذا الحق إلى حق المريض في الموت بكرامة وبالتالي يجب احترام إرادة المريض<sup>(١٠)</sup>.

ويستند أنصار هذا الاتجاه إلى مجموعة من الأسانيد ومن أهمها:

١- من غير المنطقي من الناحية القانونية القبول بالحالة التي يظل فيها المريض خاضعاً لأجهزة الإنعاش الصناعي في الوقت الذي لا توجد أي مؤشرات طبية على احتمال تعافيه بسبب حالته الميؤوس منها، كما أن هذا الأمر - أي الابقاء على الأجهزة - استجابة لرغبة أهل المريض وذويه كنوع من التعاطف معهم وللحفاظ على مشاعرهم قد يترتب عليه حرمان شخص آخر من فرصة مساعدته على التعافي والشفاء وإنقاذ حياته إذا كان في حاجة إلى تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي التي يشغلها المريض<sup>(١١)</sup>.

٢- إذا كان الاعتراف للإنسان بالحق في الحياة يتبعه الإقرار له بالحق في الموت وعدم الاستمرار في الحياة وهو ما يبرر أن الانتحار غير معاقب عليه جنائياً إذ لا يعاقب القانون على الانتحار إنما يكون على الشروع بالانتحار، ومن البديهي عدم العقاب على حالة إزهاق الإنسان لروحه إذا تم ذلك بنفسه أو بمساعدة شخص آخر، كما لو كان طبيباً إذا كان ذلك بناءً على طلبه وإرادته<sup>(١٢)</sup>.

٣- لا يجوز إثارة المسؤولية القانونية للطبيب الذي امتنع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي، أو قام برفعها أو إيقافها عن المريض إذا كان فعله يستند على إرادة المريض الحرة ورغبته وإيدائه الرفض لتناول العلاج<sup>(١٣)</sup>.

ويشترط في هذه الحالة أن يتولى الطبيب إعلام المريض بكافة النتائج التي يمكن أن تترتب على رفع الأجهزة وخطورة حالته الصحية وما يعانيه من أمراض وأهمية العلاج له، أو أن يتولى إعلام وإخبار

(10) Christian Byk, op.cit., p. 660; Gévard Mémeteau: cours de droit médical, 2ème éd., Bordeaux, les études hospitalières, 2003, p. 314.

(11) د. أحمد شرف الدين، الحدود الإنسانية والقانونية للإنعاش الصناعي، مقال منشور في المجلة الجنائية القومية، المجلد ١٩، العدد الثالث، القاهرة، ١٩٧٦، ص ٤٥١.

(12) د. حمد السعدي، جرائم الاعتداء على الأشخاص، مطبعة المعارف، بغداد، ١٩٨١، ص ٣٣٩.

(13) Christian Byk, op.cit., p. 661.

المسئول عنه قانوناً في حالة ما إذا كان المريض غائباً عن الوعي، ويستند ذلك إلى حق المريض في رفض تلقي العلاج وأن الطبيب لا يجوز له إجبار المريض على الخضوع للعلاج وتلقي العناية الطبية اللازمة بكافة صورها، ومن بينها تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي<sup>(١٤)</sup>.

### ثانياً: الاتجاه المعارض:

يرى أنصار هذا الاتجاه إلى أنه لا يحق للمريض أن يرفض تلقي العلاج وفي ذات الوقت لا يجوز للطبيب أن يمتنع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي أو أن يقوم برفعها عن المريض بناءً على طلب منه أو من أسرته، وإذا فعل ذلك يمكن أن تثور مسؤوليته القانونية، لاسيما المسؤولية الجنائية<sup>(١٥)</sup>.

ويستند أنصار هذا الاتجاه إلى الحجج الآتية:

١- لا يمكن التعويل على إرادة المريض في رفض تلقي العلاج؛ لأنها إرادة معيبة وغير متكاملة ومشكوك فيها، ويرجع ذلك إلى الظروف الصحية التي يمر بها المريض وحالته المرضية التي قد تدفعه إلى اتخاذ قرارات غير صائبة مثل الخوف من الموت أو المعاناة من الألم الشديد، وبالتالي فإن الاستجابة لطلب المريض يمكن أن يشكل تحريضاً للمريض على الانتحار أو قد يبدو على أنه نوع من التحكم في مصير البشر.

٢- لا يجوز الاستناد إلى رضا المجني عليه كمبرر للسلوك الإجرامي إلا على سبيل المثال وعلى النحو الذي نص عليه قانون العقوبات، لاسيما في بعض الجرائم دون أن يدخل فيها جرائم القتل تطبيقاً للقواعد العامة الخاصة بنظرية الإباحة<sup>(١٦)</sup>.

هذا إلى جانب ضرورة احترام مبدأ معصومية الجسد وحرمة الجسد الإنساني، ولذلك لا يملك الشخص حق التصرف في جسده بصورة مطلقة وإنما يتصل أيضاً بحق المجتمع، ولذلك لا يجوز للمريض رفض تلقي العلاج ومن صورته أن يطلب رفع أجهزة الإنعاش الصناعي من على جسده.

(١٤) د. محمود أحمد طه، مرجع سابق، ص ١٠٣؛ د. هدى حامد قشقوش، القتل بدافع الشفقة، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، الطبعة الثانية، ١٩٩٦، ص ٤٨؛

(١٥) Christian Byk, op.cit., p. 664;

د. محمود أحمد طه، مرجع سابق، ص ٩١.

(١٦) د. محمد زكي أبو عامر، د. سليمان عبد المنعم، القسم العام من قانون العقوبات، دار الجامعة الجديدة، ٢٠٠٢، ص ٢٨٣.

ويؤيد الباحث الرأي الثاني لقوة الحجاج التي أستند إليها وبالتالي لا يجوز للطبيب أن يمتنع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي أو أن يقوم برفعها عن المريض بناءً على طلب منه أو من أسرته، وإذا فعل ذلك يمكن أن تثور مسئوليته القانونية

## المطلب الثاني

### وقف أجهزة الإنعاش الصناعي بمبادرة من الطبيب

#### تمهيد وتقسيم:

تثير الحالة التي يقوم فيها الطبيب المعالج أو المشرف على حالة المريض بوقف أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض بمبادرة من الطبيب مشكلة القتل بدافع الشفقة وموقف كل من الفقه الإسلامي وفقه القانون الوضعي.

وهذا ما سوف نتعرض له من خلال الفروع الآتية:

الفرع الأول: مفهوم قتل الشفقة.

الفرع الثاني: موقف الفقه الإسلامي.

الفرع الثالث: موقف فقه القانون الوضعي.

## الفرع الأول

### مفهوم قتل الشفقة

يعبر قتل الشفقة أو القتل الرحيم عن كل فعل إيجابي أو سلبي يؤدي إلى إنهاء آلم مريض ميئوس من شفائه ولا يرجى شفاؤه، وبهدف القضاء عليه رحمة به<sup>(١٧)</sup>.

ويقصد بقتل الرحمة أو الشفقة إنهاء معاناة المريض الذي يستحيل شفاؤه، ويطلق عليه أيضاً قتل الرحمة نسبة إلى طبيعة القتل لأنه يقصد الرحمة، ويطلق عليه أيضاً مسمى الموت الطبيب أو الموت برفق، ولكن مصطلح الموت بدافع الشفقة هو أدق تلك المصطلحات لأن الغرض منه إنهاء حياة المريض الميئوس من شفائه بدافع الشفقة عليه وللحد من الآلام التي يعانيتها نتيجة لمرض لا يرجى

(١٧) د. أحمد شوقي أبو خطوة، مرجع سابق، ص ١٨٦.

الشفاء منه<sup>(١٨)</sup>. وبعبارة أخرى يعني الفعل الذي يرتكب من شخص ضد الغير لمساعدته على الموت بدون معاناة<sup>(١٩)</sup>.

ويتخذ القتل بدافع الشفقة عدة صور ومن أهمها<sup>(٢٠)</sup>:

١- القتل غير المباشر؛ ويحدث من خلال قيام الطبيب بإعطاء المريض جرعات من بعض العقاقير المسكنة، ويستمر بمضاعفة حجم الجرعة بصورة تدريجية من أجل احتواء الألم وغالباً ما تتجح مساعي الطبيب في ذلك ويصل إلى مرحلة لا يشعر فيها المريض بأي أوجاع ويخفف من ألم معاناة المرض الذي ألم به، إلا أنه قد يترتب على تلك الجرعات موت المريض بعد مدة قصيرة في الوقت الذي كان الطبيب يقصده أو يتوقعه على أقل تقدير<sup>(٢١)</sup>.

٢- القتل الإيجابي - أو المباشر؛ ويتمثل في قيام الطبيب بإعطاء المريض جرعات قاتلة من العقاقير التي تتسبب في إحداث الموت مثل المورفين، الكورار، السيانيد، وأية عقاقير أخرى تؤدي إلى الموت المحتم<sup>(٢٢)</sup>.

٣- القتل من خلال وقف العلاج غير العادي أو غير الفعال عن المريض؛ ويتم ذلك من خلال وقف أو رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الذي فقد الوعي ودخل في غيبوبة دائمة لا يعرف متى يستيقظ منها ويستعيد وعيه مرة أخرى، وسواء تم هذا الوقف بطلب من المريض أو بمبادرة من الطبيب<sup>(٢٣)</sup>.

٤- القتل الذي يأخذ صورة اتفاق بين أهل المريض أو المسؤولين عنه قانوناً مع الطبيب المعالج على مساعدتهم في التخلص من حياة مريضهم الذي لا أمل في شفائه، أو تحريض الطبيب على ذلك استناداً إلى بواعث إنسانية لدى أهل المريض.

---

(١٨) د. هدى قشقوش، مرجع سابق، ص ٦.

(١٩) Christian Byk, op.cit., p. 664.

(٢٠) د. مريم عدنان فاضل، المسؤولية الجنائية الطبية عن عمليات الإنعاش الصناعي، دراسة مقارنة، منشورات زين الحقوقية، الطبعة الأولى، ٢٠٢٠، ص ١٣٥-١٣٦.

(٢١) د. لقمان فاروق حسن نانة، المسؤولية القانونية في العمل الطبي، دراسة مقارنة، الطبعة الأولى، منشورات زين الحقوقية، لبنان، ٢٠١٣، ص ١٢٥.

(٢٢) د. محمود إبراهيم محمد مرسى، نطاق الحماية الجنائية للميتوس من شفائهم والمشوهين خلقياً في الفقه الجنائي الإسلامي والقانون الجنائي الوضعي، دار الكتب القانونية، القاهرة، ٢٠٠٩، ص ٢٥٥.

(٢٣) د. سليم إبراهيم حرب، القتل بدافع الرحمة، بحث منشور في مجلة القانون المقارن، العدد الثامن، السنة ١٢، ١٩٨٦، ص ١٢٣.

٥- كذلك قد يقع فعل القتل الرحيم من خلال الامتناع من جانب الطبيب على التدخل من أجل إنعاش المريض ابتداءً. أي بمجرد دخول المريض المصاب في حادث، أو الذي تدهورت حالته الصحية إلى المستشفى. وتجسد هذه الصورة شكل القتل الرحيم السلبي الذي يقوم على اتخاذ التدابير الطبية اللازمة التي يمكن أن تنقذ حياة المريض مثل عدم وضعه تحت أجهزة الإنعاش الصناعي لا لسبب سوى أن الطبيب يرى أنه لا جدوى منها في مساعدة المريض على العودة إلى الوعي والحياة مرة أخرى.

## الفرع الثاني

### موقف الفقه الإسلامي

حرمت الشريعة الإسلامية قتل النفس حتى لو كان المريض ميئوساً من شفائه وتندر حالته الصحية بأنه مقبل على الموت لا محالة، وورد في القرآن الكريم العديد من الآيات التي حرمت قتل النفس وتوعدت من يقوم على ذلك أو يساعد فيه بالعذاب يوم القيمة. ومن ذلك قوله تعالى: (وَمَنْ يَقْتُلْ مُؤْمِنًا مُتَعَمِّدًا فَجَزَاؤُهُ جَهَنَّمُ خَالِدًا فِيهَا وَغَضِبَ اللَّهُ عَلَيْهِ وَلَعَنَهُ وَأَعَدَّ لَهُ عَذَابًا عَظِيمًا)<sup>(٢٤)</sup>. وأكد الفقه الإسلامي المعاصر على حرمة قتل النفس بدافع الشفقة أو رحمة بالمريض وذهب البعض<sup>(٢٥)</sup> إلى أن قتل الرحمة ليس من الحقوق الآدمية بل إنه يعد من المحرمات ويعد هذا تصديقاً لقوله تعالى: (وَمَا كَانَ لِنَفْسٍ أَنْ تَمُوتَ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ كِتَابًا مُؤَجَّلًا)،<sup>(٢٦)</sup> ولأن قتل النفس يعد هدماً لما أقامه الله ورسوله ويمثل سلب حياة المجني عليه واعتداءً على أهله، ولذلك يعد قتل الرحمة أو الشفقة محرم في الإسلام أيًا كان الدافع سواءً من أجل تخليص المريض من آلامه أو اليأس من شفائه.

ونعتقد من جانبنا، أن قيام الطبيب بأية مبادرة من جانبه تهدف إلى تخليص المريض من حياته عن طريق إعطائه عقاقير تسرع بنهايته وتؤدي إلى وفاته على المدى القصير أو المتوسط أو الطويل، أو الامتناع عن وضعه تحت أجهزة الإنعاش الصناعي إذا كان من الممكن مساعد في تعافيه وعودة أجهزته الحيوية إلى العمل مرة أخرى، يمثل جريمة قتل تثير المسؤولية الجنائية والمدنية للطبيب. وذلك لأنه لا يحق لكل من المريض والطبيب الامتناع عن تركيب أو رفع أجهزة الإنعاش الصناعي حتى لو كانت احتمالات الشفاء ميئوس من تحققها

(٢٤) الآية رقم ٩٣ من سورة النساء.

(٢٥) الشيخ جاد الحق علي جاد الحق، بحوث وفتاوى إسلامية في قضايا معاصرة الأزهر، الأمانة العامة للجنة العليا للدعوة الإسلامية، القاهرة، ١٩٩٣، ص ٥٠٨.

(٢٦) الآية رقم ١٤٥ من سورة آل عمران.

### الفرع الثالث

#### موقف فقه القانون الوضعي

أثار قتل الشفقة خلافاً فقهيًا انقسم إلى ثلاثة آراء ما بين مؤيد ومعارض وموقف بين كل من الاتجاه المؤيد والمعارض. ونتناول هذه الآراء على النحو التالي:

#### أولاً: الاتجاه المؤيد لقتل الشفقة:

يذهب أنصار هذا الاتجاه إلى إجازة قتل الشفقة وأن الطبيب يحق له أن يمتنع عن تركيب أجهزة الباعاش الصناعي أو يقوم برفعها عن المريض إذا كان ما به من مرض لا يرجى شفاؤه وأنه سوف يموت لا محالة، على أن يشترط ذلك بأن يكون دافع الطبيب هو رغبته في تقليل ألم المريض أو تجنبه البقاء في الألم لفترة طويلة قبل أن يموت، ومن أجل إراحة المريض وذويه.

#### ويستند أنصار هذا الاتجاه إلى الأسباب الآتية:

١- لا تقتصر مهمة الطبيب على علاج المرض وتخفيف آلامهم بل والمساعدة على حصول المريض على موت هادئ طالما أن احتمالات الشفاء غير قائمة، فضلاً عن معاناة المريض من آلام حادة وشديدة، والقول بغير ذلك يعني أن يقوم الطبيب بعمل لا يدخل في اختصاصه وهو إطالة ألم المريض وزيادة عذابه والمشاركة في زيادة متاعبه الصحية وعدم التقدم له بأي مساعدة تخفف آلامه النفسية والجسدية<sup>(٢٧)</sup>، وهو أمر غير مقبول ويأباه المنطق السليم.

ذلك لأن العلم يجب أن يعمل على خدمة الموتى والأحياء على السواء، وبالتالي إذا ثبت من الفحص للطبيب أن حالة المريض ميئوس منها ولن يفيد أي تدخل جراحي أو علاجي في شفاؤه فإنه يجب أن يبسر له طريق الموت، فإذا لم ينفع العلم الطبي الإنساني فعلى الأقل يجب أن يساعد المريض على الموت الهادئ والسهل<sup>(٢٨)</sup>.

(٢٧) د. عبد الوهاب حومد، دراسات متعمقة في الفقه الجنائي المقارن، جامعة الكويت، ١٩٨٣، ص ٥١.  
(28) Carven, les donnees nouvelles de la vie et de la mort et leur incidences juridique, R., int. crim et pal. tech, 1986, p. 30.

٢- يجب ترجيح مصلحة المرضى الذين يتوقع تماثلهم للشفاء على مصلحة المرضى الميئوس من حالتهم، وهو ما يعني أن تجريم مسلك الطبيب الذي يمتنع عن وضع المرضى الميئوس من شفائهم على أجهزة الإنعاش الصناعي من شأنه حرمان مرضى آخرين هم في حاجة حقيقية لاستعمال تلك الأجهزة مع وجود مؤشرات طبية على قرب تعافيمهم مع استخدام أجهزة الإنعاش<sup>(٢٩)</sup>.

ويرى الباحث أن هذه حالة ضرورة يجب أن تقدر بقدرها ففي حال كنا أمام حالة توافر أجهزة الإنعاش الصناعي في المستشفى؛ فلن يكون مقبولاً من الطبيب رفع أجهزة الإنعاش بزعم الحاجة لها، طالما أن حالة (الضرورة لم تتوافر برأينا، وستكون المسألة من مسائل الواقع التي تقع تحت سلطة المحكمة التقديرية كما نرى كل حالة على حده

٣- تعد الحالة الصحية للمريض الميئوس من شفائه وما يعانيه من أمراض وأعراض شديدة الألم بمثابة مانع من المسؤولية الجنائية للطبيب؛ لأن الأخير عندما يعرض عليه مريض ميئوس من شفائه من أجل وضعه على أجهزة الإنعاش الصناعي دون أن تكون لها جدوى، فضلاً عن الآلام النفسية التي سوف تتعكس على أسرة المريض والتكاليف الاقتصادية الباهظة لأجهزة الإنعاش رغم أن النهاية معروفة بالنسبة للمريض<sup>(٣٠)</sup>.

٤- يترتب على طلب المريض من الطبيب عدم وضعه على أجهزة الإنعاش الصناعي أو رفعها عنه إباحة فعل الطبيب تأسيساً على القاعدة الرومانية القديمة التي تقرر عدم قبول الدعاء بحصول الضرر من شخص رضي بحصوله<sup>(٣١)</sup>.

#### ثانياً: الاتجاه المعارض:

تذهب معظم التشريعات المقارنة إلى القول بتحقق المسؤولية القانونية - الجنائية والمدنية - للطبيب عن امتناعه عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي أو رفعها عن المريض الذي يواجه الموت بسبب ما به من مرض لا يرجى الشفاء منه، حتى لو كانت لا توجد أي مؤشرات طبية تدل على احتمالية تماثله للشفاء مدفوعاً بالشفقة عليه ولتخليصه من الآلام الشديدة والمبرحة التي يعاني منها.

---

(٢٩) د. عبد الوهاب حومد، مرجع سابق، ص ١٧٨.  
(٣٠) د. أحمد جلال الجوهري، الإنعاش الصناعي من الناحية الطبية والإنسانية، مجلة الحقوق والشريعة - الكويت، العدد الأول، ١٩٨١م، السنة الخامسة، ص ٣١٣.  
(٣١) د. أحمد جلال الجوهري، مرجع سابق، ص ٣١٢.

ويستند الاتجاه المعارض إلى مجموعة من الحجج والأسانيد يمثل مضمونها تنفيذًا لأسانيد الاتجاه المؤيد لقتل الشفقة<sup>(٣٢)</sup>، ونستعرضها على النحو التالي:

١- لا يحق لكل من المريض والطبيب الامتناع عن تركيب أو رفع أجهزة الإنعاش الصناعي حتى لو كانت احتمالات الشفاء ميئوس من تحققها، وكان الدافع تخفيف آلام المريض أو تجنبه إيها. هذا من ناحية.

ومن ناحية أخرى، لا يحق للمريض رفض العلاج ولا ممثله القانوني، ولا يحق للأخير الموافقة على رغبة الطبيب في رفع الأجهزة عن المريض ويعد ذلك تطبيقًا للقواعد العامة في نظرية الإباحة التي تحول دون قيام المسؤولية الجنائية في حالة توافر رضاء المريض في بعض الحالات باستثناء جريمة القتل<sup>(٣٣)</sup>.

ولا يعتد برضاء المريض أو رفضه للعلاج لأن إرادته في هذه الحالة معيبة؛ لأنه قد يعبر عنها متأثرًا بما يعانيه من آلام المرض والخوف من الموت.

٢- تتمثل مهمة الطبيب في علاج المريض وأقصى ما يستطيع القيام به نحو المريض مستخدمًا في ذلك الفنون الطبية والعلاجية المتعارف عليها، هذا بصفة رئيسية أو عامة، أما تخفيف الألم فإنه يأخذ مكانة ثانوية في عملية العلاج، وبالتالي يجب أن لا يعوق الهدف الثانوي الهدف الرئيسي وهو العلاج. وبالتالي نصل إلى نتيجة مؤداها أن الطبيب ملتزم ببذل عناية وليس تحقيق نتيجة أو غاية<sup>(٣٤)</sup>.

وتطبيقًا لذلك يمكن القول بأن المريض الذي يعاني من اضطرابات في عمل أحد أجهزة الجسم الحيوية مثل القلب أو الرئتين أو توقف جزئي لبعض وظائف المخ، لأن الطبيب يرتبط بالمريض بعقد، واستنادًا إلى شرف المهنة يلتزم بتركيب أجهزة الإنعاش الصناعي من أجل إنقاذ حياة المريض حتى تستقر حالة المريض أو يتأكد من وفاته، وأن يستمر المريض تحت تلك الأجهزة حتى تتحسن حالته الصحية أو تثبت وفاته، ولا يجوز له الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش للمريض، ولا رفعها قبل التأكد من وفاته

(٣٢) د. محمود أحمد طه، مرجع سابق، ص ٨٨.

(٣٣) د. علي راشد، القانون الجنائي، دار النهضة العربية، ١٩٧٤، ص ٥٠٧.

(٣٤) د. عبد الوهاب حومد، مرجع سابق، ص ١٧٧.

تمسكاً بحجة التخفيف من الآلام لأنها مهمة أساسية مقارنة بمهمة أخرى رئيسية هي الحفاظ على حياة المريض<sup>(٣٥)</sup>.

٣- السماح بقتل الشفقة سوف يفتح الباب على مصراعيه لانتهاك مبدأ حماية الحياة ويجعل حياة المرضى موضع تصرف من الأطباء، وهو ما يمس حرمة الحياة وقديسيتها، إلى جانب أن حياة المريض لم تعد في ظل التشريعات الحديثة حقاً قاصراً على المريض وحده بل حق مشترك بين الفرد والمجتمع<sup>(٣٦)</sup>.

### ثانياً: الاتجاه الموقف:

يذهب جانب من الفقهاء مذهباً وسطاً بين كل من التاجهين المؤيد والمعارض لقتل الشفقة إذ إنه لم يذهب إلى إباحة قتل الشفقة بصورة مطلقة، وفي ذات الوقت لم يتشدد في منعه وتجريمه، وإنما يحاول التوفيق بين آراء كل من التاجهين وذلك من خلال تضيق نطاق حالات قتل الشفقة، وهذا يقتضي التمييز بين نوعين من الموت.

**النوع الأول:** - وهو الموت السهل الإيجابي، أن يتدخل شخص مثل الطبيب أو أحد أقرباء أو أصدقاء المريض لإنهاء حياة الأخير بدافع الشفقة، وذلك بسلوك إيجابي يؤدي إلى الموت مثل كتم النفس أو الحقن بمادة أو عقار يؤدي إلى الوفاة<sup>(٣٧)</sup>.

**والنوع الثاني:** - الموت السهل السلبي والذي يتم فيه إنهاء حياة المريض بفعل سلبي يتمثل في الامتناع عن القيام بعمل أو فعل يترتب عليه وفاة المريض وهو ما يجسد صورة القتل مع الشفقة كما في حالة الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي للمريض مثل عدم تركيب إحدى وسائل التغذية أو التنفس الصناعي للمريض<sup>(٣٨)</sup> في الوقت الذي هو في أمس الحاجة إليها. وهو ما يعبر عن موقف سلبي من الطبيب إزاء شخص يحتضر وعدم الإقدام على إنقاذه<sup>(٣٩)</sup>.

(35) Malherbe (J.): Pour une éthique de la médecine, paris, 1981, p. 42.

(36) د. محمد زكي أبو عامر، د. علي عبد القادر القهوجي، القانون الجنائي، بدون مكان نشر، ١٩٨٦، ص ٣٧.  
(37) د. مريم عدنان فاضل، المسؤولية الجنائية الطبية عن عمليات الإنعاش الصناعي، دراسة مقارنة، منشورات زين الحقوقية، الطبعة الأولى، ٢٠٢٠، ص ١٣٥.

(38) ضاري خليل محمود، موت الدماغ في منظور جنائي، مجلة دراسات قانونية، العدد ٤٥، السنة الثانية، ٢٠٠٠، ص ١٠٩.

(39) د. جمال الدين عنان، القتل الرحيم بين الإباحة والتجريم، دراسة تأصيلية تحليلية في التشريع الجزائري مقارناً بالقوانين العربية والفرنسية والشريعة الإسلامية، منشورات الحلبي الحقوقية، الطبعة الأولى، ٢٠٢٠، ص ٧١.

ويذهب الفقه الهولندي الذي أخذ بهذا الاتجاه إلى ضرورة تخفيف العقوبة في حالات القتل بدافع الشفقة في صورته الإيجابية إذا وقع بناءً على طلب من المريض وقام الطبيب المعالج بالنزول عند رغبته، كما لو قام بحقنه بعقار مخدر مميت، ولكن دون أن نصل إلى إباحة الفعل وعدم تجريمه على نحوٍ مطلق، لأن القتل بدافع الشفقة هو في حقيقة الأمر تصرف طبي أكثر من كونه يجسد جريمة جنائية معاقباً عليها. أما بالنسبة للقتل بدافع الشفقة في صورته السلبية فإنه لا يعد قتلًا بل هو تصرف طبيعي، لأن الطبيب لا يلتزم ببذل عناية طبية نحو مريض لا تترتب عليها أية فائدة علاجية، أو لا جدوى لها بعبارة أخرى، إذ إن استمرار العلاج يتوقف على مدى امتلاك المستشفى للوسائل العلاجية، وأن لا يرفض المريض تلقي العلاج، فإذا رفض العلاج فلا نكون أمام حالة قتل شفقة في مفهومها السلبي يثير المسؤولية الجنائية للطبيب<sup>(٤٠)</sup>.

ومن جانبنا نؤيد هذا الاتجاه الذي لم يذهب في تجريم ومعارضة قتل الشفقة بصورة مطلقة أو إباحتها على إطلاقه وإنما يجب في النهاية التعامل مع كل حالة على حدة وعدم وضع معايير وقواعد جامدة.

### المطلب الثالث

#### حكم وقف أجهزة الإنعاش الصناعي في حالة موت الدماغ

تقسيم : نتناول هذا المطلب في الفرعين الآتيين :

#### الفرع الأول

#### حكم إيقاف أو رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً

يجوز رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الذي يثبت أنه قد مات دماغياً وتوقف مخه عن العمل بسبب موت خلايا المخ لديه، إذ إن أجهزة الإنعاش في هذه الحالة ليس في مقدورها أن تعيد الحياة الإنسانية التي ذهبت بموت المخ وأصبح المريض معها - المتوفي - فاقداً للإدراك والشعور والقدرة على التعبير عن نفسه أو حتى التواجد في العالم الخارجي<sup>(٤١)</sup>.

وأصبح من المستقر عليه في العلاج والممارسات الطبية ولدى أهل الخبرة أن موت الدماغ يستحيل معه عودة الحياة لصاحبه في الوقت الحاضر أو القريب أو حتى على المدى البعيد طالما تم التأكد من

(٤٠) د. هدى قشقوش، مرجع سابق، ص ١٦٧.

(٤١) د. جمال الدين عنان، القتل الرحيم بين الإباحة والتجريم، دراسة تأصيلية تحليلية في التشريع الجزائري مقارناً بالقوانين العربية والفرنسية والشريعة الإسلامية، منشورات الحلبي الحقوقية، الطبعة الأولى، ٢٠٢٠، ص ٥٩٩.

حدوث الموت بحسب المعايير الطبية والفنية الصحيحة، وهو ما يعني عدم جدوى إبقاء الميت تحت أجهزة الإنعاش حتى لو كانت تساعد في الحفاظ على عمل بعض الأجهزة الحيوية مثل القلب لبعض الأيام أو الأسابيع، ولذلك فإن رفع أجهزة الإنعاش عن المتوفى لا يثير أية مسؤولية قانونية للطبيب بحسب ما استقر عليه أهل الخبرة الطبية والقانونية والشرعية<sup>(٤٢)</sup>.

ولا يمكن أن تقوم بهذا الفعل أية جريمة تصنف على أنها قتل للمريض بحسب رأي الشرع والقانون، ولا يعد قتل شفقة أو رحمة بالمريض؛ لأن وقوع هذه الجريمة يفترض وجود حياة مقترنة بالأم مبرحة في جسد المريض ابتداءً، وهو أمر لا وجود له تحت أجهزة الإنعاش الصناعي لأن موت المخ بسبب بموت خلاياه هو في حقيقة الأمر يعبر عن موت الإنسان وفقدانه لأية قدرة على الشعور بالألم أو التعبير عن أي رد فعل جسدي<sup>(٤٣)</sup>.

وقد يعترض على هذا المسلك بأن الطبيب بتصرفه هذا يخالف ضميره والقواعد المستقر عليها في مهنة الطب، ومن أبرزها الحفاظ على حياة المريض، ولكن يتضح أن الطبيب لم يعتد على حق الفرد في الحياة بالنسبة لمن فقد علاقته بالعالم الخارجي ولم يعد في جسده أي دليل على وجود الحياة به مع الأخذ في الاعتبار أن احترام الموت وحياة الأقارب وحرمة الطب هي مسائل يحتاج إلى التسليم بحقيقة أزلية الموت<sup>(٤٤)</sup>.

ويعد ذلك تطبيقاً لقوله تعالى: (مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا ۗ إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ \* لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ ...) <sup>(٤٥)</sup>.

والرأي المستقر عليه في الوقت الحالي أن اللجوء إلى استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي من أجل إطالة فترة أو موت من مات بالفعل يعد مجرد عملية تهدف إلى تأجيل إعلان الوفاة لمن مات بالفعل، في الوقت الذي يوجد فيه العديد من الحالات المرضية التي في حاجة إلى استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي بسبب ظروفهم الصحية الحرجة التي قد تتوقف على تركيب تلك الأجهزة ويمكن إنقاذهم باستخدامها،

(٤٢) د. محمد أحمد سويلم، مرجع سابق، ص ١٤٨.

(٤٣) د. مروك نصر الدين، الإنعاش الصناعي والمسئولية الطبية، المجلة القضائية، العدد الأول، الجزائر ١٩٩٨م.

، ص ٢٩٠؛ د. محمد حسين منصور، المسئولية الطبية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، ١٩٩٨، ص ٤٦.

(٤٤) د. بسام محتسب بالله، المسئولية الطبية المدنية والجزائية بين النظرية والتطبيق، دار الإيمان، دمشق، الطبعة الأولى، ١٩٨٤، ص ٤٥٦.

(٤٥) الآية رقم ٢٢ و ٢٣ من سورة الحديد.

تعد مسألة ترفضها الأخلاق وينهي عنها الشرع لأن الهدف من إنشاء مراكز أو وحدات الرعاية المركزة بالمستشفيات وما بها من أجهزة إنعاش يتمثل في إنقاذ أرواح الحالات الحرجة دون القيام بعملية تأجيل الموت بالنسبة لبعض الحالات الأخرى<sup>(٤٦)</sup>.

ويرى الشيخ جاد الحق علي جاد الحق شيخ الأزهر في الفتوى الصادرة عنه في ٥ ديسمبر ١٩٧٩ أنه يمنع من الناحية الشرعية تعذيب المريض المحتضر باستخدام أية أدوات أو أدوية طالما تبين للطبيب أن هذه الوسائل لا جدوى منها لأن الروح في بدن المريض ذاهبة إلى الموت الكلي لا محالة، والقول بغير ذلك ما هو إلا إطالة الموت والاحتضار وعبث لا فائدة من ورائه<sup>(٤٧)</sup>.

كذلك فإن الإصرار على الحفاظ على حياة عضوية صناعية مليئة بالعوارض ولا تقدم أية فائدة يعد من الطرق التي لا يقرها الشرع والقانون وتتعارض مع الأخلاق وآداب مهنة الطب، وأنه من الناحية الأخلاقية لا نجد به أي التزامات أخلاقية يمكن أن يكلف بها الطبيب تتعلق بإطالة الحياة الصناعية لأحد المرضى الذين ثبت موته بصورة رسمية<sup>(٤٨)</sup>.

وهو ما يعني ضرورة إعطاء الأولوية لمصالح المرضى الأحياء، وبالتالي يجب وقف أجهزة الإنعاش الصناعي ورفعها عن من ثبت موته من أجل إنقاذ المرضى الآخرين من أصحاب الحالات المرضية الحرجة بسبب حاجتهم الشديدة إليها<sup>(٤٩)</sup>.

وذهبت دار الإفتاء المصرية إلى أن المريض الذي فقد حياته وثبت موته من الناحية الطبية ما كان يريد أن يكون طريقه إلى الموت مليئاً بالعوائق والعقبات ويمر بالاضطراب، ويحق لأسرته من الناحية الإنسانية والشرعية أن تطلب من الطبيب المختص وقف ورفع أجهزة الإنعاش الصناعي، ويكون إيقاف تلك الأجهزة بقرار جماعي يشارك في اتخاذ فريق طبي مختص بعد التأكد من عدم إمكان عودة الشخص إلى الحالة الطبيعية، وتصديق عليه النيابة العامة بعد التحقق من موافقة الأسرة عليه<sup>(٥٠)</sup>.

(٤٦) العربي بالحاج، حكم الشريعة الإسلامية في أعمال الطب والجراحة المستحدثة، دراسة مقارنة، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، السنة الخامسة، العدد الثامن عشر ١٩٩٣، ص ٨٢.

(٤٧) جاد الحق علي جاد الحق، الفقه الإسلامي مرونته وتطوره، مطبعة المصحف الشريف بالأزهر، القاهرة، الطبعة الثالثة، ١٩٩٥، ص ٢٤٩.

(٤٨) العربي بالحاج، مرجع سابق، ص ٨٤.

(٤٩) د. أحمد شرف الدين، الأحكام الشرعية للأعمال الطبية، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، الطبعة الثانية، ١٩٨٧، ص ١٧٧.

(٥٠) دار الإفتاء المصرية، فتوى صادرة بتاريخ ١٩٧٩/١٢/٥، الفتاوى الإسلامية، المجلد العاشر، ص ٣٧١٣.

## الفرع الثاني

### ضمانات إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي في حالة الموت الدماغي

يوجد العديد من المصالح التي تتعارض فيما بينها وتتأثر في حالة إيقاف ورفع أجهزة الإنعاش الصناعي، ويمكن أن نسرد تلك المصالح إلى نوعين: الأول ويتعلق بمصلحة المريض المستفيد من أجهزة الإنعاش الصناعي والتي تساعد في الحفاظ على حياته أو ما تبقى له من وقت في الحياة، أما النوع الثاني من المصالح فهو مصلحة المرضى الأحياء الذين في حاجة ملحة لتكريب أجهزة الإنعاش الصناعي لمساعدة أجسادهم على التعافي والحفاظ على وظائفهم الحيوية<sup>(٥١)</sup>.

وهو ما يعني أن القرار الخاص برفع أجهزة الإنعاش الصناعي تجتمع فيه مصالح ومفاسد، وفيما يتعلق بالمصالح المراد حمايتها فهي مصالح المرضى من الأحياء الذين مازالوا يتمتعون بالحياة ومازالوا على قيد الحياة ويحتفظون بوعيهم واتصالهم بالعالم الخارجي المحيط بهم، أما المفاسد فإنها تتجسد في حرمان المريض من الحياة الصناعية التي تكفلها له أجهزة الإنعاش دون أن تجسد حياة إنسانية طبيعية يحيها بالفعل إلا أنها تعطي أسرته أمل في إمكانية العودة مرة أخرى إلى الوعي والحياة الطبيعية<sup>(٥٢)</sup>.

وبالرجوع إلى قواعد الشريعة الكلية نجد أنها تقدم المصلحة إذا كانت أعظم من المفسدة، وبالتالي فإن إنقاذ الأحياء ممثلين في المرضى الأحياء ذوي الحالات الصحية الحرجة يمثل تقديماً لمصلحة مع درء مفسدة تتمثل في حرمان مريض ميت بالفعل من البقاء تحت أجهزة الإنعاش دون جدوى ودون انتظار لعودته للحياة مرة أخرى؛ ولذلك يعد الحفاظ على مصلحة الأحياء أولى بالرعاية من مصلحة المريض - الميت بالفعل - من توفير حياة صناعية له<sup>(٥٣)</sup>. وهو ما يقتضي الترجيح بين المصالح المتعارضة

(٥١) د. جمال الدين عنان، مرجع سابق، ٦٠١.

(٥٢) مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث، الجزء الثاني، ١٩٨٧، الكويت، ص ٧١٥.

(٥٣) د. أحمد شرف الدين، مرجع سابق، ص ١٨٦.

على النحو الذي تميل فيه الكفة لصالح المرضى الأحياء وهو ما يقتضي إيقاف أجهزة الإنعاش عن المريض المحتضر الذي قرر الأطباء بأنه قد دخل في حالة موت جزع المخ<sup>(٥٤)</sup>.

وبسبب خطورة مركز الطبيب المسئول عن الترحيح بين المصالح المتعارضة على النحو السابق يذهب البعض إلى ضرورة توافر مجموعة من الضمانات التي تحكم رفع وإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي في حالة موت المخ، ولعل من أهمها أن لا يعتمد الطبيب على رأيه بصفة فردية بأن المريض قد فارق الحياة بسبب موت جزع المخ ويتعين عليه أن يعرض حالته على فريق طبي متخصص ومتكامل، فإذا ثبت بعدها انعدام أي أمل في عودة المريض إلى الحياة الطبيعية يجب عليه في هذه الحالة أن يحصل على إذن من جهة رسمية مختصة مثل النيابة العامة في إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض، ويتعين على هذه الجهة أن لا توافق على رفع أجهزة الإنعاش الصناعي إلا في حالة توافر شرطين<sup>(٥٥)</sup>:

١- القيام بإجراء من شأنه إعلان حالة الوفاة مثل تحرير محضر أو شهادة وفاة.

٢- إعلام الأسرة بحالة المريض المحتضر والحصول على موافقتها على تنفيذ القرار.

وعلى ذلك إذا قام الطبيب برفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض وفقاً للشروط السابقة، فإن تصرفه يكون صحيحاً من الناحية القانونية والشرعية ولا يمكن إثارة مسؤوليته القانونية.

وعلى ذلك فإن الرأي الفقهي السابق يستند إلى ضرورة توافر العناصر الآتية<sup>(٥٦)</sup>:

١- أن يصدر قرار رفع الأجهزة عن لجنة طبية مكونة من ثلاثة أطباء متخصصين على الأقل تتفق آراؤهم على أن الشخص الخاضع لأجهزة الإنعاش قد فارق الحياة بسبب موت المخ دون رجعة على التوصية برفع أجهزة الإنعاش الصناعي عنه.

٢- أن يقوم قاضي أو وكيل نيابة بالتصديق على قرار اللجنة الطبية بعد صدور موافقة أهل أو أسرة المتوفى.

(٥٤) د. محمد إبراهيم سعد النادي، مرجع سابق، ص ٧٢.

(٥٥) د. أحمد شرف الدين، مرجع سابق، ص ١٨٧.

(٥٦) د. جمال الدين عنان، مرجع سابق، ص ٦٠٣.

٣- أن يتولى الأطباء الذين تتكون منهم اللجنة تحرير شهادة الوفاة قبل أن يشرع الطبيب في إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي.

ويجب في البداية توافر رضاء وموافقة أسرة الميت قبل تصديق الجهة المختصة على تقرير اللجنة الطبية المشار إليها، لأن موافقة الأسرة في حد ذاتها لا تكفي وتحتاج إلى تصديق جهة رسمية عليها<sup>(٥٧)</sup>. ويذهب رأي فقهي آخر<sup>(٥٨)</sup> يعترض على الرأي السابق الذكر ويوجه إليه النقد تأسيساً على أن موت الدماغ هو الذي يبرر رفع أجهزة الإنعاش عن المريض رغم أن هناك خلافاً مازال قائماً بين أهل الطب ورجال الفقه الإسلامي بشأن الاعتراف بموت المخ على أنه دليل على حدوث الوفاة، هذا من ناحية.

ومن ناحية ثانية فإن موافقة كل من أسرة المريض والنيابة العامة أمر ضروري لرفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً على اعتبار أن الأسرة تمثل المريض والنيابة تمثل المجتمع، ولكن ماذا يحدث في حالة رفض الأسرة لتنفيذ قرار اللجنة الطبية برفع أجهزة الإنعاش رغم موافقة النيابة العامة، فهل تكفي موافقة الأخيرة رغم اعتراض أسرة المريض. في الوقت الذي لم تحدد فيه بدقة جهة أسرة المريض التي يحق لها الموافقة أو الرفض قرار إيقاف هل جميع الورثة أم الأقارب العصبية فقط؟

ومن ناحية ثالثة، لا يوجد معيار واضح يمكن من خلاله للنيابة العامة أن تستدل على توافر رضاء أسرة المريض لاسيما مع إمكانية حصول الموافقة تحت ظروف الإكراه والتهديد أو بدافع الحصول على الميراث.

ومن جانبنا نؤيد الرأي الأول لما استند إليه من حجج واستناداً إلى قرار حجج الفقه الإسلامي الذي أجاز رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً<sup>(٥٩)</sup>. ونرى بأهمية إشتراط إدخال النيابة العامة كسلطة لها الحق في الموافقة على رفع أجهزة الإنعاش عن المريض؛ وناشد المشرع الإماراتي لأهمية الأخذ بهذا الأمر، لما له من تأثير خطير على حياة أفراد المجتمع. ونرى بان يقتصر الحق في رفع أجهزة الإنعاش لأقارب المريض من الدرجة الأولى والأقارب من الدرجة الثانية على التوالي.

---

(٥٧) د. أحمد شرف الدين، مرجع سابق، ص ١٨٧-١٨٨.  
(٥٨) د. علي محمد علي أحمد، معيار تحقق الوفاة (وما يتعلق بها من قضايا حديثة في الفقه الإسلامي)، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ٢٠٠٧، ص ٢١٨-٢٢٠.

(٥٩) مجمع الفقه الإسلامي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي، فتوى بشأن رفع أجهزة الإنعاش، القرار رقم (٥) ٨٦/٠٧/٣٥ دورة المؤتمر الثالثة بالعاصمة الأردنية عمان، من ٨ إلى ١٣ صفر ١٤٠٧ هـ - ١١ إلى ١٦ أكتوبر ١٩٨٦.

## المبحث الثانى

### موقف بعض التشريعات الوضعية المعاصرة من رفع رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً.

تمهيد وتقسيم:

أقرت بعض الدول مسألة القتل الرحيم على أساس أنه فعل يتم تنفيذه بناءً على طلب المريض وهو بخلاف فعل القتل الذى يأتيه شخص ضد شخص آخر لم يطلبه، وهذا العرف هو مناط التمييز بين نوعى القتل، لذلك وضعت بعض الدول قواعد يجب على الطبيب المسئول عن طلب المريض تقييم هذا الطلب بحسب المعايير التى نص عليه التشريع والتي يحكم إعطاء المادة المميّنة للمريض.<sup>(٦٠)</sup> ويطلق على هذا الفعل عبارة أخرى هى المساعدة على الانتحار أو مساعد الانتحار ، ويطلق عليه أيضاً الانتحار بمساعدة طبيبه<sup>(٦١)</sup>.

والمساعدة الطبية على الانتحار من خلال الطبيب المسئول عن العلاج وحالة المريض من خلال القيام بإعطاء المريض جرعة من عقار معين يسرع الوفاة إذا كان المريض يعانى من مرض خطير وغير قابل للشفاء.

وعلى ذلك سوف نتناول موقف الدول التى أصدرت تشريعات تبيح القتل الرحيم أو بدافع الشفقة Euthanasie مع الإشارة إلى موقف بعض القوانين العربية من ذلك لاسيما وأن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الميئوس من شفائه يتدرج من بين أنواع المساعدة على النحو التالى:

**المطلب الأول: موقف بعض التشريعات الأوروبية.**

**المطلب الثانى: موقف بعض التشريعات العربية.**

(٦٠) Perrine Galmiche: Panorama des législations sur L'aide active à mourir dans de monde, les Dossiers du CNSPFV, Janvier 2021, P. 11.

(٦١) Comité consultatif National d'Ethique (CCNE), Rapport CCNE sur le débat Concernant lin dévie, 21 Octobre 2014, P. 149.

## المطلب الأول موقف بعض التشريعات الأوروبية

تقسيم:

نتعرض لبعض الدول الأوروبية التي صدرت فيها تشريعات تبيح القتل بدافع الشفقة من خلال الفروع الآتية:

### الفرع الأول القانون الهولندي

بدأ النقاش في هولندا حول القتل الرحيم عام ١٩٧٣ بمناسبة صدور حكم ضد الطبيب قام بإعطاء أمه مادة قاتلة لكي يخفف عنها ألم المعاناة من مرضها، وصدر الحكم بالسجن لمدة أسبوع واحد مع المراقبة لمدة عام. واعترض بعض الأطباء على الحكم السابق تأسيساً على أن الأطباء يمكن الاعتراف لهم باستخدام هذه الوسيلة بناء على طلب المريض الذين يعانون من أعراض مرضية مؤلمة.<sup>(٦٢)</sup>

والمحكمة العليا الهولندية تستدعي مفهوم القوة القاهرة كتبرير للمساعدة الفعالة في الاحتضار وهو ما يثير تساؤل حول المقصود بتلك المساعدة؟ يذهب البعض إلى أنها بمثابة "إنهاء الحياة عند الطلب" والتي تعرف على أنها مساعدة مقصودة تمنح لشخص مريض يعاني من مريض مصاب بمرض عضال ويعانى من الألم لا تطاق،<sup>(٦٣)</sup> وبالتالي يتقدم المريض إلى الطبيب المعالج بطلبه لكي يوافق عليه ويشرع في مساعدته.

---

(62) C. Byk, la revendication individuelle force a la mort: approche Comparatiste des questions posées par l'interruption de traitement l'euthanasie et l'aide au suicide, Revue générale de droit, mars 1998, vol. 29, n°2, P. 230. Dol: 10.7202//03516ar.

(63) (n1) Hoge Raad, NJ 1985/106, 27 novembre 1984, sur Navigator n1. [Len ligne, dernière consultation Le 28 Janvier 2021], P. 230.

ويلتزم الطبيب بإبلاغ السلطات بعمليات القتل الرحيم التي يقوم بها حتى لا يتعرض للمساءلة القانونية.<sup>(١)</sup>

**ويجب مراعاة المعايير الآتية:<sup>(٢)</sup>**

١- وجود حالة مرضية ميئوس منها.

٢- معاناة المريض.

٣- عدم وجود حل آخر.

٤- أن يصدر القرار عن وعي وإرادة حرة.

٥- أن يتشاور الطبيب المعالج مع طبيب آخر.

٦- الحصول على معلومات من العائلة حول حالة المريض.

ونتيجة لذلك صدر القانون الهولندي بشأن إنهاء الحياة عند الطلب والانتحار بتاريخ ١٢ إبريل ٢٠٠١<sup>(٣)</sup>. وتضمن المعايير سالفه الذكر، واعتباراً من عام ٢٠٠٥ أصبح القتل الرحيم ممكناً بالنسبة للأطفال حتى سن ١٢ شهراً، ولكن بعد الحصول على إذن من جمعية طب الأطفال الهولندية على أن تكون حالة الطفل لا يرجى شفاؤها، مع انعدام فرص الاستمرار على قيد الحياة إلا بالاستعانة بالرعاية العلمية المكثفة، والأطفال الذين يعانون من الألم لا سبيل لإيقافها<sup>(٤)</sup>.

## **الفرع الثاني**

### **القانون البلجيكي**

في البداية كان القانون البلجيكي لا يعرف في العقاب على القتل بين القتل العمد وإنهاء حياة الشخص بناء على طلبه<sup>(٥)</sup>. كما حظرت مدونة أخلاقيات الطب في المادة ٩٥ منها التسبب عمداً في وفاة مريض

<sup>(١)</sup> Hoge Raad, NJ 1985/106, 27 novembre 1984, sur Navigator n1. EEn ligne, dernière consultation Le 28 Janvier 2021, P. 231.

<sup>(٢)</sup> Perrine Galmiche, op. cit., P. 16.

<sup>(٣)</sup> (n1) wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, sur wetten everheid. N1. Len linge, dernière consultation le 28 Janvier 2021.

<sup>(٤)</sup> E. Verhaegen, P. -J. J. Saver : The Groningen Protocol – Euthanasia in serrorely new borns, New En gland Journal of Médecine, 2005 vol. 352, no10, P. 959 - 962.

<sup>(٥)</sup> المادة ٣٩٢ من قانون العقوبات البلجيكي.

مريض إذ يتعين على الطبيب تقديم المساعدة الطبية اللازمة للمريض المصاب بمرض عضال للتخفيف من معاناتهم.<sup>(١)</sup>

وأثيرت العديد من الاقتراحات الخاصة بإنهاء حياة المريض من أهمها الاقتراح الخاص بإجراء تدخل تشريعى يبيح القتل الرحيم بحسب الضوابط القانونية التى يتم وضعها، والاقتراح الثانى والثالث بشأن وضع لائحة أو تنظيم إجرائى لاحق على لممارسة القتل الرحيم، أو أن يأتى هذا التنظيم بصورة مسبقة، والاقتراح الرابع وهو تجريم القتل الرحيم، وهذه الاقتراحات تبادلتها كل من اللجنة الاستشارية لأخلاقيات علم الأحياء،<sup>(٢)</sup> وأعضاء مجلس الشيوخ من أجل التوصل إلى أفضل الحلول. وتمخض عن ذلك الجدل صدور ثلاثة قوانين متعاقبة هى قانون ٢٨ مايو ٢٠٢٠ بشأن القتل الرحيم، وقانون ١٤ يونيو ٢٠٢٠ بشأن الرعاية التلطيفية، وقانون ٢٢ أغسطس ٢٠٠٢ بشأن حقوق المريض، وتعد هذه القوانين تجسيدا لإرادة البرلمان البلجيكى والتي تسمح بسلوك كافة الطرق الممكنة التى تخفف من آلام المريض ومعاناته وصولاً إلى المرحلة الأخيرة وهى القتل الرحيم فى ظروف معينة.<sup>(٣)</sup> وهو ما يعنى إلغاء تجريم القتل الرحيم<sup>(٤)</sup>. الذى يتم من خلال فعل يقوم به الغير بقصد إنهاء حياة شخص عمداً عندما يطلب منه ذلك بحسب نص المادة ٢ من قانون ٢٨ مايو ٢٠٠٢ بشأن القتل الرحيم، والتي ترجع فى أصلها إلى تعريف اللجنة الاستشارية لأخلاقيات علم الأحياء عام ١٩٩٧، ونص القانون سالف الذكر على ثلاثة شروط تحكم قيام الطبيب بإنهاء حياة أحد المرضى وهى:

١- أن يكون المريض كبيراً أو راشداً، أو صغير السن قادراً على التمييز، ويعلم بحقيقة الأمر الذى ينوى فعله بمساعدة الطبيب.

٢- أن يتقدم بطلبه إلى المريض بصفة دائمة وعلى نحو متكرر وبإرادة حرة وليس مدفوعاً نتيجة لضغط خارجى.

٣- أن تكون الحالة الصحية للمريض ميؤوساً منها وأن يكون فى حالة معاناة جسدية أو نفسية مستمرة لا تطاق بسبب مرض خطير وغير قابل للشفاء.

ويتعين على الطبيب إبلاغ المريض - فى المقابل - بالإمكانيات والوسائل الأخرى المتعلقة بالرعاية التلطيفية، ويتعين عليه طلب استشارة طبيب آخر متخصص فى المرض أو الأمراض التى يعانى منها

(1) Comité consultatif de bioéthique, Avis n°1 du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasia, 12 mai 1997, sur Heath. Belgium be.

(2) J. Herremans, Mourir dans la dignité la Lei belge relative à l'euthanasia, une reponse légale, Frontières, Aulomne 2011/printemps 2012, vol. 24, no. 1 – 2, P. 13.

(3) J. Herremans, Mourir dans la dignité la Lei belge relative à l'euthanasia, une reponse légale, Frontières, Aulomne 2011/printemps 2012, vol. 24, no. 1 – 2, P. 73.

(4) Loi relative à l'euthanasia du 28 mai 2002, sur e justice. Just.fojov.be

المريض، وفي ذات الوقت يتعين على الأخير أن يجتمع مع فريق من الرعاية الصحية يضم أحد أقارب المريض.

ويتعين أن يدخل في تشكيل اللجنة طبيب نفسى إلى جانب الطبيب الإخصائى مع ترك مدة شهر بين تقديم طلب القتل الرحيم، ويتعين أن يكون الطلب خطياً من المريض، أو من جانب شخص ليس من ورثته يعهد إليه بتقديم الطلب.

وتعد الشروط السابقة بمثابة ضمانات شرعية أو قانونية يتعين استيفاؤها.<sup>(١)</sup>

### الفرع الثالث

#### قانون لوكسمبورج

بدأ النقاش حول موضوع القتل الرحيم بين أنصار الحق فى اختيار الموت والمدافعين عن حرمة الحياة الإنسانية، ثم سرعان ما ظهر اتجاه ثالث يتبنى مفهوم الرعاية الملطفة المتوافقة مع القتل الرحيم Les soins Palliatifs أو أي بدائل أخرى.<sup>(٢)</sup>

وفى نهاية الأمر تمكن الاتجاه الداعى إلى تبنى مبدأ الرعاية التلطيفية الذى صدرت بناء عليه وثيقة عن لجنة الأخلاق الوطنية فى لوكسمبورج بعنوان المساعدة على الانتحار والقتل الرحيم L'aide au suicide et L'euthanasia بتاريخ ٢٥ فبراير ١٩٩٨<sup>(٣)</sup> وتعترف هذه الوثيقة من وجهة نظر أخلاقية بحتة وبعيداً عن وجهة النظر القانونية بأنه يجوز للطبيب فى بعض الحالات وفى ظل ظروف خاصة وخطيرة التدخل من أجل مساعدة المريض الميئوس من شفائه على الموت.<sup>(٤)</sup>

(١) Perrine Galmiche, op. cit., P. 28.

(٢) Deux Visions de la dignité, Luxemburg er wort, 17 mars 2019, sur wort lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Soins Palliatifs et euthanasia, Actes du colloque du 28 avril 2008 Actes de la Section des sciences morales et politiques de L'Institute grand-ducal, Vol. X11, 2009, P. 131 – 222.

(٣) Commission Nationale d'Ethique, L'aide au suicide et l'euthanasia les Avis de la CNE, Avis 1/1998, 25 Février 1998, sur cne public, Lu [En ligue, dernière consultation le 28 novembre 2021], P. 19.

(٤) Op. cit., P. 85.

ونجم عن المناقشات التي دارت صدور قانون ١٦ مارس ٢٠٠٩ بشأن القتل الرحيم والمساعدة على الانتحار، ويسمح القانون للطبيب بأن يأتي بفعل ينهى به حياة أحد الأشخاص عمداً بناءً على طلب صريح وطوعاً من الأخير. هذا عن معنى القتل الرحيم في القانون المذكور.

أما المساعدة على الانتحار فإنها تفهم على أن يساعد الطبيب عن قصد شخص آخر في التخلص من حياته بواسطة تزويده بالوسائل اللازمة لهذا الغرض بناءً على طلب صريح وطوعاً من ذلك الشخص.<sup>(١)</sup>

ووضعت المادة الثانية من القانون أربعة شروط موضوعية يجب توافرها للإعفاء من المسؤولية الجنائية أو أي فهم يمكن نسبتها إلى الطبيب الذي يستجيب لطلب القتل الرحيم أو المساعدة على الانتحار وهي:

١- أن يكون المريض قد بلغ السن القانونية اللازمة للتعبير عن إرادته والتمييز، والوعي.

٢- أن يكون المريض في وضع طبي ميؤوس منه ويعانى من ألم جسدى ونفسى مستمر لا يطاق مع وجود أى أمل فى التحسن والتعافى من المرض.

٣- أن يتم صياغة الطلب بناءً على إرادة طوعية ومدروسة ودون أى ضغط خارجى.

٤- أن يطلب المريض القتل الرحيم أو المساعدة على الانتحار، وأن يتم تسجيل هذا الطلب من قبل المريض فى صورة مكتوبة، وإذا لم يكن قادراً على تحرير الطلب يمكن أن يختار بعض الأشخاص للقيام بذلك فى حضور الطبيب المعالج.

ويستطيع المريض إلغاء طلبه فى أى وقت، أو سحب المستند من الملف الطبى وإعادته إلى المريض (المادة ١/٢ من القانون).

كذلك نصت المادة الرابعة من قانون ١٦ مارس ٢٠٠٩ على سبعة شروط شكلية فضلاً عن الشروط الموضوعية سالفة الذكر وهي:

١- إبلاغ المريض بحالته الصحية وعمره المتوقع عند تقديمه الطلب وإعلامه أن هناك وسائل علاجية أخرى متاحة يمكن أن تساعد فى تخفيف أوجاعه حتى يعلم المريض أن هناك حلولاً أخرى يمكن اللجوء إليها.

٢- ثبوت استمرار المعاناة الجسدية أو العقلية بعد إجراء عدة مقابلات معه.

٣- استشارة طبيب أخرى لكى يفحص المريض ويقدر معاناته.

(١) المادة الأولى قانون ١٦ مارس ٢٠٠٩ بشأن القتل الرحيم والمساعدة على الانتحار.

٤- إتاحة الحديث بين المريض وفريق الرعاية الصحية الذي شكل للنظر في طلبه ما لم يعترض المريض على ذلك.

٥- أن يتاح للمريض التحدث إلى الشخص الذي يثق فيه، إذا لم يرفض المريض هذا الإجراء.

٦- التأكد من أن المريض قد أتيحت له الفرص في مناقشة طلبه مع الأشخاص المختصين ومن يريدهم، مع الحصول على رأى اللجنة الوطنية لشئون المراقبة وتقييم طلبات الموت الرحيم.

٧- أن يسجل طلب المريض لدى اللجنة الوطنية في سجل "أحكام نهاية العمر" مع بيان الظروف التي يرغب المريض بسببها الوصول إلى القتل الرحيم.

وخضع القانون للتعديل عام ٢٠١٩ بحيث أصبح الموت عن طريق القتل الرحيم أو الانتحار بمساعدة من أحد أسباب الموت الطبيعي. (١)

## الفرع الرابع

### القانون السويسرى

يعود تاريخ الجدل الفقهي حول تجريم أو عدم تجريم المساعدة على الانتحار باعتبارها أعمالاً إجرامية يعاقب عليها القانون إلى نهاية القرن التاسع عشر والمناقشات التي سبقت وضع قانون العقوبات السويسرى، ولكن مع تطور العلوم الإنسانية والطب النفسى تغيرت نظرة المجتمع إلى هذه الأعمال وتطورت، ولم يعد المساعدة على الانتحار فعلاً مجرمًا طالما أنه يهدف إلى وضع حد للمريض الذى يعانى من المرض والألم الشديد وعدم جدوى العلاج. (٢)

وفى عام ١٩٩٤ قدم اقتراحاً فى البرلمان السويسرى اطلعت عليه Motion Ruffy يهدف إلى السماح بالقتل الرحيم للشخص الذى يعانى من مرض عضال والذى يترافق مع وجود الألم جسدية ونفسية لا تطاق. (٣) وعلى أثر ذلك شكلت مجموعة عمل برلمانية لفحص الاقتراح وتقديم رأيا فى عام ١٩٩٩. وترتب على ذلك تعديل المادة ١١٥ من قانون العقوبات التى جرمت المساعدة على الانتحار، وأعطى

(١) Le décès suite a un acte d'euthanasia ou d'arristance au suicide sera considère a l'avenir comme une mort de cause naturelle, Actualités du Gouvernement du Gand – Duche de Luxembourg, 11 Juillet 2019, sur sante public lu, [en ligne, dériver consultation le 28 novembre 2021 .

(٢) J. Wacker, Assistance au suicide, euthanasia; Situation suisse, Eta – des sur la mort, 2016, vol. 150, no. 2, P. 80.

(٣) Suisse, 1n, L'euthanasia, les documents de travail du sénat, série l'égislation comparée n°LC49, Janvier 1999, sur sénat. Fr. E en ligue, dernière consultation le 2 février 2021.

الحق للمريض في تقرير المصير، ويعد من واجب الطبيب تخفيف آلام المريض ودعم موقفه ورغبته في وضع حد لها.

ولكن هذا الأمر يتم وفقاً لأربعة شروط وهي:

- ١- أن يعاني المريض من أحد الأمراض التي تشير إلى قرب نهاية حياته.
- ٢- أن يطرح على المريض بدائل أخرى بخلاف إنهاء الحياة.
- ٣- أن يكون المريض قادراً على التمييز، وأن رغبته في الموت تعكس إرادة حرة وغير خاضعة لضغط خارجي، مع ضرورة التحقق من ذلك.
- ٤- أن تقع المبادرة من المريض.

وهي ذاتها الشروط التي دعمتها الأكاديمية السويسرية للعلوم الطبية والتي على أثرها أصدرت ولايات الاتحاد السويسري قوانين تقر مساعدة المرضى الميئوس من شفائهم على الانتحار لوضع حد لمعاناتهم الجسدية والنفسية.<sup>(١)</sup> بناءً على إرشادات أخلاقيات الطب الصادرة لعامي ٢٠٠٤ و٢٠١٣.<sup>(٢)</sup>

### الفرع الخامس

### الولايات المتحدة الأمريكية وكندا

#### أولاً: الولايات المتحدة

أقرت حتى الآن رخصة قانونية للمساعدة على الانتحار ثمانية ولايات أمريكية هي أوريغون، واشنطن، فيرمونت، كاليفورنيا، كولورادو، هاواي، مين، نيوجيرسي، ومقاطعة كولومبيا، ويعرف القضاء بحق المريض في إنهاء حياته في قضاء ولاية منتانا.<sup>(٣)</sup>

ولقد أقرت ولاية أوريغون قانون المساعدة على الانتحار عام ١٩٩٤ ودخل حيز النفاذ في عام ١٩٩٧، وولاية واشنطن في عام ٢٠٠٨، ومونتانا في عام ٢٠٠٩، وفيرمونت عام ٢٠١٣، وكاليفورنيا عام ٢٠١٥، وكولورادو ومقاطعة كولومبيا ٢٠١٦، وهاواي ٢٠١٨، ونيوجيرسي، ومين ٢٠١٩.

(1) J. Wacker, Assistance au suicide, euthanasia; Situation suisse, Eta – des sur la mort, 2016, vol. 150, no. 2, P. 81.

(2) ASSM, Attitude face a la fin dévie et à la mort, 2018 [à télécharger en PDF, dernier t'téléchargement le 2 février 2021.

(3) in Your State, sur death with a dignité. Org., [en ligne, dernière consultation le 2 novembre 2021.

ووضعت الولايات الأمريكية السابقة قوانينها من خلال استوحاء روح ونصوص قانون ولاية أوريجون بشأن الموت بكرامة L'Oregon Death with Dignity Act.<sup>(١)</sup>

### ثانياً: كندا

صدر في كندا قانون بتعديل القانون الجنائي الكندي لاسيما النصوص الخاصة بالمساعدة الطبية على الموت والذي اعتد في ١٧ يونيو ٢٠١٦.<sup>(٢)</sup> ووضع الشروط التي يمكن معها المساعدة على الموت وهي:<sup>(٣)</sup>

- ١- أن يتم ذلك وفقاً لأحكام القانون الكندي.
- ٢- أن لا يقل عمر المريض عن ١٨ عاماً.
- ٣- أن يعاني من مشكلات صحية خطيرة ميئوس التعافي منها.
- ٤- أن يتم طلب المساعدة الطبية على الموت بإرادة حرة وواعية.
- ٥- أن لا يتم المساعدة الطبية على الموت إلا بعد عرض سبل الرعاية الأخرى التي تهدف إلى تخفيف أوجاع المريض.

### المطلب الثاني

#### موقف بعض التشريعات العربية

#### تمهيد وتقسيم:

مازال الخلاف قائماً بين الدول العربية حول تحريم أو تجريم القتل الرحيم أو القتل بدافع الشفقة وهو ذات حال الدول العربية، لأن الدول العربية تسير على مبادئ الشريعة الإسلامية التي تحرم المساس بالنفس البشرية وحياة الإنسان إلا وفقاً لما نص عليه الكتاب والسنة وبالضوابط الشرعية المتعارف عليها.

لذلك نجد بعض الدول العربية التي تعند بالقتل الرحيم (الفرع الأول) بينما لا تعند بعض الدول الأخرى بالقتل الرحيم (الفرع الثاني).

(١) T. E. Purvis, Debating Death: Religion, Politics, and the Oregon Death with Dignity Act, Yale Faunal of Biology and Medicine, 2021 Vol. no2, P. 272 – 284.

(٢) Loi modifiant de code criminel et apportant des modifications comexes a d'autres lois (aide médicale a mourir), sue laus – lois justice.gc.ca, [en ligue, dernière consultation le 2 novembre 2021].

(٣) المادة ١/٢/٢٤١ من القانون الجنائي الكندي.

## الفرع الأول

### الدول العربية التي تعدد بالقتل الرحيم

#### ١- القانون السوري:

يعتد القانون السوري بالباعث على الجريمة ويعد سبباً لتخفيف العقوبة فضلاً عن كونه يمثل أيضاً ظرفاً لتشديد العقوبة، وفي ذلك نصت المادة ١٩٢ من قانون العقوبات السوري على أن "إذا تبين للقاضي أن الدافع كان شريفاً قضى بالعقوبات التالية: الاعتقال المؤبد أو خمس عشرة سنة بدلاً من الأشغال الشاقة المؤبدة.

الاعتقال المؤقت بدلاً من الأشغال الشاقة المؤقتة.

الحبس البسيط بدلاً من الحبس مع التشغيل وللقاضي فضلاً عن ذلك أن يعفى عن المحكوم عليه من لصق الحكم ونشره المفروضين كعقوبة".

ونصت المادة ٥٣٨ من ذات القانون على أن "يعاقب بالاعتقال عشر سنوات على الأكثر من قتل إنساناً قصداً بعامل الإشفاق بناءً على الحاجة بالطلب".

ومع ذلك لا يسمح قانون العقوبات السوري بإنهاء حياة إنسان آخر بدافع الشفقة حتى لو كان الإلحاح شديداً، ولكن يعد هذا الظرف ظرفاً مخففاً للعقوبة. (١)

#### ٢- القانون اللبناني:

نصت المادة ٥٥٢ من قانون العقوبات اللبناني على أن "يعاقب بالاعتقال عشر سنوات على الأكثر من قتل إنساناً بقصد الإشفاق بناءً على الحاجة بالطلب".

ويتضح من النص السابق لتخفيف العقوبة على المساعدة على قتل الغير أو قتل الغير بدافع الشفقة أن يطلب المجنى عليه من الجاني قتله بصورة مسلمة وعلى نحو متكرر حتى يتسم طلبه بالجدية ويتأكد رضاء المجنى عليه لتخفيف العقوبة عن الجاني. (٢)

#### ٣- القانون السوداني:

نصت المادة ٥١ من القانون الجنائي لسنة ١٩٩١ على أن إذا: "تسبب شخص لآخر الموت عمداً بناءً على رضاء هذا الأخير فإنه يسأل عن فعله هذا".

(١) رزيقة علي، القتل الرحيم بين الإباحة والتجريم، رسالة ماجستير، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم - الجزائر، ٢٠١٩، ص ٦٥.

(٢) رزيقة علي، مرجع سابق، ص ٦٥.

وعلى ذلك فإن القانون السوداني يعدد بالباعث على الجريمة فى جريمة القتل فى حالة ما إذا وقع فعل القتل على المجنى عليه بطلب منه.

وعلى ذلك فإن شروط تخفيف المسؤولية الجنائية تتمثل فى الآتى: (١)

١- أن يزيد سن المجنى عليه عن ١٨ سنة حتى يكون قادراً على التمييز وتقدير نتائج أفعال.

٢- أن يقبل المجنى عليه بالموت.

٣- أن يأتى رضاء المريض صحياً.

#### ٤- القانون الكويتي:

لا يعدد المشرع الكويتي بالباعث على الجريمة فى تكوين الركن المعنوى بحسب نص المادة ٦٢ من قانون الجزاء الكويتي، ولكن المشرع الكويتي نص فى المادة ١٨٠ من قانون العقوبات على أن للمحكمة السلطة التقديرية فى إصدار الحكم من عدمه على الجانى إذا كان لا يملك نية إجرامية، وهو ما ينطبق على القتل الرحيم إذا وقع من الطبيب مدفوعاً بالشفقة أو الرحمة على المريض.

### الفرع الثانى

#### الدول العربية التى لا تعدد بالقتل الرحيم

##### ١- القانون الإماراتي:

نصت المادة ١٠ من المرسوم بقانون اتحادي رقم ٤ لسنة ٢٠١٦ بشأن المسؤولية الطبية على أنه: "١- لا يجوز إنهاء حياة المريض أياً كان السبب، ولو بناءً على طلبه أو طلب الولي أو الوصي عليه. ٢- لا يجوز رفع أجهزة الإنعاش عن المريض إلا إذا توقف القلب والتنفس توقفاً تاماً ونهائياً، أو توقفت جميع وظائف المخ توقفاً تاماً ونهائياً، وفقاً للمعايير الطبية الحقيقية التى يصدر بها قرار من الوزير، وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه.

(١) المادة ٢٤٩ / ٢ عقوبات سوادنى.

كما نصت المادة ١١ من ذات المرسوم على أنه: "يجوز السماح بحدوث الوفاة الطبيعية وذلك بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي للمريض في حالة الاحتضار، وذلك عند توافر الشروط التالية:

١. إذا كان المريض يعاني من مرض غير قابل للشفاء منه غالباً.
٢. أن يتم استنفاد كافة طرق العلاج.
٣. أن يثبت عدم جدوى العلاج في مثل هذه الحالة.
٤. أن ينصح الطبيب المعالج بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي.
٥. أن يقدر ثلاثة على الأقل من الأطباء الاستشاريين أن مصلحة المريض تقتضي السماح بحدوث الوفاة الطبيعية وعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي، ولا يشترط في هذه الحالة الحصول على موافقة المريض أو وليه أو الوصي عليه.
٦. ولا يجوز الامتناع عن إجراء الإنعاش في حالة طلب صريح من المريض ولو كان الإنعاش غير مجدٍ لعلاجه.

و قد قضت محكمة الاستئناف بدبي على ( ومن ناحية أخرى ، فقد أشار تقرير اللجنة إلى توقف طبيب أمراض الأطفال في المستشفى الأمريكي عن إنعاش الطفل بعد أخذ موافقة الوالدين حيث أظهر فحص التصوير بالرنين المغناطيسي وجود أضرار جسيمة في الدماغ تشير الى أسوء النتائج في النمو العصبي ٠ وأياً كان وضع المريض ، فإن المادة (٩) من القانون الاتحادي رقم ١٠ لسنة ٢٠٠٨ فقد نصت على ( أنه لا يجوز إنهاء حياة المريض أياً كان السبب ، ولو بناء على طلبه أو طلب الولي أو الوصي ) ونصت المادة (٣٠) من ذات القانون على إنه ( مع عدم الإخلال بأحكام الشريعة الإسلامية ، يعاقب بالسجن مدة لا تقل عن عشر سنوات كل من يخالف حكم المادة (٩) ، كما أجازت المادة ٢٩٠ من قانون المعاملات المدنية للقاضي " أن ينقص مقدار الضمان أو لا يحكم بضمان ما إذا كان المتضرر قد أشترك بفعلة في إحداث الضرر أو زاد فية " وبالتالي - وعلى افتراض توافر العناصر الموجبة للتعويض - فإن المحكمة ترى عدم الحكم بأي تعويض مادام المدعيان قد وافقا على نزع أنبوب إنعاش طفلهما المتوفي ٠ (١)

ويتضح من الحكم السابق أنه يشترط للحكم بالتعويض توافر أركانته من خطأ وضرر ناجم ذلك الخطأ ورابطة السببية فيما بينهما ، وبما أن والدي الطفل قد وافقا على نزع أنبوب إنعاش طفلهما بما يقطع

(١) الاستئناف رقم ١٠٩٠ لسنة ٢٠١٢ استئناف مدني ، بالجلسة العلنية المنعقدة يوم ٢٠١٣/٤/١٧ بمقر محكمة الاستئناف بدبي

## علاقة السببية فإن والدي الطفل قد اشتركا في إحداث الضرر بما يؤدي الى عدم استحقاقهما اي تعويض

ولما يعتد القانون الإماراتي بالباعث على الجريمة إذ لا يشكل ركناً أو عنصراً في بنائها القانوني، وهذا ما نصت عليه المادة ٤٠ من قانون العقوبات الاتحادي بقولها لا يعتد بالباعث على ارتكاب الجريمة ما لم ينص القانون على ذلك.

ويتضح من المادتين السابقتين أن المشرع الإماراتي لا يعد الباعث من عناصر القصد الجنائي، ولا يؤثر على قيام الجريمة حتى لو كان دافع الجاني لارتكاب الجريمة شريفاً، فإنه في ذات الوقت يعد من الأعداء المخففة بحسب نص المادة ٩٦ من قانون العقوبات، وفي مقابل ذلك نص المشرع في المادة ١٠٢٠ من قانون العقوبات على ضرورة مراعاة أسباب التشديد التي نص عليها القانون ومن بينها ارتكاب الجريمة بباعث دنيء. ولذلك يلتزم القاضي عندما يتبين له نبل الباعث على ارتكاب الجريمة ضرورة تخفيف العقوبة عن الجاني في الحدود التي نص عليها القانون والتي حددتها المادة ٨١ من قانون العقوبات.

ونرى أن المشرع الإماراتي بما نص عليه في المادة (١١) المذكورة - محل نظر- والذي أعطى قرار منع الإنعاش القلبي للمريض في حالة الإحتضار للأطباء الإستشاريين مع عدم ضرورة موافقة المريض أو وليه أو وصيه، لكن نفس المادة أعطت (المريض) بالفقرة ٦ من المادة (١١) الحق في طلب الإنعاش حتى بفرضية أن الإنعاش كان غير مجدياً. وفي الحقيقة فالمادة (١١) نراها محل نظر من زاويتين ، الأولى: أن المشرع مع منحه حق إتخاذ القرار لمنع الإنعاش للأطباء الإستشاريين دون موافقة المريض أو ولية أو وصية يكون قد خالف توجهه بما ورد في الفقرة ٦ من المادة ١١ والتي منحت (المريض) الحق في الإنعاش بطلب منه مما يعني توافر حالة تعارض بين سلطة الأطباء في منع الإنعاش و حق المريض في أعمال الإنعاش، فإذن في حال حصل تعارضاً بين الجهتين فلا بد هنا من أن يكون القرار لجهة واحدة ونرجح هنا قرار المريض أو ذويه أو وصية أو وليه.

الأمر الثاني: فإن الفقرة ٦ المادة ١١ والتي نصت على أنه ( ولايجوز الإمتناع عن إجراء الإنعاش في حالة طلب صريح من المريض ولو كان الإنعاش غير مجد لعلاجه) وقد قصر فيها المشرع الإماراتي الحق لطلب الإنعاش (للمريض فقط) وهي أيضاً برأينا محل نظر، فالمريض في حالة الإحتضار لا يتوقع منه رشداً في إتخاذ قرار وضعه في الإنعاش، فالأقرب لإتخاذ القرار هنا ذوي المريض ونقترح مثلاً أقاربه حتى الدرجة الثانية مع حق المريض في إتخاذ القرار في حال كانت حالته الصحية تسمح بذلك.

الأمر الثالث: نرى بان حالة الضرورة لم ينص عليها المشرع الإماراتي كحالة موجبة لنزع أجهزة الإنعاش أو منعها في حالة المريض الميؤوس من حالته ويصادف ذلك (الحاجة) لتكيب تلك الأجهزة لمريض (آخر) في حالة خطرة يحتاج للأجهزة الإنعاش، ولتبدو هذه الحالة بعيدة عن الأذهان؛ فما حصل من أزمات صحية في أوروبا جراء جائحة كوفيد ١٩ أجبرت الكثير من المستشفيات الأوروبية لأغلاق مستشفياتها بسبب عدم القدرة لتغطية الحالات ذات الأعداد الكبيرة التي كانت تحتاج على الأقل لأجهزة إنعاش عبر أجهزة التنفس. ولذا نقترح على المشرع الإماراتي النص على هذه الحالة ففي حال كانت هناك ضرورة لمنع أو نزع أجهزة الإنعاش للمرضى الميؤوس من حياتهم؛ أن يتم بسبب الضرورة إنهاء حياتهم بعد توقف عضلتي القلب والدماغ، وإعطاء نفس أجهزة الإنعاش لمرضى آخرين حالتهم خطرة ولكنهم بالإمكان علاجهم.

## ٢- قانون العقوبات المصري:

يستوى لدى المشرع المصري الباعث على الجريمة سواء كان الشفقة أو الرحمة أو الانتقال وذلك في عدم العقاب على الجريمة بل إن الجاني يخضع للعقوبة. ويذهب بعض الفقهاء إلى أن الفعل الذي يقع بفعل إيجابي من الجاني كما لو قام الطبيب بدفع أجهزة الإنعاش الصناعات عن المريض قبل الموت بدافع من الشفقة والرحمة رغم احتياج المريض لتلك الأجهزة، ففي هذه الحالة يسأل الطبيب عن جريمة قتل عمدية وهو ما يجسد السلوك الإيجابي للطبيب. أما في حالة امتناعه عن معالجة المريض من أجل تيسير موته - كما لو قام بالامتناع عن رفع أجهزة الإنعاش عنه لعدم جدوى العلاج ولتجنب المريض آلام المرض الشديدة، فهذا السلوك السلبي لا يعفيه من الخضوع لجريمة القتل العمدى بطريق الامتناع، لأنه يلتزم بتقديم العلاج للمريض الذي يصارع المرض من أجل الاستمرار في الحياة. (١)

وللمحكمة السلطة التقديرية لباعث الجاني الذي دفعه إلى الجريمة وله تطبيق الظروف المخففة التي نص عليها القانون في المادة ١٧ عقوبات. (٢)

## ٣- القانون الأردني:

(١) د. محمود أحمد طه، مرجع سابق، ص ١٠٥ - ١٠٧.  
(٢) د. حسن صادق المرصفاوى، قانون العقوبات الخاص، منشأة المعارف، ١٩٩١، ص ١٧٨ - ١٧٩.

يذهب بعض الفقهاء إلى أن الطبيب الذي يقدم على قتل المريض من أجل تخفيف آلامه يعد مرتكباً لجريمة قتل مقصود ولا يجدى نفعاً بالنسبة له، توافر رضاء المجنى عليه؛ لأن حق الإنسان في الحياة لا يعتبر من الحقوق القابلة للتصرف فيها، ولا يكون المساس به مبرراً إلا لفائدة الإنسان ذاته، والقانون لم ينص على مثل هذا الشرط بصورة صريحة، ولكن يمكن القول بانطباق هذا الشرط في نطاق ممارسة الأعمال الطبية إذا كان الهدف منها علاج المريض من الأمراض، وبالتالي يسأل الطبيب عن جريمة قتل عمد بالامتناع إذا رفض الاستمرار في علاج المريض، ولذلك إذا قام الطبيب برفع أجهزة الإنعاش الصناعي الذي يترتب عليه توقف خلايا المخ عن العمل وموت المريض فإنه يعد قاتلاً ويستحق العقوبة إلا إذا كانت له مبرراته.<sup>(٣)</sup>

## الخاتمة

بعد الإنتهاء من عرض موضوع بحثنا عن ضوابط رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً، فقد توصلت الدراسة لجملة من النتائج والتوصيات؛ ونعرضها تباعاً.

أولاً: النتائج:

---

(٣) محمود أحمد طه، مرجع سابق، ص ١٠٨.

١- توجد العديد من العلامات والمؤشرات الإكلينيكية الدالة على موت الدماغ مثل الغيبوبة الكاملة للشخص وانقطاعه عن الوعي والإدراك، أن لا يكون الشخص قادراً على التنفس إلا باستعمال أجهزة الإنعاش الصناعي، وأن يعاني المخ من إصابات باثولوجية أو تدهور وظائفه بسبب تعرضه لحادث، أو عملية جراحية، وأن يمر على الغيبوبة ست ساعات على الأقل.

٢- يكتسب استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي أهمية كبيرة في إنعاش الحالات الحرجة لاسيما في حالات الحوادث، أو الهبوط المفاجئ للدورة الدموية، أو عقب خروج المرضى من العمليات الجراحية إلى أن تستقر حالتهم الصحية، وتزداد هذه الأهمية في حالات الاشتباه في الموت الدماغي لأنها تساعد في الإبقاء على استمرار الأعضاء الحيوية في أداء وظائفها الحيوية والعضوية إذا توقع الأطباء استجابة المريض وعودته إلى الوعي بعد فترة من الوقت، كما أنها تحافظ على أعضاء المريض وتتيح الاستفادة منها في عمليات نقل الأعضاء.

٣- ينقسم الفقه الإسلامي والفقه الوضعي والمتخصصين من الأطباء إلى اتجاهين بشأن حكم رفع أجهزة الإنعاش الصناعي - الاتجاه الأول: ويذهب إلى إجازة رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً حتى لو كان القلب والرئتان مازالا يعملان لتحقيق الموت الفعلي لجسد المريض، وعدم وجود فائدة من الإبقاء على الأجهزة سوى إطالة لا تأجيل إعلان الوفاة، مع عدم وجود أدنى أمل في عودة المريض إلى الوعي مرة أخرى.

ويذهب الاتجاه الثاني: من الفقه الإسلامي والفقه الوضعي إلى عدم جواز رفع أجهزة الإنعاش الصناعي في حالات الموت الدماغي، لأن موت مخ الإنسان لا يعتبر من موت الجسد في مجمله لاحتمالية عودة المريض إلى الوعي مرة أخرى.

٤- مبادرة الطبيب برفع أجهزة الإنعاش الصناعي أو وقف عملها أو رفض تركيبها ابتداءً في حكم إعطاء المريض لعقاقير تسرع بنهايته على المدى القصير أو المتوسط أو الطويل وتشكل جريمة قتل تثير المسؤولية الجنائية والمدنية للطبيب.

٥- وضعت العديد من التشريعات المقارنة ضمانات لرفع أجهزة الإنعاش الصناعي ومن بينها قانون المسؤولية الطبية الإماراتي رقم ٤ لسنة ٢٠١٦ في المادة (١١) من القانون على النحو الذي تم التعرض له، والعديد من التشريعات الأوروبية والأمريكية الأخرى.

## ثانياً: التوصيات:

- ١- نوصي المشرع الإماراتي بتعديل بموجب قانون المسؤولية الطبية رقم ٤ لسنة ٢٠١٦ بحيث يضع نصوصاً تحكم عملية تشخيص حالات الوفاة بصورة دقيقة بحيث لا ينفرد طبيب بمفرده، أو فريق طبي بتشخيص حالات الموت الدماغى بحيث تخضع لتشخيص دقيق يشترك فيه جميع التخصصات الطبية ذات الصلة.
- ٢- نوصي المشرع الإماراتي بإجراء تعديل في نص المادة ٦/١١ وذلك في حالة التعارض بين قرار الأطباء المستشاريين لمنع الإنعاش و(حق) المريض أو وليه أو وصيه ؛ أن يكون القرار النهائي لذوي المريض فالحق في الحياة مقدم على خيار الإنهاء.
- ٣- نوصي المشرع الإماراتي بإضافة نص فقرة تسمح للأطباء الاستشاريين بإتخاذ قرار منع أو إنهاء العمل بأجهزة الإنعاش في حالة (الضرورة) لغاية إنقاذ حياة مريض آخر يمكن علاجه.
- ٤- نوصي المشرع الإماراتي بتجريم فعل الطبيب الممتنع عن إجراء الإنعاش الصناعى، أو الذى يبادر من تلقاء ذاته إلى وقف عمل أجهزة الإنعاش الصناعى أو رفعها عن المريض دون اتباع الإجراءات الطبية والقانونية المنصوص عليها في قانون المسؤولية الطبية لعام ٢٠١٦.
- ٥- نناشد المشرع الإماراتي بتشكيل لجنة طبية تضم في عضويتها جميع التخصصات الطبية من أجل تشخيص حالات الموت الدماغى ومصير أجهزة الإنعاش الصناعى على أنه يشترك في عضوية اللجنة عضو قانوني تابع لوزارة العدل الإماراتية إسوة ببعض التشريعات المقارنة التي أقرت المساعدة على الموت بحيث لا يتم رفع أجهزة الإنعاش الصناعى إلا بعد اتفاق الفريق الطبي على قرار موحد برفع الأجهزة ويشاركه من العضو القانوني.

## قائمة المراجع والمصادر:

### المراجع العربية

- إبراهيم صادق الجندي الموت الدماغى، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الطبعة الأولى، الرياض، ٢٠٠١م. ،

- أحمد جلال الجوهري، الإنعاش الصناعي من الناحية الطبية والإنسانية، مجلة الحقوق والشرعية - الكويت، العدد الأول، ١٩٨١م، السنة الخامسة ،
- أحمد شرف الدين، الأحكام الشرعية للأعمال الطبية، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، الطبعة الثانية، ١٩٨٧،
- أحمد شرف الدين، الحدود الإنسانية والقانونية للإنعاش الصناعي، مقال منشور في المجلة الجنائية القومية، المجلد ١٩، العدد الثالث، القاهرة، ١٩٧٦،
- أحمد شوقي أبو خطوة، القانون الجنائي والطب الحديث، دراسة مقارنة لمشروعية نقل وزرع الأعضاء البشرية، دار النهضة العربية، ١٩٩٥م..
- بسام محتسب بالله، المسؤولية الطبية المدنية والجزائية بين النظرية والتطبيق، دار الإيمان، دمشق، الطبعة الأولى، ١٩٨٤،
- جاد الحق علي جاد الحق، الفقه الإسلامي مرونته وتطوره، مطبعة المصحف الشريف بالأزهر، القاهرة، الطبعة الثالثة، ١٩٩٥،
- جمال الدين عنان، القتل الرحيم بين الإباحة والتجريم، دراسة تأصيلية تحليلية في التشريع الجزائري مقارناً بالقوانين العربية والفرنسية والشريعة الإسلامية، منشورات الحلبي الحقوقية، الطبعة الأولى، ٢٠٢٠،
- جمال الدين عنان، القتل الرحيم بين الإباحة والتجريم، دراسة تأصيلية تحليلية في التشريع الجزائري مقارناً بالقوانين العربية والفرنسية والشريعة الإسلامية، منشورات الحلبي الحقوقية، الطبعة الأولى، ٢٠٢٠، .
- حسن صادق المرصفاوي، قانون العقوبات الخاص، منشأة المعارف، ١٩٩١،
- حمد السعدي، جرائم الاعتداء على الأشخاص، مطبعة المعارف، بغداد، ١٩٨١،
- رزيقة علي، القتل الرحيم بين الإباحة والتجريم، رسالة ماجستير، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم - الجزائر، ٢٠١٩،
- رزيقة علي، القتل الرحيم بين الإباحة والتجريم، مذكرة ماجستير، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم، الجزائر، ٢٠١٩،
- سليم إبراهيم حرب، القتل بدافع الرحمة، بحث منشور في مجلة القانون المقارن، العدد الثامن، السنة ١٢، ١٩٨٦، .
- الشيخ جاد الحق علي جاد الحق، بحوث وفتاوى إسلامية في قضايا معاصرة الأزهر، الأمانة العامة للجنة العليا للدعوة الإسلامية، القاهرة، ١٩٩٣،

- الشيخ/ محمد المختار السلامي، الإنعاش، بحث منشور في مجلة مجمع الفقه الإسلامي، الدورة الثانية، ١٤٠٦هـ-١٩٨٦م،
- ضاري خليل محمود، موت الدماغ في منظور جنائي، مجلة دراسات قانونية، العدد ٤٥، السنة الثانية، ٢٠٠٠،
- عبد الوهاب حومد، دراسات متعمقة في الفقه الجنائي المقارن، جامعة الكويت، ١٩٨٣،
- العربي بالحاج، حكم الشريعة الإسلامية في أعمال الطب والجراحة المستحدثة، دراسة مقارنة، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، السنة الخامسة، العدد الثامن عشر ١٩٩٣، .
- علي راشد، القانون الجنائي، دار النهضة العربية، ١٩٧٤..
- علي محمد علي أحمد، معيار تحقق الوفاة (وما يتعلق بها من قضايا حديثة في الفقه الإسلامي)، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ٢٠٠٧..
- فاطمة مناعي،، موت الدماغ وآثاره، دراسة فقهية طبية، رسالة دكتوراه، جامعة غرداية - الجزائر، ٢٠٢٠م،
- لقمان فاروق حسن نانة، المسؤولية القانونية في العمل الطبي، دراسة مقارنة، الطبعة الأولى، منشورات زين الحقوقية، لبنان، ٢٠١٣،
- مجمع الفقه الإسلامي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي، فتوى بشأن رفع أجهزة الإنعاش، القرار رقم (٥) ٨٦/٠٧/٣٥ دورة المؤتمر الثالثة بالعاصمة الأردنية عمان، من ٨ إلى ١٣ صفر ١٤٠٧هـ - ١١ إلى ١٦ أكتوبر ١٩٨٦.
- محمد إبراهيم سعد النادي، موت الدماغ وموقف الفقه الإسلامي منه، دراسة مقارنة، دار الفكر الجامعي، الطبعة الأولى، ٢٠١٠م. ،
- محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، ١٩٩٨، ص١٤٦.
- محمد زكي أبو عامر، د. سليمان عبد المنعم، القسم العام من قانون العقوبات، دار الجامعة الجديدة، ٢٠٠٢، محمد زكي أبو عامر، د. علي عبد القادر القهوجي، القانون الجنائي، بدون مكان نشر، ١٩٨٦،
- محمود إبراهيم محمد مرسي، نطاق الحماية الجنائية للميتوس من شفتهم والمشوهين خلقياً في الفقه الجنائي الإسلامي والقانون الجنائي الوضعي، دار الكتب القانونية، القاهرة، ٢٠٠٩..
- محمود أحمد طه، تحديد لحظة الوفاة وانعكاساتها على المسؤولية الجنائية للطبيب في ضوء الأساليب الطبية الحديثة، منشأة المعارف بالإسكندرية، ٢٠٠٨م..،
- مروك نصر الدين، الإنعاش الصناعي والمسؤولية الطبية، المجلة القضائية، العدد الأول، الجزائر ١٩٩٨م.

- مريم عدنان فاضل، المسؤولية الجنائية الطبية عن عمليات الإنعاش الصناعي، دراسة مقارنة، منشورات زين الحقوقية، الطبعة الأولى، ٢٠٢٠، ص ١٣٥-١٣٦.
- هدى حامد قشقوش، القتل بدافع الشفقة، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، الطبعة الثانية، ١٩٩٦.

## المراجع الفرنسية

- ASSM, Attitude face a la fin dévie et à la mort, 2018 [à télécharger en PDF, dernier t'téléchargement le 2 février 2021.
- C. Byk, la revendication individuelle force a la mort: approche Comparatiste des questions posées par l'interruption de traitement l'euthanasie et l'aide au suicide, Revue générale de droit, mars 1998, vol. 29, n°2, P. 230. Dol: 10.7202//03516ar.
- Carven, les donnes nouvelles de la vie et de la mort et leur incidences juridique, R. int. crim et pal. tech, 1986, p. 30.
- Christian Byk: L'Euthanasie en droit français, revue international de droit comparé, vol. 58 n° 2, 2006, p. 657.
- Comité consultatif de bioéthique, Avis n°1 du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasia, 12 mai 1997, sur Heath. Belgium be.
- Comité consultatif National d'Ethique (CCNE), Rapport CCNE sur le débat Concernant lin dévie, 21 Octobre 2014, P. 149.
- Commission Nationale d'Ethique, L'aide au suicide et l'euthanasia les Avis de la CNE, Avis 1/1998, 25 Février 1998, sur cne public, Lu [En ligne, dernière consultation le 28 novembre 2021], P. 19.
- Deux Visions de la dignité, Luxemburg er wort, 17 mars 2019, sur wort lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].
- E. Verhaegen, P. –J. J. Saver : The Groningen Protocol – Euthanasia in serrorely new borns, New En gland Journal of Médecine, 2005 vol. 352, no10, P. 959 - 962.
- Gévard Mémeteau: cours de droit médical, 2ème éd., Bordeaux, les études hospitalières, 2003, p. 314.
- Hoge Raad, NJ 1985/106, 27 novembre 1984, sur Navigator n1. EEen ligne, dernière consultation Le 28 Janvier 2021, P. 231.
- in Your State, sur death with a dignité. Org., [en ligne, dernière consultation le 2 novembre 2021.
- J. Herremans, Mourir dans la dignité la Lei belge relative à l'euthanasia, une reponse légale, Frontières, Aulomne 2011/printemps 2012, vol. 24, no. 1 – 2, P. 73.

- J. Herremans, Mourir dans la dignité la Lei belge relative à l'euthanasia, une reponse légale, Frontières, Aulomne 2011/printemps 2012, vol. 24, no. 1 – 2, P. 13.
- J. Wacker, Assistance au suicide, euthanasia; Situation suisse, Eta – des sur la mort, 2016, vol. 150, no. 2, P. 80.
- J. Wacker, Assistance au suicide, euthanasia; Situation suisse, Eta – des sur la mort, 2016, vol. 150, no. 2, P. 81.
- Le décès suite a un acte d'euthanasia ou d'arristance au suicide sera considère a l'avenir comme une mort de cause naturelle, Actualités du Gouvernement du Gand – Duché de Luxembourg, 11 Juillet 2019, sur sante public lu, [en ligne, dériver consultation le 28 novembre 2021 .
- Loi modifiant de code criminel et apportant des modifications comexes a d'autres lais (aide médicale a mourir), sue laus – lois justice.gc.ca, [en ligue, dernière consultation le 2 novembre 2021].
- Loi relative à l'euthanasia du 28 mai 2002, sur e justice. Just.fojov.be
- Malherbe (J.): Pour une ethique de la medecine, paris, 1981, p. 42.
- n1) Hoge Raad, NJ 1985/106, 27 novembre 1984, sur Navigator n1. [Len ligne, dernière consultation Le 28 Janvier 2021], P. 230.
- n1) wet toetsing levensbeëidiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, sur wetten everheid. N1. Len linge, dernière consultation le 28 Janvier 2021.
- Perrine Galmiche: Panorama des législations sur L'aide active à mourir dans de monde, les Dossiers du CNSPFV, Janvier 2021, P. 11.
- Soins Palliatifs et euthanasia, Actes du colloque du 28 avril 2008 Actes de la Section des sciences morales et politiques de L'Institute grand-ducal, Vol. X11, 2009, P. 131 – 222.
- Suisse, 1n, L'euthanasia, les documents de travail du sénat, série l'législation comparée n°LC49, Janvier 1999, sur sénat. Fr. E en ligue, dernière consultation le 2 février 2021.
- T. E. Purvis, Debating Death: Religion, Politics, and the Oregon Death with Dignity Act, Yale Faunal of Biology and Medicine, 2021 Vol. no2, P. 272 – 284.

## الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع
	مقدمه

	المبحث الأول : موقف الفقه الإسلامي والفقه والقانون الوضعي من رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً.
	المطلب الأول : وقف أجهزة الإنعاش الصناعي تلبية لرغبة المريض
	الفرع الأول : موقف الفقه الإسلامي من حق المريض في إنهاء حياته
	الفرع الثاني : موقف فقه القانون الوضعي من حق المريض في إنهاء حياته
	المطلب الثاني : وقف أجهزة الإنعاش الصناعي بمبادرة من الطبيب
	الفرع الأول : مفهوم قتل الشفقة
	الفرع الثاني : موقف الفقه الإسلامي
	الفرع الثالث : موقف فقه القانون الوضعي
	المطلب الثالث : حكم وقف أجهزة الإنعاش الصناعي في حالة موت الدماغ
	الفرع الأول : حكم إيقاف أو رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً
	الفرع الثاني : ضمانات إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي في حالة الموت الدماغي
	المبحث الثاني : موقف بعض التشريعات الوضعية المعاصرة من رفع رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً.
	المطلب الأول : موقف بعض التشريعات الأوروبية
	الفرع الأول : القانون الهولندي
	الفرع الثاني : القانون البلجيكي
	الفرع الثالث : قانون لوكسمبورج
	الفرع الرابع : القانون السويسري
	الفرع الخامس : الولايات المتحدة الأمريكية وكندا
	المطلب الثاني : موقف بعض التشريعات العربية
	الفرع الأول : الدول العربية التي تعتد بالقتل الرحيم
	الفرع الثاني : الدول العربية التي لا تعتد بالقتل الرحيم

	الخاتمة
	قائمة المراجع
	الفهرس