

الإنعاش الاصطناعي

وتحديد لحظة تحقق الوفاة

د. شعبان أبو عجيبة عسارة
كلية القانون / جامعة الزاوية

توطئة:

إنَّ تحديد لحظة الوفاة مسألة على جانب كبير من الأهمية في مجال عمليات نقل الأعضاء، ولاسيما الأعضاء المفردة، كالقلب، والكبد، والبنكرياس، ذلك أنَّ إجراء النقل يستلزم التحقق الأكيد من وقوع الوفاة ابتداءً، ثمَّ أنَّ موت الشخص ليس ظاهرة بيولوجية فقط، وإنما هي ظاهرة قانونية أيضاً لها آثارها المتعددة في مجال الإرث، وفي مجال القانون الجنائي.

وإذا كانت الوفاة تشكل نقطة الانطلاق لاستئصال عضو من الجثة لزرعه في جسم حي، إلا أنَّ المشكلة تكمن في لحظة تحقق الوفاة، فقد يتوقف القلب عن العمل، ومع ذلك تبقى خلاياه حية مدة من الزمان، فإذا كان مخه لم يموت، فمن الجائز أن تعود إليه الحياة باستعمال تقنيات الإنعاش الصناعي، وعند رفع تلك الأجهزة يتحقق موت الشخص خلويًا، أما في حالة موت خلايا المخ فلا أمل في عودة الحياة، ومَّا استمرَّ استخدام تلك الأجهزة إلا من قبيل المحافظة على القيمة التشريحية للأعضاء والأنسجة المراد الاستفادة منها.

إنَّ القانون يترك للطبيب سلطة التحقق، والتأكد من لحظة الوفاة الحقيقية وأنَّ كان في أغلب الأحيان لا يحدد له الوسائل التي يستطيع بها أن يتحقق من الوفاة، وهذه مسألة وقائع يترك تقديرها إلى الطبيب طبقاً للأصول الطبية المتعارف عليها.

ولكن هذا الوضع قد لا يعيننا كثيراً في حل المشاكل القانونية المترتبة على إمكان إجراء عمليات نقل أعضاء وزرعها المطلوب الحصول عليها من شخص متوفى، فالأمر يحتاج إلى دقة عالية لتحديد لحظة الوفاة، وطبقاً لقاعدة مسبقة يسترشد بها لتحديد تلك اللحظة.

ونظراً لأهمية هذا الموضوع فقد ارتأينا تقسيمه على مبحثين، نخصص المبحث الأول للمعيار العلمي لتحديد واقعة الوفاة، ونفرد الثاني لتقنيات الإنعاش الصناعي، وذلك على النحو الآتي:

المبحث الأول - معيار تحديد لحظة الوفاة:

لكي نقول بصحة تشريح جثة إنسان ما للأغراض العلمية والطبية، ينبغي التأكد أولاً من صحة وفاة هذا الإنسان، لأنه لا يكفي القول بوجود احتمالات قوية بالموت وتوقف الحياة لديه، بل لا بد أن تكون الوفاة قد حصلت تماماً ومن دون أدنى شك أو احتمال.

وهذا الموضوع كان وما زال قطب الرحي للدراسات القانونية، وحفائق الطب الحديث، ولاسيما بعد انتشار وتطور عمليات نقل الأعضاء، والنجاح الكبير الذي حققتة تقنيات الإنعاش الصناعي، وفي هذا المجال معياران علميان لانتهاج الحياة، وفيما يأتي نتناول كلاهما في مطلب مستقل.

المطلب الأول - المعيار التقليدي للوفاة :

الموت هو حالة تصيب الجسم بتوقف الأجهزة المسيطرة عليه، إلا أنه وإن كان هذا التعريف محل اتفاق، فوسيلة إثباته والتأكد منه هي محل خلاف⁽¹⁾، إذ يرى

بعضهم أن الشخص يعد ميتاً بالتوقف النهائي للقلب، وتوقف الرئتين عن العمل⁽²⁾، إلا أن هذا التعريف لا يتفق مع نتائج وأبحاث جراحي القلب الذين أثبتوا⁽³⁾:

- 1- أن القلب عضلة ولو أنها متميزة فهي كسائر عضلات الجسم البشري.
- 2- أن موت الإنسان لا يكون نتيجة لتوقف خفقات أو ضربات هذه العضلة فقط.
- 3- أن القلب ما هو إلا مضخة تستطيع استئناف العمل، ولو أن جسم صاحبها قد مات.

وبالتالي فإن معيار توقف القلب والرئتين أصبح غير كافٍ لتحديد لحظة الوفاة، لأنه من الممكن أن يتوقف قلب الإنسان عن العمل في الوقت نفسه الذي تظل فيه خلايا القلب حية، فالموت في هذه الحالة ليس إلا موتاً ظاهرياً، وعندها يمكن إعادة القلب إلى عمله الطبيعي عن طريق ما يعرف بالإحياء الصناعي⁽⁴⁾، وقد يحدث العكس بأن تموت خلايا المخ مع بقاء القلب والجهاز التنفسي يعملان بصورة طبيعية، وقد يستمر ذلك لساعات أو أيام عدة، وفي هذه الحالة يدخل الشخص في غيبوبة كاملة ونهائية⁽⁶⁾، وهكذا أصبح للوفاة تعاريف متعددة يتفق كل تعريف منها مع الطريقة المستعملة للتأكد من ذلك فأصبح هناك موت قلبي نتيجة توقف عضلة القلب، وموت (اكلينيكي) أو سريري، وموت دماغي لتوقف خلايا الدماغ عن العمل، وأخيراً موت حقيقي⁽⁷⁾.

وأكدت الدراسات الطبية أن الوفاة تحدث على مراحل في أغلب الأحيان، فتبدأ الوفاة بتوقف القلب والرئتين، ثم يتوقف المخ نتيجة توقف وصول الدم المحمل بالأوكسجين إليه، أي التوقف النهائي لوظائف المراكز العصبية العليا نتيجة إصابة المخ بتلف، وبناءً على ذلك اتجهت الآراء إلى استبعاد المعيار التقليدي علمياً، لأنه

ليس مرشداً كافياً إلى تحقق الوفاة، فضلاً على أنه يؤدي أحياناً إلى نتائج غير مقبولة من حيث أنها تحرم الغير من احتمالات العلاج والحياة⁽⁸⁾.

إن اعتماد هذا المعيار قد يعيق نجاح عمليات بعض الأعضاء المفردة، كالقلب، والكبد، لأن هذا النوع من العمليات يتطلب سرعة استئصال هذه الأعضاء للمحافظة على حيويتها وقيمتها البيولوجية، وعليه لا فائدة من نقلها إلا إذا كانت الخلايا ما تزال حية، فإذا ماتت أصبحت غير صالحة للزرع، ومن ثم يستحيل إجراء عمليات نقل القلب والكبد وغيرها من الأعضاء التي لا يمكن نقلها إلا من إنسان فارق الحياة، وشرط أن يكون ذلك في مدة زمنية تالية مباشرة للوفاة⁽⁹⁾، لاسيما أنه لا توجد للكبد أجهزة تستطيع أن تؤدي وظيفته مؤقتاً إذا لم يتم استئصاله بسرعة.

وعليه فإن معيار توقف القلب والنبض والجهاز التنفسي ليس حاسماً للحكم بحصول الموت هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن استمرار الأخذ بهذا المعيار قد يؤدي إلى نتائج غير مقبولة كما رأينا، ومن هنا تظهر الحاجة إلى معيار جديد لتحديد لحظة الوفاة يضمن احترام حياة الإنسان، ويحفظ في الوقت نفسه القيمة البيولوجية والتشريحية للعضو المراد استئصاله⁽⁹⁾.

المطلب الثاني - المعيار الحديث للوفاة:

أولاً - مضمون هذا المعيار:

تأكد لدينا فيما سبق أن معيار توقف القلب والتنفس لم يعد معياراً دقيقاً وحاسماً لتحديد لحظة الموت الحقيقي في كل الأحوال، فكثير من حالات توقف القلب أمكن السيطرة عليها بوسائل الإنعاش المتطورة، ولاسيما عندما يكون ذلك

قبل تلف خلايا المخ، أمّا إذا جرت استعادة عمل القلب بعد تلف خلايا المخ، فإنّ عمل القلب يكون مجرد حركة ميكانيكية لا تعني استمرار حياة المريض أو المصاب⁽¹¹⁾.

ولما كان التثبيت من الموت من أهم المسائل في عمليات نقل الأعضاء من جثة المتوفى، فقد أثّرت مشكلة تحديد لحظة الموت الحقيقي، ولاسيما بعد اكتشاف العلوم الطبية الحديثة مرحلة لم تكن معروفة من قبل تعد مرحلة فاصلة بين الحياة والموت⁽¹²⁾.

وبناءً على ذلك استقر الاتجاه الحديث على معيار موت خلايا الدماغ بوصفه معياراً لتحديد لحظة الوفاة، فالإنسان يموت بموت خلايا مخه حتى ولو بقي القلب حياً ينبض، وهذا ما يسمى بحالة دخول المريض في مرحلة الغيبوبة الكبرى أو النهائية *Deep coma*⁽¹⁴⁾.

وهكذا استقر رأي الأطباء أخيراً على أنّ موت خلايا المخ يؤدي إلى توقف عمل المراكز العصبية العليا التي تتحكم بوظائف الجسم، مثل الوعي، والكلام، والحركة، والذاكرة، والتنفس، والسمع، والبصر، والدورة الدموية، وتنظيم وظائف الأعضاء المهمة كافة، وهذا هو الحد الفاصل بين الحياة والموت، فالشخص الذي ماتت خلايا مخه بصورة نهائية يدخل في حالة الغيبوبة الكبرى، ولتحديد هذه الحالة يجب أن يتوافر شرطان أساسيان هما⁽¹⁵⁾:

1- تتبع الإشارات أو العلامات الأساسية وهي:

أ- انعدام الوعي الكامل.

ب- انعدام الانعكاسات الحرقية.

ج- انعدام الحركات العضلية اللاشعورية لاسيما التنفس.

د- انعدام أي أثر لنشاط خلايا المخ عند استخدام أجهزة تسجيل انعكاسات الجهد المثار لفحص المخ وجذعه.

2- استمرار هذه الإشارات أو العلامات خلال مدة كافية.

ويذهب أنصار هذا الاتجاه إلى القول بأن الوفاة عملية **Process**، وليست حدثاً وقتياً **Event** فتوقف بعض الأعضاء مثل القلب والرئتين قد يحدث في مدة زمنية محددة، بينما موت المخ يكون تدريجياً ويستغرق بعض الوقت حسب الأحوال، فقد يبدأ التوقف بالجزء الأمامي ثم ينتقل إلى جذع المخ **Brain stem**، وفي هذه اللحظة يتحقق الموت النهائي للمخ⁽¹⁶⁾.

ولا خلاف في حالة تحقق وفاة المخ كاملاً عقب توقف وظائف القلب والرئتين، فالموت محقق بإجماع الآراء، إنما الخلاف ينحصر في حالة الأخذ بالمعيار الحديث أي بتوقف وظائف المخ كلياً من دون توقف القلب والرئتين.

ووفقاً للآراء الطبية الغالبة فإن العبرة في تحديد الوفاة بالتوقف الكامل لوظائف المخ، و لاسيما جذع الدماغ، فلا تحدث بعد ذلك أي عودة لمظاهر الحياة أو الشعور أو الإدراك، وقد أكد مؤتمر كليات الطب الملكية الذي عقد في المملكة المتحدة عام 1976م، إن موت المخ يتحقق عند توقف وظائف المخ كافة وبصفة نهائية لا عودة فيها⁽¹⁸⁾، وهذا ما أكدته التقرير الأول الذي قدمته اللجنة المشكّلة هناك سنة 1968م لدراسة الموضوع نفسه، إذ أكدت أن الوفاة ترتبط بحالة الغيبوبة الكاملة التي لها صفة الدوام، وفي عام 1976م صدر في بريطانيا تقرير يحدد قواعد

تشخيص الوفاة، وصاغت هذا التقرير لجنة ضمت ممثلين عن الكليات الجامعية، ومراكز البحوث المختصة واستندوا إلى المعيار الحديث أيضاً⁽¹⁹⁾.

واتجهت الآراء في الولايات المتحدة الأمريكية إلى تأكيد المعيار الحديث وفي هذا الخصوص، أقرت لجنة *A d-Hoc committee* في جامعة هارفرد عام 1968م مواصفات محددة لموت الدماغ، وأخذت معظم الولايات والمحاكم هناك بتعريف هذه اللجنة لموت الدماغ⁽²¹⁾.

وفي عام 1981م أصدر الرئيس الأمريكي ريغان أمراً بتكوين لجنة من كبار الأطباء والقانونيين وعلماء الدين لدراسة موضوع موت الدماغ، وأقرت هذه اللجنة بعد دراسات مستفيضة اعترافها بمعيار موت الدماغ، ووافقت عليه قانونياً خمس وعشرون ولاية⁽²²⁾.

وفي عام 1992م أكد التقرير المقدم من بعض الأطباء إلى النيابة العامة في مصر بمناسبة التحقيق مع فريق الأطباء الذين قاموا بنقل أعضاء من محكوم عليهم بالإعدام قبل توقف القلب عن النبض، إنَّ العبرة في تحديد الوفاة هي بتوقف جذع المخ عن العمل، إذ يعد الإنسان في هذه الحالة قد توفي على الرغم من عمل القلب الذي سيتوقف حتماً نتيجة لعدم ورود إشارات إليه من جذع المخ⁽²³⁾.

وعلى الرغم من اتفاق كل الأوساط المعنية على معيار موت جذع الدماغ، إلا أنه لا يجوز من الناحية القانونية استئصال أي عضو من إنسان في غيبوبة نهائية إلا بعد وفاته رسمياً، لأنَّ هذا الشخص وإن كان قد تأكد موته طبيياً بموت خلايا مخه، إلا أنه مع ذلك يعدّ حياً من وجهة نظر القانون طالما لم تتخذ الإجراءات

الرسمية لإعلان وفاته⁽²⁴⁾، ومن ثم يجب أن يحتفظ هذا الشخص - الميت الحي - حتى لحظة إعلان وفاته بالحقوق اللصيقة بالشخصية، ومنها حقه في الحياة، وحقه في سلامة جسمه.

ثانياً - التحقق من موت خلايا المخ:

إذا كانت الوسائل التقليدية تصلح للتحقق من الموت في أغلب الأحيان، فإنها لا تصلح للتأكد من موت الجهاز العصبي، والمخ بالذات، ومن ثم لا مناص من اللجوء إلى تقنيات جديدة لتحديد لحظة الوفاة، ومن أهم الوسائل التقنية للتحقق من موت خلايا المخ، استخدام جهاز رسم المخ الكهربائي - Electro encephalogram الذي يؤكد توقف هذه الخلايا عن طريق إرسال أو استقبال أي نبضات كهربائية، ففي حالة توقف هذا الجهاز عن إعطاء أي إشارات لأكثر من 24 ساعة، فإن ذلك يعني بالدليل القاطع موت خلايا جذع المخ، حتى ولو ظلت خلايا القلب حية بفضل استخدام تقنيات الإحياء الصناعي⁽²⁵⁾.

وزيادة في التأكيد يرى بعضهم ضرورة الانتظار مدة تكون بين 24 ساعة و72 ساعة بين توقف الجهاز عن إعطاء أي إشارات، وبين إعلان الوفاة، مع وجوب الاستعانة بالوسائل الأخرى الاكلينيكية (السريرية) للتأكد من تحقق الوفاة مثل الاسترخاء التام لعضلات الجسم، والانعدام المستمر لرد الفعل، وانخفاض الضغط الشرياني وانعدام التنفس التلقائي⁽²⁷⁾.

وأجريت الاختبارات السابقة على الآلاف من الحالات، وتطلب الأمر سنين عديدة حتى أمكن للأطباء التأكد من أن موت الدماغ يعني الوفاة، ويؤكد العديد من المراكز المتخصصة أن القلب لا بد وإن يتوقف خلال أربعة عشر يوماً من

تشخيص موت الدماغ، وغالباً ما يتوقف خلال يومين إلى أربعة أيام، ولهذا انتهى الاعتقاد الذي ساد طويلاً بأن خفقان القلب يعني الحياة⁽²⁸⁾.

وبانتهاء كل الإجراءات السابقة يمكن للطبيب الجراح استئصال الأعضاء المطلوبة منذ اللحظة التي تموت فيها خلايا المخ نهائياً، وقبل وفاة القلب، فمنذ تلك اللحظة نكون بصدد مولد جثة جديدة مما يسمح معه باستئصال أجزاء منها لإجراء عملية الزرع.

وأكدت الجمعية الطبية الدولية في (سيدني) باستراليا عام 1968م معيار موت المخ، كما أعلن المؤتمر العلمي الذي انعقد في جنيف عام 1968م، إنَّ معيار تحديد الموت يتمثل بالانعدام التام والنهائي لوظائف المخ⁽²⁹⁾.

ثالثاً- تقدير معيار موت المخ:

ما زال بعضهم يرفض الاعتماد على جهاز رسم المخ الكهربائي - بوصفه وسيلة وحيدة - للتحقق من حدوث الموت، ويستندون في ذلك إلى أنَّ حالات الغيبوبة العميقة، أو توقف المخ عن العمل، أو موت جذع الدماغ لا يتحقق بها الموت الحقيقي الذي يتطلب في رأيهم خروج الروح من الجسد، ووقوف جميع الأعضاء الحيوية عن القيام بوظائفها بما في ذلك القلب والرئتان، فالإنسان الذي يتنفس صناعياً، وقام الأطباء بتشخيصه أنه مصاب بتوقف الدماغ، هو إنسان حي بدليل وجود الروح التي تبعث الدفء والحرارة في هذا الجسد، كما أنَّ وجود الروح هو الذي يحفظ الجسم من الفساد والتعفن والتحلل، وتستمر إفرازات جميع الغدد في الجسم، كما تنمو أظافره وشعره⁽³⁰⁾.

ويضيف هذا الاتجاه أنه من الحقائق العلمية الثابتة، أن بعض الحالات التي يثبت فيها توقف المخ عن العمل قد أفاقت من الغيبوبة في مدد مختلفة، وعاد المريض بعدها إلى الحياة الطبيعية، وليس أدل على ذلك من استمرار الحمل لدى بعض السيدات الحوامل اللاتي قضين مدة زمنية طويلة تحت أجهزة الإنعاش، إذ استمر نمو الجنين، على الرغم من غيبوبة الأم حتى تمت الولادة لأطفال بأوزان طبيعية، ومن البديهي أنه لكي ينمو الجنين، وينبض بالحياة فإنه لا بد أن يستمد وجوده من جسد أمه الحي⁽³¹⁾.

كما أن علامات موت المخ تعرضت للانتقاد من قبل رجال الطب، فالإغماء قد يحصل نتيجة تعاطي بعض الأدوية، أو حالة تسمم خطير، ومن ثم فلا يعد الشخص المغمى عليه ميتاً، كما أن جهاز رسم المخ الكهربائي لا يصلح بمفرده وسيلة للتحقق من حدوث الموت، فهو لا يعكس من حركة خلايا المخ إلا النشاط القريب جداً للمراكز العصبية، لكنه لا يستطيع إعطاء معلومات كافية عن نشاط المراكز العصبية العميقة⁽³²⁾.

وأثبت واقعياً أن بعض مرضى الغيبوبة العميقة، أو توقف جذع الدماغ، لا يموتون إذا ما جرى وقف أجهزة الإنعاش الصناعي عليهم، بل استمرت حياتهم بعد ذلك لمدد طويلة، ولا يستطيع أي من الأطباء تحديد ساعة وفاتهم مهما أوتي من علم⁽³³⁾.

يضاف إلى ذلك أن الأخذ بمعيار موت المخ يفتح المجال واسعاً للاتجار بالأعضاء البشرية، وهو ما يؤدي إلى استغلال الأغنياء للفقراء مما يساعد على تزايد مشاعر الحقد والتفكك الاجتماعي⁽³⁵⁾.

المبحث الثاني - الإنعاش الصناعي ونقل الأعضاء:

توطئة :

فيما سبق عرفنا أنّ وسائل التثبيت من الموت، القائمة على توقف القلب والدورة الدموية أصبحت الآن غير دقيقة، فمن ناحية هناك ما يعرف بوسائل الإنعاش الصناعي التي من شأنها أن تعيد الحياة إلى المرضى الذين توقفت قلوبهم عن النبض.

وعليه فالإنعاش الصناعي حالة تتوسط بين مرحلتين: مرحلة الموت الإكلينيكي (السريري)، ومرحلة الموت الحقيقي، وهو ما يثير الكثير من المشاكل الطبية والقانونية والأخلاقية والدينية.

ويعرف الإنعاش الصناعي " La reanimation " بأنه: عبارة عن تقنيات طبية تعتمد على استخدام الأساليب الصناعية لعلاج حالات مرضية جسيمة وخطيرة، التي لو تركت وشأنها لأفضت في فترة زمنية قصيرة إلى موت المريض، أو التسبب في إصابة عضوية غير قابلة للشفاء⁽³⁶⁾.

إنّ دور أجهزة الإنعاش يختلف بحسب حالة المريض، إذ إنّ هناك حالات عدة يتعرض فيها المريض لأضرار جسيمة تهدد حياته، وهنا يثار التساؤل عن مدى إمكانية عودة الحياة له؟ وهل يقتصر دور هذه الأجهزة على المحافظة على حيوية بعض أعضاء الجسم؟

إنّ أول هذه الحالات هي التي يتوقف فيها القلب والرئتان عن العمل، وينحصر دور أجهزة الإنعاش الصناعي على إعادة الحياة للأعضاء التي توقفت ويكون الغرض من استخدام هذه الأجهزة هو إطالة حياة المريض، ولكن

يجب أن يوضع الشخص تحت أجهزة الإنعاش في مدة قصيرة جداً حتى يمكن إنقاذه كي لا تموت خلايا مخه، إذ إن موت خلايا الدماغ أسرع من غيرها إذا لم يصلها الأوكسجين والغذاء، ولا يعد هذا الإجراء من قبيل إعادة الحياة للمريض، لأنه ما زال حياً حتى لو كانت مقومات الحياة قد توقفت لديه عن العمل تلقائياً⁽³⁸⁾.

أما الحالة الأخرى التي يمكن أن يتعرض لها المريض في حالة الغيبوبة، التي تتوقف فيها خلايا المخ عن العمل ولكنها تبقى حية، ويمكن إعادة هذه الخلايا للعمل باستخدام تقنيات الإنعاش الصناعي، ولا يعد هذا الإجراء من قبيل إعادة الحياة، لأن المريض لم يموت، فقد أثبتت الدراسات الطبية التي أجريت على العديد من مرضى الغيبوبة العميقة الناشئة عن إصابات في الرأس إمكانية إعادة الوعي إليهم بعد علاجهم.

واستخدام أجهزة الإنعاش في هذه الحالة ليس معناه إعادة الروح إلى البدن إذ أن الروح لم تفارقه، ولم يحصل الموت الحقيقي، وعليه يكون الإنسان حياً في أثناء هذه المرحلة التي تعد امتداداً لحياته الطبيعية.

أما في حالة موت خلايا المخ المؤدي إلى توقف المراكز العصبية العليا عن عملها، إنما هو موت حقيقي للإنسان، ولا يمكن وضع الشخص في هذه الحالة تحت أجهزة الإنعاش لغرض إطالة حياته، وإنما لغرض المحافظة على بقية أعضاء جسمه من الموت للاستفادة منها، وكما رأينا سابقاً بأن المريض إذا ماتت خلايا مخه " خلايا جذع الدماغ " تنتهي حياته البيولوجية والإنسانية، وفي هذه الحالة لا يمكن إعادة الحياة إليه باستعمال وسائل صناعية.

قلنا بأنه من الناحية الطبية يعدّ الشخص ميتاً منذ لحظة موت مخه حتى ولو احتفظ القلب والرئتان بعملهما ونشاطهما، وهذا الشخص يعد مصدراً للحصول على الأعضاء البشرية، لأن الأعضاء المراد استئصالها ما زالت حية من الناحية التشريحية، واستقطاع هذه الأعضاء يقتضي استعمال واستمرار أجهزة الإنعاش الصناعي ليس بهدف حفظ الحياة، فالحياة قد انتهت فعلياً، وإنّما بهدف حفظ الأعضاء حية بغية زرعها في جسد جسم آخر. ولكن هل أنّ إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بعد ثبوت موت خلايا المخ يعد جريمة؟

عليه يقسم هذا المبحث على مطلبين، يبحث أولهما تحديد لحظة الوفاة في الشريعة الإسلامية ويعالج ثانيهما تحديدها في القانون الوضعي.

المطلب الأول - لحظة الوفاة في الشريعة الإسلامية:

ورد لفظ الموت في العديد من الآيات القرآنية التي تناولت الكثير من المواضيع، ولكن لم يرد بهذه الآيات تعريف صريح له، وكذلك لم نجد في السنة النبوية الشريفة أي تعريفات للموت، إلا أنّ لعلماء الشريعة السابقين والمحدثين تعريفات، وآراء بشأن تحديد لحظة الموت والمعيار الواجب اتباعه في هذا الشأن.

أولاً - معيار الوفاة عند فقهاء الشريعة القدامى:

عرف الفقهاء الأوائل الموت تعريفات عدة، ولو أنّ هذه التعريفات في حقيقتها لم تركز على الناحية الطبية، لأنّ هذا ليس من اختصاصهم، وإن كانوا قد حاولوا تعريفه من الناحية التصويرية، ومن ناحية علاماته وآثاره.

قيل إنَّ الموت صفة وجودية خلقت ضد الحياة أو أنَّه زوال الحياة⁽⁴⁰⁾، وقيل إنَّه يؤدي إلى نهاية الحياة الطبيعية⁽⁴¹⁾، كما قيل إنَّه يحدث بخروج الروح⁽⁴²⁾، ويرفض بعضهم الخوض في هذا الأمر، لأن الروح من علم الله تعالى⁽⁴³⁾.

وجاء في المجموع شرح المهذب للنووي: إذ أوضح بعض من علامات الموت، كاسترخاء قدميه، وانخساف صدغيه، واعوجاج أنفه، وامتداد جلدة وجهه، ثم قال: إنَّ الروح إذا فارقت البدن لم يكن بعد حياة، وزاد جماعة منهم، وتقلص خصيته مع تدني الجلدة، فإذا ظهر هذا علم موته فيبادر حينئذٍ إلى تجهيزه⁽⁴⁴⁾.

وجاء في حاشية رد المختار لابن عابدين، الموت: صفة وجودية خلقت ضد الحياة، وعلامته استرخاء قدميه، واعوجاج منخره، وانخساف صدغيه⁽⁴⁵⁾. وفي شرح الخرشي على مختصر خليل، الموت: كيفية وجودية خلقت تضاد الحياة..... وعلامات الموت أربع: انقطاع نفسه، واحداد بصره، وانفراج شفتيه فلا ينطبقان وسقوط قدميه فلا ينتصبان⁽⁴⁶⁾، وفي كتاب شرح النيل وكتاب العليل: ويعتبر خروج روحه بسكون "عرق" متحرك بين كعبيه وعرقوبه، وبيرودة جسمه، وتغير لونه، وانقطاع نفسه⁽⁴⁷⁾، وفي كتاب البحر الزخار، ولا يدفن حتى تظهر فيه العلامات وهي: استرخاء القدمين، وميل الأنف، وانخلاع الكف، وانخساف الصدغ، وامتداد جلدة الوجه، ويتأني في الغريق ونحوه، وبعد التيقن يعجل التجهيز⁽⁴⁸⁾.

ومن خلال ما سبق نستنتج بأنَّه لا يفيدنا التعويل على تلك التعريفات، لأنها لا تضع معياراً علمياً محدداً لتعريف الموت، كما أنَّ جانباً من الأفكار التي استند إليها بعض الفقهاء قد تخطاها العلم الحديث.

ثانياً- معيار الوفاة عند علماء الشريعة المعاصرين:

نظراً لأهمية تحديد المعيار الواجب الالتزام به في هذا الخصوص، فقد بدأ كثير من الدول الإسلامية يفكر جدياً في إيجاد معيار علمي موحد لتحديد لحظة الوفاة، و طرح هذا الموضوع على المؤتمرات والندوات العلمية، وعلى المجامع الفقهية، وقد ظهر العديد من آراء فقهاء الشريعة التي تبين وتوضح المعيار الواجب الالتزام به في هذا الشأن، ولكنهم انقسموا على اتجاهين: الأول يرى وجوب التقييد بالمعيار التقليدي، بينما يؤكد الثاني ضرورة اعتماد المعيار الحديث، وذلك على النحو الآتي:

الاتجاه الأول- ترجيح المعيار التقليدي للوفاة:

يؤكد بعضهم ضرورة الالتزام بالمعيار التقليدي لتحديد الوفاة، وهو المعيار الذي اعتنقه الفقه الإسلامي بمذاهبه المختلفة شتى، ويرى هذا الاتجاه أن الموت الذي تبنى عليه الأحكام الشرعية من إرث، وقصاص، ودية وغيرها، لا تتحقق إلا بمفارقة الروح للجسد، ولا يعد الإنسان ميتاً إلا إذا زالت عنه علامات الحياة كافة، وظواهرها العضوية، وبدت عليه علامات جسدية قاطعة في حدوث الموت، وفي مقدمتها توقف عضلة القلب والرئتين.

وأما موت الجهاز العصبي فليس دليلاً قاطعاً على حدوث الوفاة، وما استمرار التنفس وعمل القلب إلا دليل على استمرار الحياة في الجسد واستقرارها، وإن دلت أجهزة الإنعاش الصناعي على توقف الجهاز العصبي وكامل الدماغ لخواصه الوظيفية.

وخلص هذا الاتجاه إلى القول بضرورة الالتزام في تحديد لحظة الوفاة بالتعريفات التي قال بها الفقهاء القدامى، وما جادت به كتب اللغة⁽⁵⁰⁾.

الاتجاه الثاني - الالتزام بالمعيار الحديث للوفاة:

أخذ الرأي الغالب في الفقه الإسلامي يميل إلى المعيار الحديث للوفاة، وهو معيار موت المخ (جذع الدماغ)، ويبدو هذا جلياً من خلال قرارات المجامع الفقهية والندوات والمؤتمرات التي انعقدت بخصوص هذا الشأن.

ومن هذه المؤتمرات مؤتمر مجلس الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره الثالث، إذ أقر المؤتمر بأنَّ الشخص يعد قد مات شرعاً، ومن ثم تترتب عليه جميع الأحكام الشرعية المقررة للوفاة إذا تبينت فيه إحدى العلامتين الآتيتين:

- 1- إذا توقف قلبه وتنفسه تماماً وحكم الأطباء بأنَّ هذا التوقف لا رجعة فيه.
- 2- إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلاً نهائياً، وحكم الأطباء الاختصاصيون والخبراء بأنَّ هذا التعطل لا رجعة فيه، وأخذ دماغه بالتحلل.

وفي مثل هذه الحالات يسوغ إيقاف أجهزة الإنعاش، وإن كان بعض الأعضاء كالقلب ما يزال يعمل آلياً، وإن الإنسان الذي يصل إلى مرحلة موت جذع الدماغ يعد قد استنبر الحياة⁽⁵¹⁾.

كما أكد مجلس المجمع الفقهي الإسلامي في دورته العاشرة المنعقدة بمكة المكرمة القرار الآتي: " المريض الذي ركبت على جسمه أجهزة الإنعاش يجوز رفعها إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلاً نهائياً، وقررت لجنة من ثلاثة أطباء اختصاصيين إنَّ التعطل لا رجعة فيه، وإن كان القلب والتنفس لا

بإعلان يعملان آلياً بفعل الأجهزة المركبة، لكن لا يحكم بموته شرعاً إلا إذا توقف التنفس والقلب توقفاً تاماً بعد رفع هذه الأجهزة.

وعقدت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ندوة خاصة عن الحياة الإنسانية، (بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي) وجاء فيها الآتي⁽⁵³⁾:

تدارست الندوة ما ورد في كتب التراث الفقهي من اجتهادات بشأن الإمارات التي تدل على الموت، واتضح لها أنه في غيبة نص شرعي يحدد الموت، ومثلت تلك الاجتهادات ما توفر آنذاك من معرفة طبية، ولأن تشخيص الموت والعلامات الدالة عليه كان على الدوام أمراً طبياً يبني بمقتضاه الفقهاء أحكامهم الشرعية، فقد عرض الأطباء في الندوة الرأي الطبي المعاصر فيما يتعلق بحدوث الموت.

واستقر رأي الفقهاء تأسيساً على هذا العرض من الأطباء، إلى أن الإنسان الذي يصل إلى مرحلة اليقين بشأن موت جذع مخه يعدّ قد استدبر الحياة، ويصلح لأن تجري عليه بعض أحكام الموت. وبناءً على ما تقدم اتفق الرأي على أنه إذا تحقق موت جذع المخ بتقرير لجنة طبية مختصة جاز حينئذٍ إيقاف أجهزة الإعاش.

كما أقر مؤتمر الخليج الأول للتخدير والعناية المركزة، جواز رفع أجهزة الإعاش عن حالات الموت الدماغية مستنديين في ذلك إلى قرار مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في عمان، والمجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي بمكة (مشار إليهما) والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت، كما أقر المؤتمر جواز الانتفاع

بأعضاء مثل هذه الحالات لصالح المرضى الآخرين بعد موافقة أقاربهم حتى الدرجة الثانية⁽⁵⁴⁾.

نخلص إلى أن أغلبية علماء الشريعة الإسلامية يؤيدون المعيار الحديث للوفاة أي معيار موت خلايا الدماغ، وهو المعيار الراجح وفقاً لمعطيات العلم والطب، ونحن نميل إلى هذا الرأي للأسباب الآتية:

- 1- ليس هناك نص شرعي يفيد حسم هذه المسألة، ولذلك ليس أمامنا من مفر إلا الرجوع حسب قواعد الشرع إلى أهل الذكر والاختصاص، وهم الأطباء.
- 2- إنَّ جانباً من الأفكار التي استخلصها الفقهاء التقليديون في هذا الخصوص قد تجاوزها التطور العلمي، ونحن في هذا الخصوص لا نجادل في سلامة المنهج الذي ذهبوا إليه، إذ من المسلم به أنَّ الحكم على الشيء فرع من تصوره، ولم يكن في تصورهم إمكان موت بعض أعضاء الإنسان مع بقاء أعضائه الأخرى تعمل بصورة سليمة، ولم يكن في تصورهم إمكان الانتفاع بأي عضو آدمي مفصول عن الجسد في مصلحة معتبرة، كما لم يكن في تصورهم إمكان الانتفاع به على وجه فيه مساس بكرامة الإنسان.

3- إنَّه من المستحيل لبنى آدم إعادة الحياة لمن ماتت خلايا مخه، قال تعالى: "إنَّ أجل الله إذا جاء لا يؤخر لو كنتم تعلمون" ⁽⁵⁶⁾.

وبناء على ما سبق نؤكد أنَّ موت جذع المخ الذي يؤدي إلى توقف المراكز العصبية عن العمل هو المعيار الشرعي للوفاة. وفي حالة التحقق من ذلك بتقرير لجنة طبية مختصة جاز حينئذٍ إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي.

المطلب الثاني-تحديد لحظة الوفاة في القانون الوضعي:

حرصت بعض التشريعات على أن تتضمن نصوصاً تضع بمقتضاها تعريفاً للوفاة يجري بموجبه تحديد المعيار الواجب إتباعه لحسم المسألة، بينما أغفل بعضها الآخر التعرض لهذه المسألة نظراً لما يرتبط بها من مشاكل فنية مختلفة.

أولاً- القوانين التي حددت معياراً للوفاة:

1- القانون الأمريكي:

في عام 1981م اقترح تعريف موحد للموت في الولايات المتحدة الأمريكية، وهو التوقف التام لجميع وظائف المخ وقد تبنت أكثر الولايات هذا المعيار، وقبل ذلك صدر في ولاية (كنساس) الأمريكية تشريع بتاريخ 1-7-1970م مقررًا أن مركز الحياة هو المخ وليس القلب⁽⁵⁷⁾.

2- القانون الأسباني:

جاء في المادة 10 من المرسوم الملكي الأسباني رقم 426 لعام 1980م والمتعلق بتطبيق القانون رقم 30 لسنة 1979م الخاص باستئصال الأعضاء لأغراض النقل على أنه " لا يمكن استئصال الأعضاء الحية من جسم الإنسان المتوفى لاستخدامها لأغراض النقل إلا بعد التأكد من وفاة المخ " (59).

3- القانون السويسري:

أفادت تعليمات الأكاديمية السويسرية للعلوم الطبية في 25 يناير عام 1969م بأن موت الدماغ هو المعيار الجديد لتحديد لحظة الوفاة، فموت خلايا الدماغ يؤدي بالضرورة إلى موت بقية أعضاء الجسم، وفي 25 مارس 1971م

أصدر مجلس الدولة لمقاطعة زيورخ (Zurich) قراراً تضمن بعض القواعد المتعلقة بتحديد لحظة الوفاة، واستئصال الأعضاء من جثث الموتى⁽⁶⁰⁾.

4- القانون الإيطالي:

أقر المرسوم الإيطالي رقم 409 في 16 يونيو عام 1977م والخاص بتطبيق القانون رقم 644 لعام 1975م بشأن استئصال الأعضاء من الجثة، أقر المعيار الحديث للوفاة وهو موت خلايا المخ، وحدد بعض العلامات التي ينبغي مراعاتها للتحقق من ذلك⁽⁶¹⁾.

5- القانون اللبناني:

أكدت المادة الأولى من المرسوم رقم 1442 لسنة 1984م لتطبيق المرسوم الاشتراكي رقم 109 لسنة 1983م بشأن أخذ الأنسجة والأعضاء البشرية لحاجات طبية وعلمية أنه " لتطبيق أحكام هذا المرسوم الاشتراكي يعتبر ميتاً الإنسان الذي توقف فيه بشكل غير قابل للعكس وظائف الجهاز الدموي، أو وظائف كامل الدماغ بما فيه جسر المخيخ والنخاع المستطيل " وأشارت المادة 2 منه إلى أنه " يثبت الموت الدماغي طبيبان على أن يكون أحدهما اختصاصياً بالأمراض العصبية...."، ويتضح من النصوص السابقة أن المشرع اللبناني قد حدد معيار الوفاة متبعاً المعيار الحديث، وحدد طرق التحقق من ذلك⁽⁶³⁾.

ثانياً- القوانين التي لم تحدد معياراً للوفاة:

العديد من التشريعات تجاهلت مسألة تعريف الوفاة وتحديد معيار لها، نظراً لما يحيط بهذه المسألة من غموض وإشكالات عملية وعلمية، ولصعوبات حسم الكثير من تفرعاتها الطبية والأخلاقية والدينية والقانونية، ومن ثم اكتفت تلك

التشريعات بالنص على المواجهات العامة وتركت التفاصيل للأطباء ذوي الاختصاص، ومنحتهم صلاحية تحديد وقت الوفاة طبقاً للأصول العلمية المتعارف عليها، ومن بين هذه التشريعات:

1- القانون الفرنسي:

على الرغم من انتفاء أو انعدام نص قانوني محدد لمعيار انتهاء الحياة إلا أنه في العديد من القوانين والمراسيم التي صدرت بهذا الخصوص أكدت وجوب إثبات الوفاة بمعرفة طبيبين يتبعان الأساليب العلمية وذلك للتأكد من هذه الواقعة، وحتى بعد صدور قانون نقل الأعضاء رقم 1181 لسنة 1976م (سابق الإشارة إليه) الذي أشار في المادة 4 منه إلى إصدار قرار بشأن الإجراءات الخاصة بإثبات الوفاة، وقد صدر القرار المنوه عنه تحت رقم 501 لسنة 1978م، وجاء في المادة 20 من هذا القرار إن إثبات الوفاة تقوم على أدلة متفق عليها طبيياً تسمح للطبيب أن يقتنع بموت الشخص على أن يكون ذلك المعيار مقبولاً من وزير الصحة بعد أخذ رأي الأكاديمية الطبية الفرنسية.

وهكذا نلاحظ أن القانون الفرنسي لم يعط تعريفاً محدداً للوفاة ولم يحدد معياراً واضحاً لها. وحتى بعد صدور القانون الخاص باحترام الجسم البشري عام 1994م الذي لم يتضمن تعريفاً قانونياً يحدد معالم الوفاة⁽⁶⁴⁾.

2- القانون الإنجليزي:

لم يتضمن القانون الإنجليزي نصاً خاصاً لتعريف الموت، كما أن القواعد المنظمة للعمل في مجال نقل الأعضاء من جثث الموتى لم تحدد تعريفاً واضحاً

للوفاة، بل أن الأمر ترك لتقدير الأطباء وفقاً للقواعد العامة التي تحكم أداءهم لعملهم، واعتماداً على الخبرة والدراسة⁽⁶⁵⁾.

3- القانون الأردني:

لم يعط القانون الأردني أي تعريف للوفاة ومن ثم لم يحدد معياراً لها، وكل ما فعله المشرع بخصوص هذه المسألة هو ما أشارت إليه المادة الثامنة من القانون رقم 23 لسنة 1977م، من أنه يمنع فتح الجثة لأي غرض من الأغراض إلا بعد التأكد من الوفاة بتقرير طبي، ويفهم من فحوى النص المذكور أن طبيباً اختصاصياً واحداً يمكن أن يقرر لحظة تحقق الوفاة وبالطريقة المناسبة التي يراها، كما اشترطت المادة المشار إليها أن يكون الطبيب الذي يقرر الوفاة هو غير الطبيب الاختصاصي الذي يقوم بعملية النقل⁽⁶⁶⁾.

ثالثاً- موقف القضاء:

بعد أن عرفنا رأي الطب، والفقهاء، والقانون من تحديد لحظة الوفاة، والمعيار المتبع في ذلك، نرى ضرورة بحث الموقف القضائي من هذه المسألة، وهل يأخذ القضاء بالمعيار التقليدي أم بالمعيار الحديث؟

في عام 1981م تعرضت الدائرة الجنائية لمحكمة الاستئناف الإنجليزية لبحث حالتين، نستنتج منها اتجاه القضاء نحو تأييد المعيار محل البحث، وهما حالة R.V. malcherk وحالة R.V. steel وموضوع الدعويين جريمة قتل، وكانت المجني عليها في الحالتين قد نقلت إلى المستشفى عقب الاعتداء عليها بالضرب المبرح، مما أدى إلى إصابتها في الرأس إصابات جسيمة ترتب عليها أضرار كبيرة بالمخ أدت إلى توقف وظائفه في كلا الحالتين، ووضعت تحت

أجهزة الإنعاش الصناعي، ثم رفعت هذه الأجهزة بعد إثبات حدوث الوفاة نتيجة لموت المخ في الحالتين وبعد استئصال بعض الأعضاء منها⁽⁶⁷⁾.

وفي الحالتين وجهت إلى المتهم الطبيب تهمة القتل العمد لرفع وإيقاف أجهزة الإنعاش عنها، واستند الاتهام إلى أن إيقاف العمل بتلك الأجهزة كان سبباً مباشراً لإحداث الوفاة.

وكان رأي المحكمة نفي التهمة، إذ استندت إلى انتفاء أدلة عن استمرار حياة المجني عليها لحظة رفع أجهزة الإنعاش، إذ يكفي لنفي التهمة حدوث الوفاة قبل سحب الأجهزة المشار إليها، ولو استمرت بعض الأعضاء بالعمل بسبب تلك الأجهزة.

وأكد القضاة أنه وفقاً لرأي جانب كبير من الأطباء وهم أصحاب الاختصاص في هذا المجال فإنّ هناك اختباراً حقيقياً واحداً عن حدوث الوفاة وهو الموت النهائي لجذع المخ، الذي يحكم الوظائف الأساسية في الجسم، وفي حالة توقف تلك الوظائف، يكون ذلك دليلاً قاطعاً على حدوث الوفاة⁽⁶⁸⁾.

أمّا في الولايات المتحدة الأمريكية فإنّ المعيار المعمول به في مدد سابقة لتحديد لحظة الوفاة هو المعيار التقليدي، أي توقف القلب والتنفس، ففي قضية *Douglas. V. South western life ins co* التي تتلخص وقائعها بأنّ رجلاً أصيب في حادث نقل على أثره إلى المستشفى وتبين أنّه مصاب بتلف في الدماغ، وجرى إنعاشه عن طريق الأجهزة الصناعية، واتضح أنّ المصاب مؤمن على حياته لدى إحدى شركات التأمين، وأن المدة الباقية على انتهاء عقد التأمين

هي 90 يوماً من تاريخ الإصابة، ولسوء الحظ أن المصاب توقف قلبه وتنفسه وفارق الحياة بعد انتهاء مدة العقد.

وعند رفع الدعوى أمام محكمة تكساس ضد شركة التأمين للمطالبة بالتعويض رفضت الدعوى وردت المحكمة بعدم أحقية الورثة بالتعويض على أساس أن المؤمن له - المتوفى - قد فارق الحياة عند لحظة توقف القلب والرئتين، أي بعد انتهاء مدة عقد التأمين، مما يفيد أن المحكمة تبنت المعيار التقليدي.

ويلاحظ أن القضاء الأمريكي تراجع عن موقفه السابق وأخذ بالمعيار الحديث في تحديد لحظة الوفاة (موت جذع الدماغ)، ففي قضية " Tucker.V. Lower " أدین الطبيب الجراح بتهمة استئصال قلب المصاب بتوقف الدماغ، إلا أن القاضي حذر المحلفين من الاعتماد على المعيار التقليدي، وحاول توجيههم نحو المعيار الحديث لتحديد الوفاة، وفعلاً اتبع المحلفون هذا المعيار، وأصدروا قرارهم لصالح الطبيب على أساس أن الاستئصال جرى بعد موت المصاب، أي موت دماغه⁽⁶⁹⁾.

وهكذا نلاحظ بأن القضاء بدأ تدريجياً يتجه نحو المعيار الحديث، فأغلب الأحكام جعلت من واقعة موت المخ وسيلة لإثبات الوفاة، بحيث أن إثبات العكس يتطلب أدلة قوية يتعذر الوصول إليها في إطار معطيات العلوم الطبية الحديثة، كما أنه لا توجد أسباب كافية لأن تحيد المحاكم عن معيار موت الدماغ، على الرغم من بعض الملاحظات، واحتمال المخاطر التي تصاحب الأخذ بالمعيار محل البحث⁽⁷⁰⁾.

رابعاً- مدى ملائمة التدخل التشريعي في تعريف الوفاة:

هل الموت مسألة طبية؟، يجب أن يرسم حدودها الطبيب المختص على وفق قواعد مسلم بها علمياً، أم أنه واقعة قانونية يجب أن يترك أمرها للمشرع؟ يذهب بعضهم إلى أن الوفاة واقعة قانونية، وأنه يتعين على المشرع التدخل بإيجاد تعريف لها، وتحديد معيار مقبول وواضح للوفاة، وهذا لا يتأتى إلا بصدور تشريع خاص لمعالجة هذه الحالة⁽⁷¹⁾.

وقد تمسك أصحاب هذا الاتجاه بضرورة إيجاد تشريع يُعرف الموت، ولاسيما بعد انتشار عمليات نقل الأعضاء البشرية وزرعها بوصفها وسائل علاجية، والتطور الهائل الذي أحرزه الطب في مجال تقنيات الإنعاش الصناعي، ويبرر أصحاب هذا الرأي موقفهم بأنَّ غريزة تحقيق السبق الطبي والشهرة قد تقود أحياناً إلى الالتفاف حول مسألة التأكد من الوفاة، مثل استئصال العضو ولاسيما القلب من إنسان ما يزال على قيد الحياة، ولذلك فإن حسم هذه المسألة من قبل المشرع يشيع نوعاً من الاطمئنان، وتقنين مثل هذا التعريف أمر يجبذه الأطباء إذ لم يخفوا قلقهم وتخوفهم من التعرض إلى المسألة الأخلاقية والقانونية، فالطبيب يجبذ دائماً أن يعلم مدى شرعية الأعمال التي يقوم بها⁽⁷²⁾.

ويضيف أصحاب هذا الرأي بأنه يجب ألا يكتفى بتنظيم هذه المسألة - الموت - بقواعد مهنة الطب وآدابها، إذ أن مثل هذه القواعد قد لا تلقى لدى أفراد المجتمع نفس التقدير والاحترام الذي يكتفه رجال الطب نحوها، لأنَّ مسألة الموت لها أبعادها الأخلاقية والدينية والقانونية، فإنه بات من الضروري معالجة المسألة

في إطار تشريع مستوحى من الضمير الاجتماعي والإنساني والاعتبارات الطبية والقانونية⁽⁷³⁾.

ويرى الجانب الثاني في هذا الخصوص أن تعريف الموت وتحديد عناصره وكيفية التحقق من حدوثه مسألة طبية بحتة، يختص الأطباء بها على وفق فنهم الطبي والعلمي، فهي مسألة بيولوجية ينفرد بها الطبيب من دون غيره، وليس للمشرع اختصاص في ذلك وإن كان له أن يحدد بعض المعايير الإرشادية⁽⁷⁴⁾.

ويذهب أنصار هذا الاتجاه إلى أنه لا يستبعد القانون مطلقاً في هذا المجال، بل يرون بأن القانون وإن كان لا يختص بتعريف الموت، إلا أنه يسهم في إرساء بعض القواعد والمبادئ التي تمكن من تسهيل مهمة الأطباء عن طريق صدور الأنظمة من الجهات الطبية المعنية⁽⁷⁵⁾.

وتأكيداً لذلك أوصى المؤتمر الطبي الدولي المنعقد بمدينة سيدني الأسترالية عام 1968م بأنه " لا يقع على عاتق رجل القانون الأخذ في الاعتبار التقدم الملحوظ الذي تمر به مهنة الطب، ووضع تعريف قانوني لوقت أو زمن الوفاة، وتحديد الطرق أو الوسائل التي يمكن بها التأكد من الوفاة، بل أن هذه الأمور تبقى للأطباء ضمن اختصاصاتهم ونشاطهم الفني، ورائدهم في ذلك شرف المهنة⁽⁷⁶⁾"،

وصفوة القول أن التعريفات ليست من اختصاص المشرع عادة، وفي هذا الخصوص بالذات نرى ضرورة ابتعاد المشرع عن التدخل في وضع تعريف للموت أو تحديد معايير قانونية لذلك، بل يتعين أن تترك مثل هذه المسائل الفنية للبحثة لتقدير الأطباء طبقاً للقواعد والأصول المعمول بها، إلا أنه يمكن مع ذلك

للمشرع أن يضع بعض قواعد السلوك التي يسترشد بها الأطباء في تحديد الوفاة، وتساعدهم في عملهم، وتوافر لهم الطمأنينة والحماية، لاسيما عندما يتعلق الأمر ببعض الأعمال الطبية المهمة مثل إيقاف أجهزة الإنعاش واستئصال الأعضاء من الجثة⁽⁷⁷⁾، وقد ذهبت أغلب التشريعات المعاصرة إلى تبني هذا الاتجاه.

المراجع:

- (1) عبد الوهاب عمر البطاروي في الطب و القانون-منشورات جامعة البصرة- كلية القانون 1992 ص8.
- (2) أحمد محمود سعد.زرع الاعضاء بين الحظر والإباحة-دار النهضة العربية- القاهرة 1986 - ص105
- (3) رياض الخالي- شرعية تشريح جثة الإنسان للتعليم الطبي- مجلة دراسات قانونية. كلية القانون . جامعة قاربيونس بنغازي . ليبيا . مجلد 11 . 82-1986 . ص 96
- (4) أحمد شوقي أبو خطوة.القانون الجنائي و الطب الحديث- دار النهضة العربية - القاهرة 1986. ص 171.
- (6) Savatier.dalloz. 1968,chr.xv.p.91.
- (7)رياض الخالي- ص102.
- (8) محمد عبد الوهاب الخولي-المسؤولية الجنائية للأطباء - بدون دار نشر - 1997 ص224.
- (9) Charaf el Dine: op. cit. No. 716. P.553
- (9)سميرة عائد الديات -عمليات نقل وزرع الاعضاء البشرية - مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان 1999 ص 264،265
- (11) جابر مهنا شبل-مدى مشروعية عمليات نقل و زرع الأعضاء البشرية - رسالة دكتوراه - كلية القانون - جامعة بغداد 1991 ص233.
- (12) أحمد شرف الدين - الحدود الإنسانية والقانونية للإنعاش الصناعي- المجلة الجنائية القومية ، مصر العدد 3 ، 1976 ، ص452.
- (12) احمد شوقي ابو خطوة - المرجع السابق - ص 174-175
- (15) الدماغ " Brain " يتكون من:
- 1- المخ cerebrum، وهو بدوره يتكون من فص المخ. cerebral hemispheres
- 2- المخيخ cerebellum وظيفته الأساسية توازن الجسم.
- (16) P. O. G. Skeeg:oxford clarendon press 1990, P.183
- (18) Kennedy and Crub.op.cit. P.1172.
- (19) Kennedy and Crub. P.1195.
- (21) Ad. Hoc committee: P.P. 677-679.
- (22) Joynt. R: A New Look at Death, Jama. 1984, (5) P.P. 680-682.

- (23) مشار إلى التقرير المذكور : محمد عبد الوهاب الخولي - المرجع السابق - ص228-229.
- (24) Lom Bois, J: De Linfluence de la Sante Sur Lexistence des driot These Poitiers. 1963, PP.70, et ss. civils.
- مشار إليه: أحمد شوقي أبو خطوة - المرجع السابق - ص176.
(25) أحمد شوقي أبو خطوة - المرجع السابق - ص177.
- إن جهاز رسم المخ الكهربائي يجري توصيله بمخ الإنسان، ويقوم برصد النشاط الكهربائي الصادر عن حركة الخلايا العصبية في صورة ذبذبات كهربائية، فإذا ما انعدمت هذه الذبذبات، وانعكس هذا على هيئة خطوط مستقيمة فهذا يعني توقف المخ تماماً عن أداء وظائفه.
- (27) محمد عبد الوهاب الخولي - المرجع السابق - ص233.
- (28) فوزي عبد السلام وآخرون - الأهمية الطبية الشرعية لضاهرة موت الدماغ - بحث غير منشور - المرجع السابق - ص7.
- (29) مشار إليه: أحمد شوقي أبو خطوة - المرجع السابق - ص177-178.
- (30) أيهاب يسر أنور على - المسؤولية المدنية والجنائية للطبيب - رسالة دكتوراه كلية الحقوق - جامعة القاهرة - 1994 - ص580.
- (31) صفوت حسن لطفي - الحقائق الخطيرة المخفاة في قضية نقل وزرع الاعضاء - بحث غير منشور 1993 - ص20.
- (32) منذر الفضل - التصرف القانوني في الأعضاء البشرية - مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع - عمان - الاردن - 1994 - ص148.
- (33) يمكن للإنسان أن يعيش بعد موت مخه وإن كانت حياته غير إنسانية، بل حياة نباتية، وتسمى علمياً Vegetative Life.
- (35) أيهاب يسر أنور علي - المرجع السابق - ص580.
- (36) فرج الهريش - موقف القانون من التطبيقات الطبية الحديثة - دار الجماهيرية للنشر والتوزيع - مصراتة - ليبيا - 1996 - المرجع السابق - ص149. هامش(1).
- (38) أحمد شرف الدين - الأحكام الشرعية للأعمال الطبية - ص167.
- (40) عبد الله بن مسعود، وسعد الدين التفتازاني - التنقيح والتوضيح وشرح التلويح - المطبعة الخيرية، القاهرة 1309 هـ، ج3، ص185.
- (41) الأنصاري - تقرير الأنصاري على البهجة - المطبعة الميمنية، مصر، بدون تاريخ. ج2، ص78.

- (42) سيد قطب - في ظلال القرآن - طبعة دار الشروق، بدون مكان نشر، 1978. المجلد 2. ص1149.
- (43) جلال الدين المحلي وجمال الدين السيوطي - تفسير الجلالين - طبعة مكتبة الجمهورية العربية المتحدة. بدون مكان نشر وتاريخ نشر. ص244.
- (44) يحيى ابن شرف النووي - المجموع شرح المهذب - طبعة إدارة الطباعة المنيرية. القاهرة، بدون تاريخ، ج5، ص253.
- (45) محمد أمين بن عمر بن عبد العزيز - حاشية رد المحتار على الدر المختار - طبعة مصطفى الحلبي. القاهرة 1323هـ، ج2، ص201.
- (46) أبو عبد الله محمد - شرح الخرشي على مختصر خليل - المطبعة الكبرى الأميرية، القاهرة 1317هـ، الطبعة 2، ج2، ص113 وما بعدها.
- (47) محمد بن يوسف أطفيش - شرح النيل وشفاء العليل - دار الفتح، بيروت، 1343، ج2. ص556-557. (من كتب الفقه الأباضي).
- (48) المهدي أحمد بن يحيى بن المرتضى - البحر الزخار - مطبعة السنة المحمدية. القاهرة 1368هـ، ج2، ص88-89.
- (50) أشارت كتب اللغة العربية إلى تعريف الموت والحياة على النحو الآتي:
ففي المعجم الوسيط (مات الحي موتاً - فارقتة الحياة. ومات الشيء همد وسكن، يقال ماتت الريح سكنت، والنار بردت). المعجم الوسيط. ج2. ص926.
- (51) راجع القرار رقم 5 الصادر عن مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره الثالث بعمان من 8 إلى 13 صفر سنة 1407هـ، الموافق 11 إلى 16 أكتوبر سنة 1986م، والقرار منشور في مجلة الفقه الإسلامي، العدد 3، الجزء 2، 1987، ص809.
- (52) يراجع أعمال ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي، المنعقدة بتاريخ 15 يناير 1985. سلسلة مطبوعات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية - الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة، الطبعة الثانية، الكويت 1991.
- كما نشرت توصيات الندوة المذكورة في: مجلة مجمع الفقه الإسلامي - المرجع السابق - ص731-732.
- (54) يراجع أعمال مؤتمر الخليج الأول للتخدير والعناية المركزة في دولة قطر " الدوحة " من 26-29 نوفمبر 1991م، مجلة عالم الطب والصيدلة. المجلد 10، العدد 6 لسنة 1992.
- (56) سورة نوح - الآية 4.
- (57) مشار إليه: أحمد شوقي أبو خطوة - المرجع السابق - ص201.

- (59) Recueil international de Legislation sanitaire. 1981, P.764.
- (60) مشار إليه: أحمد شوقي أبو خطوة - المرجع السابق - ص198-199.
- (61) أيهاب يسر أنور علي - المرجع السابق - ص585.
- محمد سامي السيد - المرجع السابق - ص602.
- (63) وجيه خاطر -نقل وزرع أعضاء الجسم البشري - مجلة المحامون السورية - الاعداد 7,8,9 - السنة 53 - لعام 1988 - ص653.
- (64) محمد سامي الشوا - الحماية الجنائية للحق في سلامة الجسم - رسالة دكتوراه ، كلية الجقوق ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، 1988 - ص608.
- (65) Lan, Kennedy and Andrew Grubb: medical Law text, and materials. Butter worth. London , 1989, P.1194.
- (66) وهذا النص معيب إذ يكفي لتحديد الوفاة بتقرير صادر من طبيب واحد مختص، إلا ان المستقر عليه في هذا الخصوص هو تشكيل لجنة من الاطباء المختصين لهذا الغرض
- (67) Margaret Brazier: medicine, patients, and the Law. London, Penguin Books, 1992, P.438.
- (68) P. D. G skegg: Law of ethics and medicine. Oxford. Clarendon. Press. 1990, P.197
- مشار إلي الدعويين: محمد عبد الوهاب الخولي - الرجع السابق - ص250.
- (69) مشار إليه: جابر مهنا شبل - المرجع السابق - ص253.
- (70) أيهاب يسر أنور علي - المرجع السابق - ص575.
- (71) أيهاب يسر أنور علي - المرجع السابق - ص604.
- (72) جابر مهنا شبل - المرجع السابق - ص247.
- (73) حسام الدين الأهواني-التعليق على القانون الفرنسي - رقم 1181 - لسنة 1976- مجلة الجقوق والشرعية - الكويت - العدد الثاني - السنة الثانية - 1978 - ص181 .
- (74) محمد سامي الشوا- الحماية الجنائية للحق في سلامة الجسم- ص596-597.
- (75) حسام الدين الأهواني- المرجع السابق - ص183.
- (76) مشار إليه: محمد سامي الشوا- المرجع السابق - ص600.
- فرج صالح الهريش - المرجع السابق - ص154.
- (77) أحمد شوقي أبو خطوة - المرجع السابق - ص202-203.