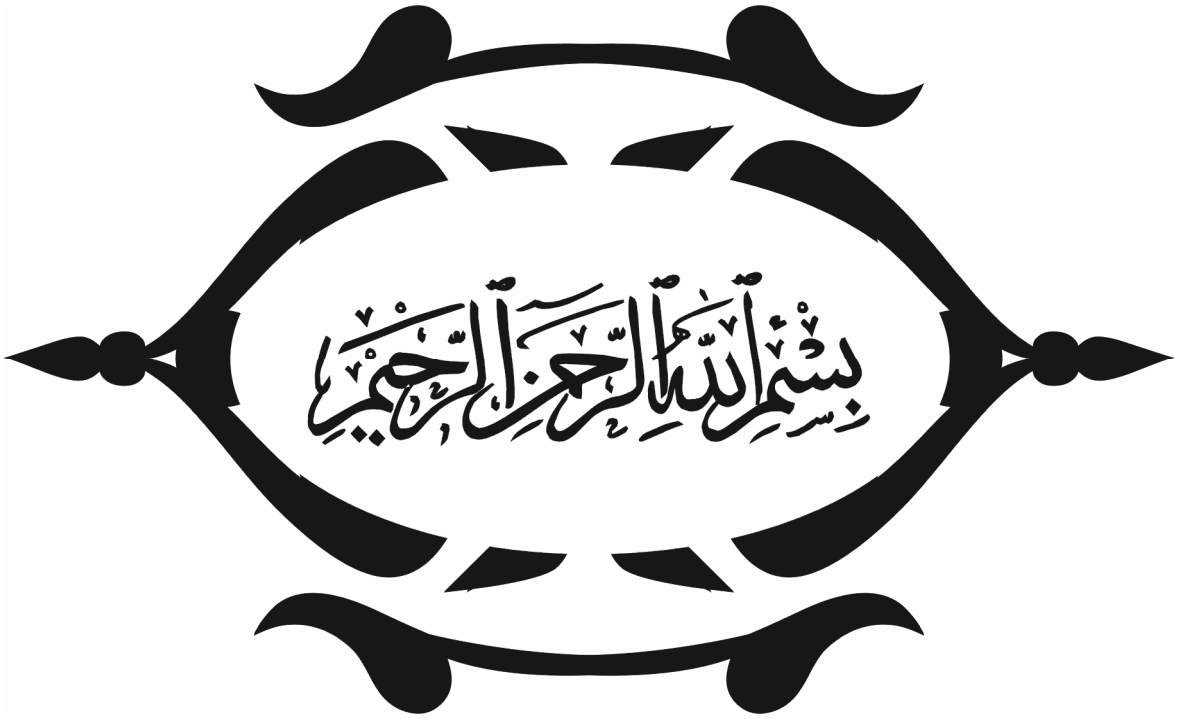
مجمع فقهاء الشريعة بأمريكا
الدورة التدريبية السنوية لأئمة المراكز الإسلامية
لوس أنجليس ٢ – ٤ مارس ٢٠١٢

التنفس الصناعي
والأحكام الشرعية المتعلقة به

إعـــداد
د/ ياسر أبوشبانه علي الرشيدي
أستاذ م الدعوة والثقافة الإسلامية
بكلية أصول الدين والدعوة بالمنصورة/ جامعة الأزهر الشريف في مصر
مدير الدعوة والشئون الدينية وإمام مركز دار السلام الإسلامي
آرلينجتون – تكساس


بسم الله الرحمن الرحيم

الفهـــرس

مقدمة..... ٥

الفصل الأول: التنفس الصناعي عن طريق الفم والأحكام الشرعية المتعلقة به ٩

المبحث الأول: تعريف التنفس الصناعي الفموي وكيفية القيام به ١٠

المبحث الثاني: بعض الأحكام الفقهية المتعلقة بالتنفس الصناعي الفموي.....١٦

المطلب الأول: وجوب القيام به للمحتاج إليه وجوبا عينيا أو كفائيا ١٦

المطلب الثاني: حكم قيام رجل بعمل التنفس الصناعي الفموي لامرأة أو العكس.....١٩

المطلب الثالث: حكم المطالبة بأجرة على القيام بالتنفس الصناعي الفموي.....٢٠

المطلب الرابع: شمول هذه الأحكام المسلم وغير المسلم..... ٢٤

الفصل الثاني: التنفس الصناعي الآلي والأحكام الشرعية المتعلقة به ٢٦

المبحث الأول: تعريف التنفس الصناعي الآلي، وتطوره التاريخي ودواعي الحاجة إليه.....٢٧

المطلب الأول: تعريف التنفس الصناعي الآلي ٢٧

المطلب الثاني: تاريخ التنفس الصناعي الآلي وتطوره عبر العصور.....٢٩

المطلب الثالث: دواعي استخدام التنفس الصناعي طبيا ٣٠

المبحث الثاني: بعض الأحكام الشرعية المتعلقة بالتنفس الصناعي الآلي ٣٣

المطلب الأول: الحالات التي يجب فيها عمل التنفس الصناعي الآلي وجوبا عينيا أوكفائيا ٣٣

المطلب الثاني: حالات جواز عدم إنعاش المريض أو المصاب (عدم وضع المريض تحت جهاز التنفس الصناعي من الأساس) ٣٥

المطلب الثالث: متى تُنزع أجهزة التنفس الصناعي عن المريض بلا خلاف؟ ٣٩

المطلب الرابع: حالة موت جذع الدماغ (المخ) والخلاف الطبي والفقهي بشأنها..... ٤٠

الفرع الأول: التركيب التشريحي للدماغ (المخ) البشري ٤١

الفرع الثاني: حقيقة الموت وعلاماته عند اللغويين والفقهاء ٤٥

الفرع الثالث: حقيقة الموت وعلاماته عند الأطباء ٤٩

الفرع الرابع: اختلاف الأطباء بشأن موت جذع الدماغ (المخ) ٥٤

الفرع الخامس: اختلاف الفقهاء بشأن موت جذع المخ (الدماغ).....٦٠

الفرع السادس: نزع أجهزة التنفس الصناعي بموت جذع المخ مع عدم الحكم بوفاة المريض إلا بعد توقف جميع أجهزة الجسم توقفا تاما لارجعة فيه.....٦٨

الخاتمـــة ٧١

مُقَدِّمَة

الحمد لله رب العالمين، وأشهد أن لا إله إلا الله ولي الصالحين، وأشهد أن سيدنا وحبيبنا وقدوتنا محمدا عبد الله ورسوله، صلى الله وسلم وبارك عليه وعلى آله وأصحابه وأحبابه وأتباعه، ومن سار على دربهم واقتفى آثارهم بإحسان إلى يوم الدين... وبعد

فهذا بحث موجز أتشرف بكتابته وتقديمه إلى مجمع فقهاء الشريعة بالولايات المتحدة الأمريكية، للمشاركة به في أعمال الدورة التدريبية السنوية لأصحاب الفضيلة أئمة المراكز الإسلامية بأمريكا وكندا، المنعقدة بإذن الله تعالى في الفترة ما بين ٢-٤ مارس ٢٠١٢م في ولاية كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية.

أولا: أهمية الموضوع وسبب اختياره:

وقع اختياري على هذا الموضوع بالذات - من بين الموضوعات الكثيرة المطروحة للنقاش في الدورة - نظرا لما لمسته بنفسي من اضطراب وحيرة تنتاب أبناء الجالية المسلمة، حينما يستدعيهم مستشفى ما لاتخاذ القرار المؤلم بنزع أجهزة التنفس الصناعي عن مريض عزيز على قلوبهم، قد يكون أبا عزيزا أو أما غالية أو أحد فلذات أكبادهم، أو أحد أفراد العائلة أو صديقا مقربا... إلخ.

وعندما يلجأ أبناء الجالية إلى شيخهم يسألونه ويطلبون نجدته ومشورته قبل اتخاذ هذا القرار المؤلم، تنتاب الإمام نفسه مشاعر مختلطة وأحاسيس متضاربة، ما بين تخوّف من تبعات القرار وأثاره الشرعية والنفسية والاجتماعية، وبين الرغبة في إراحة المريض المحتضر وتجنيبه هذا العذاب الذي يعانيه والألم الذي يقاسيه.

لذا أردت أن أدلي بدلوي في هذه القضية لمحاولة الوصول إلى رأي مستند إلى أقوال علماء الشريعة وأهل الثقة والخبرة من الأطباء المتخصصين، بحيث يكون هذا الرأي إن شاء الله تعالى بمثابة دليل استرشادي لأصحاب الفضيلة أئمة المراكز في مثل هذه الحالات. مع التأكيد على أن هذه المسألة مما تشعبت فيها الاتجاهات وتعددت الآراء، فالمأمول هو التوصل لرأي وسطي يكفي الإمام شر الوقوع في الحيرة عند مواجهة مثل هذه الحالات.

** ** **

ثانيا: المخطط العام للبحث:

عنوان بحثي (التنفس الصناعي والأحكام الشرعية المتعلقة به). والمشهور عند الناس والمتبادر إلى أذهانهم عند سماع هذا المصطلح (التنفس الصناعي **Mechanical ventilation**) أنه يعني استخدام جهاز ميكانيكي لمساعدة المريض على التنفس أو قيام الجهاز نفسه بمهمة التنفس كاملة عند عجز المريض تماما عن التنفس الذاتي. ولكني أقصد به في هذا البحث المصطلح الآخر الأكثر شمولا (**Artificial respiration** أو **Artificial ventilation**) والذي يعني مساعدة المريض على التنفس سواء بواسطة جهاز أو آلة أو عن طريق النفخ في فم أو أنف المريض خلال عملية الإنعاش القلبي الرئوي (إنعاش القلب والرئة لاستعادة عملهما بعد توقفه).

لذا. تناولت هذه الموضوع بحمد الله تعالى بعد هذه المقدمة من خلال فصلين وخاتمة على النحو التالي:

= الفصل الأول: التنفس الصناعي عن طريق الفم والأحكام الشرعية المتعلقة به.

وفيه مباحث:

= المبحث الأول: تعريف التنفس الصناعي الفموي وكيفية القيام به.

= المبحث الثاني: بعض الأحكام الفقهية المتعلقة بالتنفس الصناعي الفموي.

وتضمن عدة مطالب:

= المطلب الأول: وجوب القيام به للمحتاج إليه وجوبا عينيا أو كفائيا.

= المطلب الثاني: حكم قيام رجل بعمل التنفس الصناعي الفموي لامرأة أو العكس.

= المطلب الثالث: حكم المطالبة بأجرة على القيام به.

= المطلب الرابع: شمول هذه الأحكام المسلم وغير المسلم.

= الفصل الثاني: التنفس الصناعي الآلي (الإنعاش القلبي والرئوي) والأحكام الشرعية المتعلقة به.

وقد جاء في عدة مباحث:

= المبحث الأول: تعريف التنفس الصناعي الآلي، وتطوره التاريخي، ودواعي الحاجة إليه.

= المطلب الأول: تعريف التنفس الصناعي الآلي.

= المطلب الثاني: تاريخ التنفس الصناعي الآلي وتطوره عبر العصور.

= المطلب الثالث: دواعي استخدام التنفس الصناعي الآلي طبيا.

= المبحث الثاني: الأحكام الشرعية المتعلقة بالتنفس الصناعي الآلي.

شمل عدة مطالب:

= المطلب الأول: الحالات التي يجب فيها عمل التنفس الصناعي وجوبا عينيا أو كفائيا لمن هو بحاجة إليه.

= المطلب الثاني: حالات جواز عدم إنعاش المريض أو المصاب.

= المطلب الثالث: الحالات التي لا خلاف فيها على جواز نزع أجهزة الإنعاش عن المريض.

= المطلب الرابع: حالة موت جذع الدماغ (المخ) والخلاف الطبي والفقهي بشأنها.

وينقسم هذا المطلب إلى فروع:

= الفرع الأول: التركيب التشريحي للدماغ (المخ) البشري.

= الفرع الثاني: تعريف الموت وعلاماته عند اللغويين والفقهاء.

= الفرع الثالث: تعريف الموت وعلاماته عند الأطباء.

= الفرع الرابع: اختلاف الأطباء بشأن موت جذع الدماغ (المخ).

= الفرع الخامس: اختلاف الفقهاء بشأن موت جذع الدماغ (المخ).

= الفرع السادس: نزع أجهزة التنفس الصناعي بموت جذع المخ مع عدم الحكم بوفاة المريض إلا بعد توقف جميع أجهزة الجسم توقفا تاما لا رجعة فيه.

= الخاتمة: تضمنت أهم النتائج والتوصيات.

** ** **

ثالثا: منهج البحث وكيفية تناول مسائله وقضاياه:

= حاولت قدر الإمكان المزج بين الأصالة والمعاصرة، بإيراد ما جاء عند الفقهاء القدامى والمعاصرين فيما يتعلق بقضايا البحث، وبخاصة أنها قضايا جديدة نتيجة لتطور أجهزة الإنعاش والتنفس الصناعي في الثلاثين سنة الأخيرة.

= راجعت أحد الأطباء المسلمين المتخصصين في هذا المجال وهو الطبيب المسلم الدكتور شريف الفرا لمراجعة المعلومات الطبية الواردة في البحث.

= حاولت تطعيم البحث بالصور الفوتوغرافية ولقطات الفيديو التي في حوزتي حاليا لحالات واقعية لمرضى تم نزع أجهزة اتنفس الصناعي عنهم.

** ** **

... وفي النهاية، أعود وأقول: إنها كلمات كتبت على عجل لضيق الوقت من ناحية ولظروف العمل من ناحية أخرى، وتحتاج إلى مزيد من المراجعة والتدقيق في قادم الأيام. أسأل الله العلي القدير أن يوفقنا جميعا لما يرضيه سبحانه وتعالى، وأن يجعل هذا العمل خالصا لوجهه الكريم.

وصلى الله وسلم وبارك على خير خلقه وخاتم أنبيائه ورسله سيدنا محمد وعلى آله وأصحابه وأحبابه وأتباعه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين.. والحمد لله رب العالمين،،،

مقدم البحث

أ.د / ياسر أبوشبانه علي الرشيدي

أستاذ م بقسم الدعوة والثقافة الإسلامية

في كلية أصول الدين والدعوة بالمنصورة جامعة الأزهر الشريف

مدير الدعوة والشؤون الدينية وإمام مركزدار السلام

آرلينجتون – تكساس – الولايات المتحدة

الفصل الأول

التنفس الصناعي عن طريق الفم
والأحكام الشرعية المتعلقة به

من النعم العظيمة التي امتن بها المولى عز وجل على عباده نعمة التنفس، ومن كثرة التعود عليها وكونها تتم تلقائيا دون أن يُنتَبه إليها غالبا فإن كثيرا من الناس لا يدركون الإعجاز الإلهي في هذه العملية البسيطة والمعقدة في آن.

ويكفي أن نعلم – على سبيل المثال فقط – أن خلايا الدماغ (المخ) إذا لم يصلها الدم المحمل بالأوكسيجين والجلوكوز لمدة خمس أو ست دقائق فقط فإنها تتلف تلفا نهائيا ولا يمكن تعويضها على الإطلاق ويفارق الإنسان عندئذ الحياة. قد يصبر الإنسان على الجوع أسبوعا وعلى العطش أياما، ولكنه لا يصبر على فقدان النفس سوى هذه الدقائق القليلة. ولذا كان من رحمة الله عز وجل بخلقه أن لا يملك أحد منهم الهواء. فلو تخيلنا أن أحد الناس ملك أمر الهواء كيف أنه في لحظة طيش ونزق يمكن أن يهلك آلاف او ملايين البشر.

وكما أشرت في المقدمة إلى أن هناك طريقتين للتنفس الصناعي وإنعاش القلب والرئة، وقد آثرت أن أبدأ بالحديث عن الطريقة الأولى – التنفس الصناعي الفموي - لكونها الأيسر والأسرع في إنقاذ حياة المريض أو المصاب في حالة حوادث الطرق أو الارتطام بشيء صلب... أو غيرها.

المبحث الأول

تعريف التنفس الصناعي الفموي وكيفية القيام به

المقصود بالتنفس الصناعي الفموي: النفخ في فم أو أنف المريض أو المصاب لإنعاش قلبه ورئته واستعادة عملهما بعد توقفهما عن العمل بسبب مرض أو حادث.

ويتوقف التنفس عن العمل:

= عندما يحدث خلل في وظائف خلايا جذع الدماغ (المخ) المسؤولة عن عمل القلب والرئتين نتيجة التهاب أو نزف أو أورام، أو نتيجة لحادث أو ارتطام بشيء صلب... إلخ.

= أو في حالات السكتة القلبية التي تؤدي إلى توقف القلب عن ضخ الدماء إلى أجزاء الجسم المختلفة.

= حالات الغرق.

= حالات الاختناق.

= الصدمة الكهربائية.

= الإفراط في تناول بعض الأدوية وخصوصا المهدئات (محاولة الانتحار).

= المخدرات.

= إصابة الرأس والصدر.

عندئذ يحتاج المريض أو المصاب إلى إنعاش قلبه لاستعادة النبض وضخ الدم إلى جميع أجزاء الجسم، كما يحتاج إلى إيصال الهواء إلى رئتيه حتى يصل الأوكسيجين من خلال الدورة الدموية إلى جميع خلايا الجسم.

وتتم عملية الإنعاش القلبي الرئوي هذه على النحو التالي:

أولا: معرفة مدى درجة الوعي عند المريض أو المصاب:

إذا كان المريض أو المصاب واعيا لما حوله، أو يستجيب عند النداء عليه أو عند هز كتفه، فهذا يعني أن جهاز التنفس يعمل وأن قلبه ينبض فلا داعي لإجراء التنفس الصناعي أو إنعاش قلبه.. ولكن يجب ملاحظته باستمرار للتأكد من حفاظه على درجة الوعي والتنفس وعمل القلب إلى أن تصل سيارة الإسعاف.

ثانيا: اختبار التنفس:

إذا لم يكن المريض في حالة الوعي فيجب اختبار تنفسه ونبضه. ويمكن ملاحظة التنفس بمراقبة صدره وبتحسس تنفسه بوضع الأذن عند فمه وأنفه، فإن كان صدره يعلو ويهبط أو أمكن سماع وتحسس تنفسه فمعنى ذلك أنه يتنفس طبعيا فلا حاجة للتنفس الصناعي الفموي. (صورة رقم ١و٢).

صورة رقم ١ طريقة ملاحظة التنفس

صورة رقم ٢ مراقبة صدر المصاب وتحسس تنفسه

ثالثا: اختبار النبض:

بكل سهولة يمكن التأكد من سلامة النبض بوضع إصبعين على رقبة المصاب من اليمين أو اليسار وملاحظة نبض المريض. (صورة رقم٣)

صورة رقم ٣ مراقبة نبض المريض أو المصاب

رابعا: حالات المريض أو المصاب، وفي أي حالة يجب عمل التنفس الصناعي الفموي؟:

(أ) إذا كان يتنفس ولكنه غير واع تماما.. يمكنك وضعه في الوضع الجانبي الثابت لضمان فتح مجرى التنفس عنده. وهذا الوضع غير مناسب في حالة وجود إصابة بالعنق. ولا يلزم حينئذ القيام بالتنفس الصناعي، لأن المصاب يتنفس بالفعل.

(ب) إذا كان المصاب لا يتنفس وغير واع أو لا يستجيب للمؤثرات كما سبق شرحه.. في هذه الحالة يجب التأكد من تحرير مجرى الهواء خوفا من سقوط اللسان وقفل مجرى التنفس مع إزالة أي شيء داخل الفم مثل طاقم الأسنان أو القيء.

ويمكن تحرير مجرى الهواء برفع الرأس من ناحية ذقن المصاب برفق إلى الأعلى ومعاينة التنفس كما ذكرنا سابقا بالنظر لصدر المصاب وتسمُّع وتحسّس التنفس. (صورة رقم ٤).

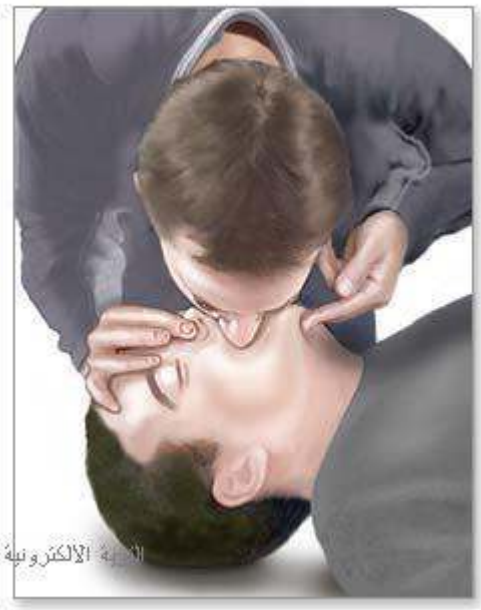
صورة رقم ٤ محاولة تحرير مجرى الهواء من أية عوائق قد تكون السبب في عدم تنفس المصاب

(ج) إذا كان المصاب غير واع ولا يتنفس، وتأكد أنه لا يوجد عوائق في مجرى التنفس فيجب عندئذ القيام بالتنفس الصناعي عن طريق الفم، إذا لميتوافر لدى الشخص القائم بالإسعاف أجهزة للتنفس الصناعي الميكانيكي.

ومن المهم جدا لكل إنسان التدرب على إجراء التنفس الصناعي، فقد يضطر لإنقاذ حياة مصاب ويجب أن يعلم أنه في حالة توقف التنفس لا يعيش المصاب أكثر من ٤- ٦ دقائق وكلما كان الإسعاف أسرع كلما قل التلف في أنسجة المخ بسبب نقص الأوكسجين.

طريقة عمل التنفس الصناعي الفموي:

بعد التأكد من تحرير مجرى الهواء كما ذكرنا.. أَغْلِقْ أنف المصاب ثم أَطْبِقْ بفمك على فم المصاب بإحكام، ثم انفخ فيه بعمق حتى تلاحظ علو صدر المصاب أثناء ذالك.. كرر العملية أكثر من مرة. راقب تنفس المصاب كل مرتين (انظر صورة رقم ٥ و ٦).



صورة ٥ و ٦ كيفية عمل التنفس الصناعي الفموي

ملاحظة: في حال عدم وجد علو في صدر المصاب أثناء النفخ فإن هذا يعني أن هناك انـسداداً في مجـرى الهواء.. أَدْخِل إصبعك في الفم لاستخراج ما قد يكون مسببا لذلك[1].

(1) للوقوف على التفاصيل: يرجَى مراجعة موقع القرية الإلكترونية على الشبكة الدولية للمعلومات (الإنترنت) وعنوانه www.qariya.com وأيضا موقع إسعاف وعنوانه www.esaaf.com

ويجب تكرار عملية التنفس الصناعي عن طريق الفم حتى مجيء سيارة الإسعاف أو إيصال المريض إلى أقرب مستشفى فيتم استخدام التنفس الصناعي الميكانيكي، أو إلى حين استعادة المريض تنفسه الطبعي فيتوقف التنفس الصناعي الفموي.

هذه كيفية القيام بالتنفس الصناعي عن طرق الفم، فماذا عن الأحكام الفقهية المتعلقة به؟ هذا موضوع الحديث في المبحث التالي.

المبحث الثاني

بعض الأحكام الفقهية المتعلقة بالتنفس الصناعي الفموي

يكون المريض المحتاج إلى التنفس الصناعي الفموي غائبا عن الوعي، وبالتالي تكون الأحكام الفقهية المتعلقة بهذه الحالة متجهة إلى المحيطين به وليس إلى المريض نفسه.

المطلب الأول

وجوب القيام به للمحتاج إليه وجوبا عينيا أو كفائيا

يكون القيام بعمل التنفس الصناعي الفموي فرض عين على من يكون متواجدا مع المريض لحظة احتياجه إليه إذا كان لديه من الخبرة والإمكانات ما يؤهله إلى حسن القيام بذلك وفق الأصول المتعارف عليها في طب الطواريء والإسعافات الأولية، ويكون فرض كفاية إذا توافر حول المريض مجموعة ممن تتوافر لديهم القدرة والخبرة في هذا الأمر، إذا قام به أحدهم سقط الحرج والإثم عن الباقين، وإذا لم يقوموا به جميعا وقع عليهم الإثم جميعا كما هو معلوم في أحكام فروض الكفاية. والدليل على فرضية القيام بالتنفس الصناعي للمريض المحتاج إليه ما يلي:

= النصوص القرآنية العامة في وجوب وثواب الحفاظ على النفس البشرية والروح الإنسانية التي هي نفخة من روح الله تعالى، وفي تحريم الاعتداء عليها بغير حق.. والآيات في هذا المعنى كثيرة، من قبيل قوله سبحانه وتعالى: ﴿مِنْ أَجْلِ ذَٰلِكَ كَتَبْنَا عَلَىٰ بَنِيٓ إِسْرَٰٓءِيلَ أَنَّهُۥ مَن قَتَلَ نَفْسًۢا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِى ٱلْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ ٱلنَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَآ أَحْيَا ٱلنَّاسَ جَمِيعًا﴾ [المائدة: ٣٢] وقوله جل شأنه: ﴿وَٱلَّذِينَ لَا يَدْعُونَ مَعَ ٱللَّهِ إِلَٰهًا ءَاخَرَ وَلَا يَقْتُلُونَ ٱلنَّفْسَ ٱلَّتِى حَرَّمَ ٱللَّهُ إِلَّا بِٱلْحَقِّ وَلَا يَزْنُونَ ۚ وَمَن يَفْعَلْ ذَٰلِكَ يَلْقَ أَثَامًا ﴿٦٨﴾ يُضَٰعَفْ لَهُ ٱلْعَذَابُ يَوْمَ ٱلْقِيَٰمَةِ وَيَخْلُدْ فِيهِۦ مُهَانًا ﴿٦٩﴾ إِلَّا مَن تَابَ وَءَامَنَ وَعَمِلَ عَمَلًا صَٰلِحًا فَأُو۟لَٰٓئِكَ يُبَدِّلُ ٱللَّهُ سَيِّـَٔاتِهِمْ حَسَنَٰتٍ ۗ وَكَانَ ٱللَّهُ غَفُورًا رَّحِيمًا﴾ [الفرقان: ٦٨ – ٧٠] وقوله جل شأنه للملائكة الكرام عند خلق أبي البشرية سيدنا آدم على نبينا وعليه وعلى جميع الأنبياء أفضل الصلاة وأتم السلام: ﴿إِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَٰٓئِكَةِ إِنِّى خَٰلِقٌۢ بَشَرًا مِّن طِينٍ ﴿٧١﴾ فَإِذَا سَوَّيْتُهُۥ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِن رُّوحِى فَقَعُوا۟ لَهُۥ سَٰجِدِينَ﴾ [ص: ٧١ – ٧٢]... ونظائرها من الآيات الكريمات.

= النصوص النبوية العامة في إغاثة الملهوف ونجدة المكروب، وهي في هذا المقام أكثر من أن تحصر وأشهر من أن تشهر، وعلى رأسها الحديث المتفق عليه من حديث ابن عمر رضي الله عنهما أن النبي ﷺ قال: (المسلم أخو المسلم، لا يظلمه ولا يُسْلِمه، من كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته، ومن فرَّجَ عن مسلم كُربة فرَّج الله عنه بها كربة من كُرب يوم القيامة، ومن ستر مسلما ستره الله يوم القيامة). ففي قوله: (لا يُسلمه) دلالة على على ما نحن بصدده، فإذا كان معناه أنه لا يسلمه إلى عدوه مخافة القتل المظنون فإن ترك المريض المحتاج إلى تنفس صناعي دون تقديم هذا الإسعاف له تسليما له إلى موت محقق وهذا أولى في الإثم والذنب من الأول.

وفي رواية أبي هريرة رضي الله عنه في صحيح مسلم (... لا يظلمه ولا يحقره ولا يخذله) وفي سنن الترمذي (... لا يخونه ولا يَكْذِبه ولا يخذله) فإذا كان معنى (لا يخذله) أي لا يترك نصرته في موضع يحتاج نصرته فيه فإن ترك المصاب الغائب عن الوعي دون تقديم التنفس الصناعي الفموي والإنعاش القلبي له من أشد أنواع الخذلان، لأنه خذلان لا يمكن استدراكه في وقت لاحق، فالمريض الذي توقف عن التنفس لن يعيش سوى دقائق معدودات.

وفي خصوصية إغاثة الملهوف لا ننسى حديث أبي موسى الأشعري رضي الله عنه المتفق عليه وقول النبي ﷺ (على كل مسلم صدقة) قال: أرأيت إن لم يجد؟ قال: (يعمل بيديه فينفع نفسه ويتصدق) قال: أرأيت إن لم يستطع؟ قال: (يعين ذا الحاجة الملهوف) قال: أرأيت إن لم يستطع؟ قال: (يأمر بالمعروف أو الخير) قال: أرأيت إن لم يفعل؟ قال: (يُمسك عن الشرِّ فإنها صدقة). وما من شك في أن حالة المريض المحتاج إلى تنشيط قلبه واستعادة تنفسه في أعلى درجات الشدة والكربة واللهفة.

= تواترت نصوص علماء الفقه الإسلامي في تأكيد وجوب تقديم كل ما يمكن تقديمه للحفاظ على حياة إنسان وإنقاذه من الموت. والمتأمل في ألفاظهم يكاد يحكم بانطباقها على الحالة التي نحن بصددها مع أن الحديث عن التنفس الصناعي شيء جديد:

– قال ابن حزم: (ومما كتبه الله تعالى – أيضاً – علينا استنقاذ كل متورط من الموت، إما بيد ظالم – كافرٍ أو مؤمنٍ متعدٍّ – أو حية، أو سبع، أو نار، أو سيل، أو حيوان، أو من علةٍ صعبة نقدر على معافاته منها، أو من أي وجهٍ كان، فَوَعَدَنا على ذلك الأجر الجزيل الذي لا يضيعه ربُّنا تعالى الحافظُ علينا صالح

أعمالنا وسيئها، ففَرْضٌ علينا أن نأتي مِن كل ذلك ما افترضه الله تعالى علينا). وقال بعض المالكية: واجب على كل من خاف على مسلم الموت أن يحييه بما قدر عليه).

– ومن روائع تراثنا الفقهي الإسلامي العظيم ما نص عليه أهل العلم من وجوب الإفطار للصائم إن احتاج إليه لإنقاذ مسلم من هلكة، بل الأكثر روعة ما ذهب بعضهم إليه من وجوب الفطر لإنقاذ بهيمة من الهلاك. كما نصّ أهل العلم على أن مَن منع الشراب أو الطعام عن أخيه المسلم المضطر إليه إذا طلبه منه حتى مات أَثِم بذلك[1].

وبناء على هذا الحكم لعلمائنا القدامى تتأكد لدينا فَرْضية هذا الأمر.. ثم إن هذه الفرضية تتضاعف والمسؤولية والوجوب يتعاظمان إذا كان الشخص المطلوب منه عمل التنفس الصناعي للمريض طبيبا أو شخصا متخصصا في تقديم الإسعافات الأولية للمصابين والمرضى في الحالات الخطرة. ثم تزداد الفرضية تضاعفا والمسؤولية تعاظما إذا كان الطبيب أو المسعف موظفا في مكان مخصص لتقديم هذه الخدمات، كالمستشفيات أو ما في حكمها من المراكز الطبية والمستوصفات والعيادات... فقد جاء في فتاوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية: (يجب على الطبيب الموظف لعلاج المرضى الذي عنده القدرة لمعالجة الناس بذل ما في وسعه لعلاجهم رجاء شفائهم، أو التخفيف من آلامهم، ويدل لذلك النصوص العامة في الشريعة التي تفيد التعاون وإعانة المحتاج وإغاثة الملهوف، إضافة إلى أن الطبيب في عمله الوظيفي يجب عليه أداء وظيفته على الوجه الأكمل، ومن ذلك معالجة المرضى الذين يلجئون إليه، فلا يجوز له ردهم أو التساهل في علاجهم.

وإسعاف المريض والمصاب يُعد من فروض الكفايات، التي إذا قام بها البعض سقطت عن الباقين، فإذا وجد المسعف الذي يقوم بما يحتاج إليه المريض سقط الوجوب عن غيره، أما إذا لم يوجد إلا مُسعف واحد فإن الأمر يلزمه ويكون فرض عين عليه).

---

(1) حكم الامتناع عن إسعاف المريض في الفقه الإسلامي والأنظمة الصحية بالمملكة العربية السعودية. الدكتور / فيصل بن سعيد بالعمش،أستاذ الفقه الإسلامي المشارك بقسم الدراسات الإسلامية في كلية الآداب والعلوم الإنسانية – جامعة الملك عبد العزيز بجدة بحث منشور في موقع الجامعة على الإنترنت ضمن بحوث ندوة عن الإسعافات الأولية في ضوء الشريعة الإسلامية.

المطلب الثاني

حكم قيام رجل بعمل التنفس الصناعي الفموي لامرأة أو العكس

بما أن القيام بالتنفس الصناعي الفموي للمريض المحتاج إليه واجب عيني أو كفائي فإنه من المتصور نظريا أن تبرز بعض الإشكاليات في تطبيق هذا الواجب الشرعي، من حيث كون المريض المحتاج إليه ذكرا ولا يوجد حوله إلا أنثى، أو كان حوله ذكور وإناث ولكن الخبرة والمهارة لا تتوافر إلا لدى الأنثى.. أو العكس من ذلك في الحالتين إذا كانت المريضة أنثى ولا يوجد حولها إلا ذكر، أو حولها ذكور وإناث ولا تتوافر الخبرة إلا في ذكر. ومعلوم أن التنفس الصناعي الفموي يتطلب ليس فقط ملامسة بين جسد المريض ومن يسعفه أو يقوم بإجراء التنفس الصناعي الفموي له، بل يتعداه إلى ضرورة انطباق الفم على الفم مما هو أشد من مجرد الملامسة التي ورد في تحريمها كثير من النصوص القرآنية والنبوية.

من هنا وجب البحث في حالات قيام أحد النوعين (الذكر والأنثى) بعمل التنفس الصناعي للنوع الآخر. ولا بد هنا من الإشارة إلى أنها ليست مجرد افتراضات نظرية بل حدثت وقائع فعلية طلب أصحابها الحكم الشرعي فيها:

= فعن حالة كون المريض ذكرا والقائم بالتنفس الصناعي أنثى ورد إلى اللجنة الدائمة للبحوث العمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية السؤال التالي:

أنا فتاة ملتزمة أدرس الطب وفي إحدى المرات خلال سيري في الشارع عند عودتي من الكلية مع زميلاتي ،كان هناك حادثة سيارة و كان هناك شاب ملقى على الأرض وعندما اقتربت منه وجدته لا يتنفس فقمت بعمل تنفس صناعي له والحمد لله كتب له الله النجاة ولكن زميلاتي يقلن لي إن ما فعلته حرام لأني لمست شابا لا يحل لي (التنفس الصناعي من خلال الفم) ، ولكن هذا الشاب كان على وشك الموت وكان ابنه الصغير يصرخ بجانبه ولم يكن هناك أحد (رجل) في نفس المكان من يفهم في كيفية عمل التنفس الصناعي، فهل أنا وقعت في الزنا الأصغر كما يقلن لي؟

وقد أجابت اللجنة بما يلي:

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله وعلى آله وصحبه أما بعد:

فلا يجوز للمرأة أن تمس رجلاً أجنبياً عنها، ولو كان اللمس لأجل التطبيب والعلاج ما لم تدع إلى ذلك ضرورة أو حاجة كعدم وجود طبيب يقوم بالأمر، فيجوز عندئذ للمرأة أن تعالج الرجل؛ بل قد يجب ذلك عليها كما هو الحال في السؤال، لأن في فعل ذلك إنقاذاً لنفس مسلمة

وعليه؛ ففعلك طاعة لا معصية، وأنت داخلة بسبب هذا الفعل في وعد عظيم بثواب جزيل من الله إن قصدت بذلك وجه الله فهنيئاً لك على ذلك، يبين ذلك قول الله جل وعلا فيمن سعى في إنقاذ نفس ((ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعا))[1]

= وعن الحالة الأخرى سئل الشيخ/ سليمان بن وائل التويجري(عضوهيئة التدريس بجامعة أم القرى) عن رجل وقعت أمامه حادثة واضطر إلى عمل التنفس الصناعي الفموي لامرأة فقال: الحمد لله، والصلاة والسلام على رسول الله، وبعد: إذا خشي عليها من الهلاك، ولم يصاحب عمله هذا شيء من الاستمتاع بهذا العمل، فهذا إنقاذ لحياتها، وإنقاذ لها من الموت، فإذا كانت تحتاج إلى هذا النوع من التنفس، ولا يصاحب ذلك شيء من الاستمتاع بها، فأرجو إن شاء الله ألا بأس به، ولا يجوز للإنسان أن يستمتع بامرأة بوضع فمه على فمها ما دامت أجنبية منه بحال. والله ولي التوفيق[2].

المطلب الثالث

حكم المطالبة بأجرة على القيام بالتنفس الصناعي الفموي

قد يكون من الأولى تأخير البحث في هذه المسألة إلى الفصل القادم، حيث سيكون التنفس الصناعي هناك عن طريق الأجهزة الطبية المخصصة لهذا الغرض، وهي الأجهزة التي لا تتوافر إلا في المستشفيات ويتكلف شراؤها وتشغيلها مبالغ مالية طائلة، وللأسف الشديد أن كثيرا من المستشفيات الخاصة في بلادنا

(1) رقم الفتوى ٨١٠٧ بتاريخ ٢٥/ ٩/ ١٤٢٥ هـ الموافق ٨/ ١١/ ٢٠٠٤ م.

(2) فتاوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء - (ج ١٧ ص ٧٣) رقم الفتوى في مصدرها: ١٠٤٢٤ موقع نور الإسلام islamlight.net موقع إجابة egabh.com

العربية والإسلامية قد تمتنع عن إسعاف الجرحى أو علاج المرضى إلا بعد أن تأخذ مقدَّماً أجرة الإسعاف أوالعلاج كليا أو جزئيا، أو على الأقل يتحقق لديها اليقين من قدرة الجريح أو المريض على دفع تكاليف إسعافه أو علاجه.

ولكن قد يحدث أيضا أن يطلب مَن قام بإجراء التنفس الصناعي الفموي خصوصا، أو من قام بإسعاف جريح أو مصاب عموما، أن يطلب أجرا على عمله الذي قام به، وبصفة خاصة حينما يتبين للمسعف أو المنقذ أن المريض أو الجريح من أصحاب الثروات الطائلة فيزداد طمعه. وقد حدث في المملكة العربية السعودية أن طلب أحد الناس أجراً مقابل اتصاله بخدمات الطواريء لنجدة مصاب في إحدى الحوادث، مما تطلَّب بيان الحكم الشرعي في المسألة.

ويمكن استنباط الحكم الشرعي فيها بالقياس على مسألة منع الماء السابق الإشارة إليها، والتي لدينا فيها ثلاثة أقوال من ناحية لزوم العوض على المضطر الذي قدم له شخص طعاما وشرابا لينقذه من الهلكة:

الأول: لزوم العوض مطلقا.

الثاني: عدم لزومه مطلقا.

الثالث: يلزمه إن كان غنيا ولا يلزمه إن كان فقيرا.

فقد ذهب جمهور أهل العلم إلى أن المضطر يضمن ثمن الماء والطعام لمن منحه إياه. قال الباجي في المنتقى:(... فإنّ اضطراره إنما يتعلق بإباحة أكله دون إسقاط عوضه) وقال السرخسي في المبسوط: (... لكن المضطر يخاف الهلاك على نفسه، وذلك مبيحٌ له التناول من طعام الغير بشرط الضمان).

وقد ذهب بعض أهل العلم إلى أنه لا يضمن ثمن الطعام والشراب في هذه الحالة، وقيد ذلك شيخ الإسلام ابن تيمية بما إذا كان المضطر فقيراً لا يملك الثمن، فقال: (والمضطر إلى طعام الغير إن كان فقيراً فلا يلزمه عوض، إذ إطعام الجائع وكسوة العاري فرض كفاية، ويصيران فرض عين على المعيَّن إذا لم يقم به غيره... وإن كان غنياً لزمه العوض إذ الواجب معاوضته).

وقال القرافي: (إذا اضطر إلى طعام غيره فأَكَلَه في المخمصة جاز، وهل يضمن له القيمة أو لا؟ قولان: أحدهما: لا يضمن، لأن الدفع كان واجباً على المالك، والواجب لا يؤخذ له عوض. والقول الثاني وهو

الأظهر والأشهر: يضمن، لأن إذن المالك لم يوجد وإنما وجد إذن صاحب الشرع، وهو لا يوجب سقوط الضمان، وإنما ينفي الإثم والمؤاخذة بالعقاب).

وقال النووي: (وحيث أوجبنا على المالك بذله للمضطر ففي الحاوي وجه ضعيف أنه يلزمه بذله مجاناً، ولا يلزم المضطر شيء كما يأكل الميتة بلا شيء، والمذهب أنه لا يلزمه البذل إلا بعوض).

بل ذهب المالكية إلى لزوم ذلك في إنقاذ المال من الهلكة بأنه يرجع على صاحبه، قال الدسوقي في حاشيته: (من دفع غرامة عن إنسان بغير إذنه كان للدافع الرجوع بما دفعه على المدفوع عنه إن حمى بتلك الغرامة ماله).

قد يقول قائل: إن هذا كله في حالة ما إذا بذل شخص شيئا يملكه للمضطر كالماء والطعام ونحوه، ولكن قضيتنا في جهد أو عمل يبذله شخص لمصاب أو مريض يحتاج إلى إسعاف، ومنه التنفس الصناعي الفموي وحمل المصاب وتوصيله إلى أقرب مكان طبي يستكمل فيه علاجه. وأقول: هذه القضية أيضا موضع خلاف متفرع عن القضية السابقة.

فمن الفقهاء – وهم الأكثر – من ذهب إلى أنه لا أجرة له بناء على التفريق بين الصورتين، ومنهم من لم ير بينهما فرقا ورجح لزوم الأجرة.

قال الزركشي: (ولو خلّص مشرفاً على الهلاك بالوقوع في ماء أو نار لا تثبت له أجرة المثل، قاله القاضي الحسين. ولو كان رجلان في بادية فمرض أحدُهما وجَبَ على الآخر تعهُّدُه. زاد الإمام: ولا أجرة له... لكن القاضي أبا الطيب قال: إذا احتمل الحالُ في المشرف على الهلاك تقريرَ أجرة لم يلزمه تخليصه إلا بها كالمضطر).

وقال النووي: (وفرقوا بينه وبين ما إذا خلَّص مُشْرِفاً على الهلاك بالوقوع في ماء أو نار فإنه لا يثبت له أجرة المثل بلا خلاف، بأن هناك يلزمه التخليص ولا يجوز تأخيره إلى تقدير الأجرة، وهنا بخلافه. وسوى القاضي أبو الطيب الطبري وغيره بينهما وقال: إن احتمل الحال هناك موافقة على أجرة يبذلها أو يلتزمها لم يلزم تخليصه حتى يلتزمها، كما في المضطر، وإن لم يحتمل الحال التأخير في صورة المضطر فأطعمه لم يلزمه العوض فلا فرق بينهما)[1].

(1) حكم الامتناع عن إسعاف المريض... مرجع سابق.

والذي تميل إليه النفس ما ذهب إليه أبو الطيب الطبري من عدم التفريق بين الحالتين، وبالتالي عدم لزوم أجرة على المصاب أو الجريح أو المريض لمن أنقذه بأي نوع من أنواع الإنقاذ، ببذل شيء أو جهد أو وقت، إلا إذا ترتب على هذا الإنقاذ ضرر للمنقذ فيحكم له بتعويض يناسب حجم الضرر الذي وقع عليه من ناحية وقدرة المصاب أو الجريح أو المريض من ناحية أخرى، إعمالا لقاعدة (لا ضرر ولا ضرار).

ويتصور الضرر مثلا بما إذا ترك المنقذ عملا كان يقوم به وأدى هذا الترك إلى إتلاف مواد خامٍ أو معدات، أو تأخر عن إنجاز عمل فترتب على ذلك أضرار مادية له، أو فقد عمله أو وظيفته نتيجة قيامه بنجدة الملهوف، وبالخصوص في بعض مجتمعات غير مسلمة لا تقيم للجوانب الإنسانية وزنا ولا تعترف إلا بما فيه الفائدة والمصلحة.

وإذا طابت نفس الجريح أو المصاب أو المريض بشيء دون إكراه إو إلزام فلا بأس بأخذه، والأدلة على هذا في القرآن الكريم وأحاديث المصطفى ﷺ أكثر من أن تُحصر وأشهر من أن تُشهر.

هذا فيما إذا كان الإنقاذ من جانب شخص، أما إذا كان من جانب مستشفى أو جهة طبية فلاشك أن ثمة فرقاً ظاهراً بين مسألة بذل الشراب والطعام ومسألة الإسعاف والإنقاذ، حيث قد تبلغ تكاليف بعض العمليات الإسعافية في المستشفيات مبالغ باهظة لا يمكن أن تقارن بقيمة الطعام والشراب، فالقياس هنا في بعض الحالات الإسعافية قياس مع فارق كبير ومؤثر.

وقد نص قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي المتعلق بالتدخل الطبي في الحالات الطارئة أن تكون المعالجة مجانية، أو تقوم إحدى الجهات المحايدة بتقدير التكلفة.

ولكن يبقى ههنا سؤالً: كيف يتم تحديد أجرة العلاج؟.. جاء في قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي أن أجرة العلاج تحددها جهة محايدة. وهذا يعني ضرورة وجود جهة رسمية تتولى مثل هذه الأمور، وهو أمر من اختصاص وزارات الصحة في الدول المختلفة، ينبغي أن تسن له الأنظمة اللازمة لضمان حقوق الطرفين، لأن القول بتحديد التكاليف من جهة محايدة دون تحديد هذه الجهة أو وضع نظام يحمي المريض ويلزم المؤسسات الصحية بعلاجه، ويحفظ حق المؤسسات الصحية في مطالبة المريض بأجرة العلاج، بدون هذا النظام لا يمكن أن تستقيم الأمور.

المطلب الرابع

شمول هذه الأحكام المسلم وغير المسلم

إن هذه الأحكام من الوجوب العيني أو الكفائي لا تختلف باختلاف حالة المريض أو المصاب من كونه مسلما أو غير مسلم، ففي حديث أبي موسى الأشعري رضي الله عنه المتفق عليه الذي أوردناه في معرض التدليل على فرضية القيام بالتنفس الصناعي الفموي خصوصا والإنقاذ عموما قال النبي ﷺ (على كل مسلم صدقة) قال: أرأيت إن لم يجد؟ قال: (يعمل بيديه فينفع نفسه ويتصدق) قال: أرأيت إن لم يستطع؟ قال: (يعين ذا الحاجة الملهوف) قال: أرأيت إن لم يستطع؟ قال: (يأمر بالمعروف أو الخير) قال: أرأيت إن لم يفعل؟ قال: (يُمسك عن الشرِّ فإنها صدقة).

فقد جاء اللفظ في الحديث عاما (يعين ذا الحاجة الملهوف) دون تقييد بكونه مسلما أو غير مسلم. والأحاديث الأخرى التي تتحدث عن تفريج كربة المسلم وعدم خذلانه لا تنافي ذلك، غاية ما في الأمر أن ذا الحاجة الملهوف إذا كان مسلما فيكون الواجب فيه أكثر طلبا باعتبار أخوة الدين والإنسانية، أما إذا كان غير مسلم فيبقى له حق الأخوة الإنسانية التي ينضوي تحت لوائها جميع البشر في كل زمان ومكان.

والإسلام يأمر باحترام النفس الإنسانية والروح البشرية باعتبارها أثرا من النفخة الإلهية الأولى في جسد أبي البشرية آدم عليه السلام، حتى ولو كانت روح إنسان غير مسلم، فقد قام النبي ﷺ حينما رآى جنازة فقيل له: إنه جنازة يهودي فقال: (أليست نفسا؟!) وفي الرواية الأخرى أنه قال: (إذا رأيتم الجنازة فقوموا)[1] أي: بغض النظر عن كون المتوفى مسلما أو غير مسلم. وقال في حديثه الشريف (من قتل قتيلا من أهل الذمة حرم الله عليه الجنة)[2].

---

(1) البخاري: ك الجنائز ب من قام لجنازة يهودي (١٣١٢)، مسلم: ك الجنائز ب القيام للجنازة (٧٨ - ٩٦٠).

(2) النسائي: ك الديات ب تعظيم قتل المعاهَد ٨/ ٢٤-٢٥، أحمد ٢/ ١٨٦ كلاهما عن عبدالله بن عمرو، الحاكم ٢/ ١٢٦ من حديث أبي بكرة وصححه ووافقه الذهبي.

بل انظر إلى المعنى الإنساني العظيم حينما أمر النبي ﷺ أصحابه الكرام رضي الله عنهم بدفن جثث مشركي قريش الذين تركهم أهلوهم بعد غزوة بدر في الصحراء نهبا لوحوشها وضواريها[1].. كل هذا وغيره يؤكد الرسالة الإنسانية العظيمة لهذا الدين الذي لا يفرق بين البشر في هذه الجوانب الإنسانية.. والله أعلم.

** ** **

بهذا ينتهي الفصل الأول، وننتقل في الفصل الثاني إلى النوع الثاني من انواع التنفس الصناعي، وهو التنفس الصناعي الميكانيكي عن طريق آلة مخصصة لذلك.

(1) يراجع صحيح البخاري: ك المغازي ب قتل أبي جهل (٣٩٧٩).

الفصل الثاني

التنفس الصناعي الآلي والأحكام الشرعية المتعلقة به

هذا هو النوع الثاني من أنواع التنفس الصناعي، وهو الأشهر والمتبادر إلى الذهن عن إطلاق الحديث عن التنفس الصناعي.

وكما فعلنا في الفصل السابق عند الحديث عن النوع الأول (التنفس الصناعي الفموي) سأبدأ بتعريف هذا النوع من التنفس الصناعي، والتعرف على تطوره التاريخي، ثم معرفة الدواعي الطبية للقيام به في المبحث الأول، منطلقا بعد ذلك في المبحث الثاني للوقوف على بعض الأحكام الشرعية المتعلقة به.

المبحث الأول

تعريف التنفس الصناعي الآلي، وتطوره التاريخي ودواعي الحاجة إليه

المطلب الأول

تعريف التنفس الصناعي الآلي

في علم الطب[1]: يعتبر التنفس الصناعي أو التنفس الاصطناعي (**Mechanical ventilation**) طريقة ميكانيكية لمساعدة أو استبدال التنفس التلقائي في حال حدوث توقف للتنفس الطبيعي أوحدوث فشل في وظائف التنفس. ويسمى أيضا الإنعاش القلبي الرئوي ويعرف اختصارا في علم الطب بـ

Cardiopulmonary Resuscitation CPR

ويتم التنفس الصناعي من خلال جهاز ميكانيكي يسمى جهاز التنفس الصناعي (**Mechanical ventilator**) أو في الحالات الطارئة من خلال بالون مطاطي متصل بصمام وقناع (**Bag Valve Mask**) يستخدمه يدويا الطبيب أو أي شخص مناسب لضخ الهواء لفم أو لقصبة المريض الهوائية لإحداث عملية شهيق اصطناعية والسماح بالزفير (غالبا يتم ذلك من خلال عملية الإنعاش القلبي الرئوي **CPR**) وذلك لحين توافر جهاز التنفس الصناعي أو تحسن حالة المريض.

تقليديا ينقسم مفهوم التنفس الصناعي إلي:

- التنفس الصناعي سلبي الضغط، ويتم من خلال جهاز يساعد علي امتصاص الهواء إلى الرئتين (وهذا الشكل من مساعدة التنفس لم يعد يستخدم حالياً).
- التنفس الصناعي إيجابي الضغط، وهو المستخدم حاليا بشكل حصري.

ويوجد أشكال كثيرة لتوفير المساعدة التنفسية إيجابيه الضغط، يعتمد اختيار أنسبها لحالة المريض علي عوامل كثيرة وأهمها التالي:

(1) أغلب المعلومات الطبية الواردة في هذا المبحث مستقاة من موقع ويكيبيديا www.wikibidia.com

١- التكوين الطبيعي(التشريح) الخاص بالجهاز التنفسي الأعلى في الإنسان والذي يتضمن الفم والأنف والحنجرة إلي جانب وجود مدخل البلعوم والمريء خلف مدخل الحنجرة مباشرةً.

٢- ضرورة ضمان دخول الهواء (المدفوع بضغط عالي) عبر الحنجرة إلي القصبة الهوائية ومن ثم إلي الرئة، وعدم دخوله عبر البلعوم للمريء.

٣- ضرورة ضمان عدم حدوث استنشاق المريض لمواد ضارة (مثل القيء أواللعاب) ويتطلب كل ذلك تأمين لمجري الهواء وبخاصة في المرضي ذوي الوعي المضطرب (الغيبوبة أو المخدَّرين).

٤- ضرورة عدم حدوث تسرب للهواء لضمان حدوث تنفس مُجْدٍ.

و بناء علي العوامل السابقة ينقسم التنفس الصناعي إيجابي الضغط إلي:

أولا: تنفس صناعي غير اختراقي:

حيث الهواء (أو مزيج من الهواء الجوي والأكسجين النقي) يتم دفعه إلي الفم عن طريق قناع مثبت بإحكام علي وجه المريض. ويستخدم فقط في حالة المريض الواعي والقادر علي حماية مجري الهواء الخاص به.

ثانيا: تنفس صناعي اختراقي:

وهو الأكثر شيوعا، حيث الهواء(أو مزيج من الهواء الجوي والأكسجين النقي) يتم دفعه إلي القصبة الهوائية عن طريق أنابيب بلاستيكية تدعى (أنبوب حنجري **endotracheal tube**) يتم إدخالها إلي القصبة الهوائية. وهذه الأنبوبة تدخل إما عبر الفم أو عبر فتحة الأنف أو يتم عمل فتحة جراحية مباشرة إلي القصبة الهوائية.

كما يمكن استخدام أنابيب خاصه تدعي القناع الحنجري (**laryngeal mask**) يتم إدخالها عبر الفم وتثبيتها علي مدخل الحنجرة بدون إدخال، وتستخدم بشكل محدود في العمليات قصيرة المدي وأيضا عندما يكون إدخال الأنبوب الحنجري متعذراً.

ويمكن استخدام التنفس الصناعي كتدبير على المدى القصير، على سبيل المثال، خلال العمليات الجراحية (في غرفة العمليات) أو المرض الحرج (في أغلب الأحيان داخل وحدة العناية المركزة).

كما يمكن استخدامه علي المدي الطويل في المنزل أو في مؤسسات التمريض أو إعادة التأهيل في حالة المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة تتطلب على المدى الطويل مساعدة أجهزة التنفس الصناعي.

التنفس الصناعي غالبا ما يكون تدخلا لإنقاذ الحياة، ولكنه يحمل الكثير من المضاعفات المحتملة بما في ذلك استرواح الصدر (**Pneumothorax**)، وإصابة المجري الهوائي، والإضرار بالحويصلات الهوائية ونسيج الرئة، وذات الرئة المرتبطة بالتنفس الصناعي.

في الكثير من أنظمة الرعاية الصحية يكون استخدام أجهزة التنفس الصناعي كجزء من وحدة العناية المركزة محدوداً من حيث أعداد الأجهزة(غالية الثمن) وطواقم الأطباء والتمريض والفنيين المدربين علي التعامل مع هذه الأجهزة. كما أن بعض المرضي يمضون فترات طويلة علي جهاز التنفس مما يقلل عدد الأجهزة المتوافرة للاستخدام الطارئ بالمستشفيات.

و يحدث في بعض الأحيان أن يكون هناك مريض في حالة عاجلة لجهاز تنفس صناعي أو لمكان بالعناية المركزة ولا يتوافر جهاز في المستشفي الذي يعالج به، مما يؤدي إلى تأخر العلاج أو محاولة نقل المريض إلي مستشفي آخر، مما يعرض المريض الحرج للمزيد من الأخطار.

وهذه المحدودية في الموارد تستلزم في بعض الأحيان اتخاذ قرارات صعبة تتضمن عدم وضع المريض الذي يعاني من مرض شديد ميؤوس الشفاء منه (مثل السرطان المتقدم وموت جذع المخ) علي جهاز التنفس، وأيضاً هناك الكثير من الجدال الأخلاقي – طبيا وفقهيا – حول مسألة فصل المريض عن جهاز التنفس الصناعي وجدوي استمرار المريض علي جهاز التنفس لفترات طويلة إذا لم يكن هناك أي تحسن مأمول علي المدى القريب أو البعيد.

المطلب الثاني

تاريخ التنفس الصناعي الآلي وتطوره عبر العصور

أول من تحدث عن التنفس الصناعي كان الطبيب الروماني الشهير (جالينوس **Galen**)، حيث تحدث عن إمكانية تمدد رئة الحيوان الميت إذا ما نُفخ في قصبته الهوائية، أما (أندرياس فيساليوس **Andreas Vesalius**) فكان أول من وصف إمكانية تركيب قصبة داخل حنجرة الحيوانات ونفخ رئتهم بهذه الطريقة. كما كان العالم جورج بو (**George Poe, Jr** ولد عام ١٨٤٦ وتوفي عام ١٩١٤) أول من صمم جهاز تنفس صناعي لمعالجة الكلاب التي قام بخنقها معملياً.

التنفس الصناعي سلبي الضغط:

أو ما كان معروفا بـ(الرئة الحديدية): طورت عام ١٩٢٩ واستخدمت بكثافة خصوصاً مع وباء شلل الأطفال الذي أصاب العالم في الأربعينات من القرن الماضي. وهي مكونة من صندوق طويل يوضع فيه جسم المريض كله ما عدا رأسه ورقبته التي تخرج من فتحة مطاطية تحيط بالرقبة لمنع تسريب الهواء.

ثم يغلق هذا الصندوق بإحكام ويشفط الهواء من حول جسم المريض بواسطة مضخة ميكانيكية فيتمدد قفصه الصدري وتمتلئ رئته بالهواء. وهكذا يحدث الشهيق وبعد ذلك يضخ الهواء داخلا مرة أخرى فتعود الرئة لحجمها الأصلي ويحدث الزفير. وهذه الخطوات تمثل دورة تنفسية واحدة تحدث عدة مرات كل دقيقة. وبينما الجسم مطمور داخل الصندوق فإن رأس المريض حر الحركة ويستطيع أن يأكل ويتحدث. ويوجد بجانب الصندوق فتحات تسمح للممرضات برعاية جسد المريض.

الرئة الحديدية ما زالت مستخدمة بشكل نادر وبالذات في عنابر شلل الأطفال في إنجلترا وفي بعض البيوت، وتوجد محاولات لصناعة بديل عصري يشبه الدرع ليستخدم من قبل مرضي شلل عضلات التنفس.

التنفس الصناعي إيجابي الضغط:

يعود تطور التنفس الصناعي إيجابي الضغط إلي التكنولوجيا التي استخدمت في تزويد الطيارين بالأكسجين في الحرب العالمية الثانية. وبدأ استخدامها بشكل واسع مع وباء شلل الأطفال في الخمسينات الذي أصاب المنطقة الإسكندنافية والولايات المتحدة، مما أدي انخفاض كبير في وفيات المرضي بفشل التنفس.

ويعتمد هذا الشكل من التنفس الصناعي علي تركيب أنابيب بلاستيكية في القصبة الهوائية للمريض وتقوم ماكينة بضخ الهواء مختلطا بالأوكسجين لداخل رئة المريض فتنتفخ الرئة (الشهيق)، ثم السماح بعد ذلك للهواء بالخروج فتعود الرئة لحجمها السابق (الزفير).

المطلب الثالث

دواعي استخدام التنفس الصناعي طبيا

يستخدم التنفس الصناعي عموما في حالتين:

الحالة الأولي: خلال العمليات الجراحية الكبرى التي تتطلب تخديرا كليا وربما شل متعمد للعضلات، وبالتالي يكون المريض غير قادر علي القيام بوظائف التنفس مما يستلزم استخدام التنفس الصناعي خلال

العملية الجراحية، ويستمر استخدامه في بعض الحالات (عمليات القلب والصدر والعمليات الكبرى مثل زراعة الكبد) بعد خروج المريض من غرفة العمليات في وحدة العناية المركزة وذلك لحين استرداد المريض لوعيه بالكامل واستطاعته القيام بوظائف التنفس بدون صعوبة.

الحالة الثانية: فشل وظائف التنفس أي عندما يكون التنفس الطبيعي غير موجود أو غير كافٍ لاستمرار الحياة، وفي هذه الحالة يكون جهاز التنفس الصناعي مساندا للتنفس وليس علاجا ويستمر هذا السند مادامت هناك حاجة له وذلك حتى شفاء المرض الذي أدى إلي فشل وظائف الرئة.

وهناك حالات لا يعود فيها الشخص إلى التنفس الطبيعي، ويبقى فيها معتمدًا على المنفسة (جهاز التنفس الصناعي) طوال حياته، كما يحدث في حالات شلل الأطفال، الذي يصيب مراكز التنفس في النخاع المستطيل (**Medulla Failure**)، وهو الذي يعرف باسم (**Poliomyletis Bulbar**) شلل الأطفال الذي يصيب بصلة الدماغ.

كما أن المصابين بالفشل الرئوي (**Respiratory Failure**) يحتاجون لاستخدام المنفسة، وبالذات المنفسة المساعدة، وهي التي تساعد الشخص على التنفس مع وجود تنفسه الطبيعي، ومثالها جهاز منفسة بينيت (**Bennette Respirator**) أو غيرها من أنواع المنفسات[1].

الأسباب الشائعة لاستخدام التنفس الصناعي:

١ – متلازمة الضائقة التنفسية الحادة: هي حالة خطرة تهدد الحياة، حيث يحدث التهاب بنسيج الرئة وتجمّع لسائل في الأسناخ الرئوية (الحويصلات الهوائية) مما يؤدي إلى انخفاض خطير في مستوى الأكسجين بالدم.

٢–انقطاع التنفس: يحدث عندما يقف تنفس المريض بسبب أنواع معينة من السموم أو بسبب مرض عصبي أو عضلي مثل الغيبوبة العميقة.

٣–انسداد الشعب الهوائية المزمن: هو مرض شائع للغاية ينتج غالباً عن التدخين المزمن، والذي يؤدى إلى رد فعل التهابي للشعب الهوائية الصغيرة نتيجة التعرض لغازات وجزيئات سامة (مثل دخان السجائر)، ينتج عنه ضيق هذه الشعب وحبس الهواء داخل الحويصلات الهوائية، مما يؤدي إلي تعطلها.

---

(1) موت جذع الدماغ بين الحقيقة الشرعية والحقيقة الطبية، محمد سليمان أبو زيد، بحث منشور على الشبكة الدولية للمعلومات (الإنترنت).

وكل هذا يؤدي إلي قصور تدفق الهواء في الرئتين وقصور في وظائف التنفس (فشل تنفسي من النوع الثاني). وهذا القصور يتزايد تدريجيا وهو غير قابل للرجوع كلياً بواسطة الأدوية الموسعة للشعب الهوائية.

٤-حالات عوز الأوكسيجين: أي انخفاض نسبة (ضغط) الأكسجين بالدم أقل من ٥٥ ملم زئبق برغم إعطاء أكسجين عبر الاستنشاق من الفم والأنف.

وتحدث هذة المشكلة كمضاعفة خطيرة جداً للكثير من أمراض الجهاز التنفسي (مثل ذات الرئة ورضوح الرئة والانصمام الرئوي) وأيضاً نتيجة فشل عضلة القلب أو الارتشاح الرئوي.

وهذه الحالة المهددة للحياة (يطلق عليها فشل تنفسي من النوع الأول)، ينتج عنها قصور في إيصال الأكسجين لأعضاء الجسد المختلفة (مثل المخ والقلب والكلي والكبد) مما يؤدي إلي اختلال وظائف الأعضاء وربما تلفها لو لم يتم علاج هذا النقص بالشكل والسرعة الملائمين.

٥- حالات قصور الدورة الدموية والصدمة: مثل الصدمة النزفية والصدمة الإنتانية والصدمة القلبية.

٦-حالات الارتفاع في نسبة ثاني أكسيد الكربون: عادةً ما يصاحبها انخفاض في نسبة الأكسجين (يطلق عليها فشل تنفسي من النوع الثاني). وتحدث نتيجة قصور في تدفق الهواء خلال التنفس إما لضيق الشعب الهوائية (مثل انسداد الشعب الهوائية المزمن أو الربو الشعبي الحاد أو الانسداد المزمن لمجرى الهواء العلوي) أو لضعف عضلات التنفس أو الأعصاب المتحكمة في هذه العضلات.

** ** **

هذا عن تعريف التنفس الصناعي الآلي وتطوره التاريخي ودواعي القيام به، فماذا عن الأحكام الفقهية المتصلة به؟. هذا موضع البحث في المبحث الثاني.

المبحث الثاني

بعض الأحكام الشرعية المتعلقة بالتنفس الصناعي الآلي

بعض الأحكام التي ذُكرت في المبحث المماثل من الفصل الأول عند الحديث عن التنفس الصناعي الفموي ستبقى معنا في هذا المبحث أيضا، قد يضاف إليها شيء لزيادة التوضيح أو لبيان خصوصية المسألة بسبب اختلاف النوعين.

المطلب الأول

الحالات التي يجب فيها عمل التنفس الصناعي الآلي وجوبا عينيا أوكفائيا

انتهينا في مبحث مماثل في الفصل السابق إلى فرضية عمل التنفس الصناعي الفموي فرضا عينيا أو كفائيا، وأوردنا الأدلة على ذلك مما يستنبط من أيات القرآن الكريم وأحاديث المصطفى ﷺ ثم من أقوال الفقهاء.. وهو ذاته الحكم الذي ينسحب معنا في بعض حالات النوع الآخر من التنفس الصناعي وهو التنفس الصناعي الميكانيكي أو الآلي.

فيجب على المسعفين في مكان الحوادث وسيارات الإسعاف، وعلى الأطباء وهيئة التمريض في المستشفيات وما في حكمها، يجب عليهم وجوبا كفائيا أن يقوموا بعمل التنفس الصناعي للمحتاج إليه، إذا قام به أحدهم أو بعضهم سقط الإثم والحرج عن الباقين وإذا لم يقم به أحد منهم أثموا جميعا وكان الجرم القانوني ثابتا في حقهم أجمعين.

ويكون الوجوب عينيا إذا لم يكن في موضع الحادث أو في سيارة الإسعاف إلا مسعف واحد، أو إذا لم يكن في المستشفى أو ما في حكمه أو في القسم المخصص لاستقبال الحالات الطارئة إلا طبيب واحد أو عضو واحد من هيئة التمريض، فيكون الوجوب في هذه الحالة وجوبا عينيا على هذا الشخص بذاته. والحالات التي يجب فيها عمل التنفس الصناعي كما قررها الأطباء هي الحالات المذكورة آنفا بالتفصيل عند الحديث دواعي وأسباب استخدام جهاز التنفس الصناعي وهي مجملة على النحو التالي:

= أثناء العمليات الجراحية الكبرى التي تتطلب تخديرا كليا، وربما شلّ متعمد لبعض العضلات.

= متلازمة الضائقة التنفسية الحادة.

= انقطاع التنفس.

= انسداد الشعب الهوائية المزمن.

= حالات عوز الأوكسيجين.

= حالات ارتفاع نسبة ثاني أوكسيد الكربون.

= حالات قصور الدورة الدموية والصدمة.

= الحالات التي لا يصل فيها الدم والأوكسيجين إلى المخ بسبب توقف القلب أو الرئتين عن العمل لأي سبب.

= الحالات التي يتوقف فيها القلب والرئتان عن العمل بسبب تلف في خلايا جذع المخ – وليس موتها – نتيجة لحادث أو التهابات أو نزيف أو أورام في المخ. فهي كلها حالات تعني توقف عمل خلايا المخ دون موتها، وهذا التوقف بسبب مرض أو حادث يمكن علاج آثاره.

ففي جميع هذه الحالات يجب إنعاش المريض ووضعه تحت جهاز التنفس الصناعي حتى يتمكن من استعادة تنفسه بطريقة طبعية معتادة، وحتى يتم علاج التلف الذي أصاب خلايا الدماغ بصفة عامة أو خلايا جذع المخ بصفة خاصة.

والأدلة المذكورة هناك من آيات قرآنية كريمة وأحاديث نبوية شريفة، ومن أقوال فقهائنا القدامى والمعاصرين هي ذاتها الأدلة التي نستند إليها في الوجوب الكفائي أو العيني للقيام بالتنفس الصناعي الآلي للمريض أو المصاب في الحالات التي يلزم فيها القيام به.

المطلب الثاني

حالات جواز عدم إنعاش المريض أو المصاب
(عدم وضع المريض تحت جهاز التنفس الصناعي من الأساس)

هناك حالات يرى الأطباء فيها عدم جدوى إنعاش المريض أو المصاب، بمعنى عدم استخدام جهاز التنفس الصناعي أساسا. وقد وافقت اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد بالمملكة العربية السعودية على الإجراءات التي اعتمدتها المستشفيات بهذا الخصوص. وهذا نص قرارها:

قرار اللجنة الدائمة للإفتاء بالمملكة العربية السعودية.

فتوى رقم (١٢٠٨٦) بتاريخ ٣٠/ ٦/ ١٤٠٩هـ

اطلعت اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء على ما ورد إلى سماحة الرئيس العام من مدير فرع الشؤون الدينية بالمنطقة الشمالية الغربية، عن طريق مدير إدارة الشؤون الدينية للقوات المسلحة إلى اللجنة من إدارة البحوث العلمية والإفتاء رقم (١٥٠٨) وتاريخ ٢٨/ ٣/ ١٤٠٩هـ. وقد سأل سؤالا هذا نصه:

"ورد إلينا شرح ضابط التوعية الإسلامية بمستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية بتاريخ ١٣/ ٣/ ١٤٠٩هـ. المبنى على خطاب رئيس الأطباء بمستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية المؤرخ في ١٢/ ٣/ ١٤٠٩هـ والذي يطلب فيه فتوى حول عدم تنفيذ إجراءات الإنعاش في النقاط التي ورد ذكرها في دليل سياسة العمل والإجراءات المرفقة، نأمل من فضيلتكم التكرم باتخاذ ما ترونه، أو فتوى بجواز هذه النقاط من عدمها، وإشعارنا، ليتم على ضوء ذلك العملُ بموجبه في مستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية. هذا والله يحفظكم.

هذا.. والحالات التي وردت في دليل سياسة العمل والاجراءات هي التالية:

أولاً: إذا وصل المريض متوفًّى.

ثانيا: إذا كان ملف المريض مختوماً بعلامة عدم إجراءات الإنعاش، وبناء على رفض المريض أو وكيله في حالة عدم صلاحية المريض للإنعاش.

ثالثاً: إذا قرر ثلاثة أطباء أن من غير المناسب إنعاش المريض، عندما يكون من الواضح أنه يعانى من مرض مستعص غير قابل للعلاج، وأن الموت محقق.

رابعاً: إذا كان المريض في حالة عجز أكيد عقلياً أو جسمياً أو كليهما، وفى حالة خمول ذهني مع مرض مزمن، مثل السكتة الدماغية المسببة للعجز، أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة، أو مرض القلب والرئتين المزمن الشديد، أو أمراض الهزال وتكرار توقف القلب والرئتين.

خامساً: إذا وجد لدي المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعصٍ على العلاج، عقب تعرضه لتوقف القلب والرئتين لأول مرة.

سادساً: إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجدٍ وغير ملائم لوضع معين، حسب رأي الأطباء الحاضرين، فإن رأي المريض الذاتي لا يهم، والأطباء غير ملزمين بإجراء إنعاش القلب والرئتين، ولا يحق لذوي المريض طلب هذا النوع من العلاج إذا كان غير مجد.

وبعد دراسة اللجنة أجابت بما يلي:

أولا: إذا وصل المريض إلى المستشفى وهو متوفى فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

ثانيا: إذا كانت حالة المريض غير صالحة للإنعاش بتقرير ثلاثة من الأطباء المتخصصين الثقات، فلا حاجة – أيضاً – لاستعمال جهاز الإنعاش.

ثالثاً: إذا كان مرض المريض مستعصياً غير قابل للعلاج، وأن الموت محقق بشهادة ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات، فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

رابعاً: إذا كان المريض في حالة عجز أو في حالة خمول ذهني مع مرض مزمن، أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة، أو مرض القلب أو الرئتين المزمن، مع تكرار توقف القلب والرئتين، وقرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات ذلك، فلا حاجه لاستعمال جهاز الإنعاش.

خامساً: إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعص على العلاج، بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات، فلا حاجة – أيضا – لاستعمال جهاز الإنعاش لعدم الفائدة في ذلك.

سادساً: إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجدٍ، وغير ملائم لوضع معين، حسب رأي ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات، فلا حاجة لاستعمال آلات الإنعاش، ولا يلتفت إلى رأى أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها، لكون ذلك ليس من اختصاصهم. انتهى قرار اللجنة.

ولا خلاف مطلقا في الحالات: الأولى والثانية والرابعة والخامسة والسادسة، أما في الحالة الثالثة فيمكن إبداء تحفظ على قرار اللجنة بشأنها، وبالخصوص الإشارة إلى المرض المستعصي إشارة مبهمة وفضفاضة، فهي إشارة تحتاج إلى ضبط وتخصيص وتحديد دقيق. لأن هناك أمراضا مستعصية حكمت اللجنة في قرار آخر بعدم التوقف عن العلاج فيها - كما سأبين بعد قليل - متعللة – بحق – بأن الله سبحانه قد ينفع المريض بالعلاج نفعاً مستمراً خلاف ما يتوقعه الأطباء. ولو تم التخصيص بحالة تلف خلايا الدماغ كليا أو خلايا جذع الدماغ التي تتحكم في القلب والرئتين، تلفا غير قابل للعلاج، لكان ذلك أولى وأضبط، لأنه بإجماع الأطباء أنه إذا تلفت خلايا المخ كليا أو خلايا جذع المخ نتيجة لانقطاع وصول الأوكسيجين والجلوكوز إليها لمدة تزيد على خمس أو ست دقائق فإنها تتلف تلفا نهائيا لا يمكن علاجه. وهذا ما أشير إليه صراحة في الحالة الخامسة وضمنيا في الرابعة.

والقرار الآخر الذي أشرت إليه هو قرار مجلس هيئة كبار العلماء بخصوص حكم تنفيذ إجراءات إنعاش القلب والرئتين في بعض الحالات الميؤس منها، ونصه على النحو التالي:

الحمد لله، والصلاة والسلام على من نبي بعده، وعلى آله وصحبه. وبعد: فإن مجلس هيئة كبار العلماء في دورته التاسعة والأربعين المنعقدة بمدينة الطائف ابتداء من تاريخ ٢/ ٤/ ١٤١٩هـ نظَر في الكتاب المؤرخ في ٤/ ٩/ ١٤١٦هـ الوارد من رئيس قسم الطفل في كلية الطب بأبها التابعة لجامعة الملك سعود، المتضمن ستة أسئلة عن حكم تنفيذ إجراءات إنعاش القلب والرئتين في بعض الحالات الميؤس منها بما نصه:

أولاً: إذا كان المريض مصاباً بحالة عجز شديد - مثل: الشلل الدماغي بحيث إنه لا يحكّ رجليه أو يديه، ومصاب بتخلف عقلي شديد – ولا يرجى شفاؤه، فهل يحق لثلاثة من الأطباء اتخاذ القرار بعدم إجراء الإنعاش، علماً بأنه قد يعيش لسنوات، ولكن بنفس الوضع السابق؟.

ثانياً: إذا قرر الأطباء عدم الإنعاش في الحالة السابقة ورفض الأهل ذلك فما الحكم؟ وما الإجراء القضائي لو اشتكى الأهل الأطباء لتسببهم في موت الطفل؟.

ثالثاً: هل يجوز منع العلاج – مثل المضادات الحيوية – بالنسبة لطفل يشكو من ضعف شديد في عضلات التنفس، ولا يرجى برؤه، وغالباً ما يموت مثله في الأشهر الأولى من عمره، واستخدام المضادات الحيوية قد يفيد مؤقتاً، غير أنه لا يؤثر في النتيجة النهائية؟.

رابعاً: هل للأطباء الحق في اتخاذ قرار عدم الإنعاش في الحالة الأولى عند عدم وجود الأهل والمريض قاصر؟ اهـ.

ونظر المجلس فيما ورده من معالي وزير الصحة برقم(٩٧٤٥/ ٣٧٩٦/ ٢٦) في ٢٨/ ٧/ ١٤١٧هـ من تقرير اللجنة الطبية المكلفة لبحث موضوع الإنعاش القلبي الرئوي للمرضى الميئوس من حالاتهم المرضية، بناء على طلب سماحة مفتي عام المملكة العربية السعودية رئيس هيئة كبار العلماء بكتابه رقم (٣٧٩٦/ ٢٦) في ٢٨/ ٧/ ١٤١٧هـ.

وبعد البحث والمداولة قرر المجلس مايلي:

جواب السؤال الأول: إذا قرر ثلاثة أطباء متخصصون فأكثر رفع أجهزة الإنعاش عن المريض الموضحة حالته في السؤال الأول، فإنه يجوز اعتماد ما يقررونه من رفع أجهزة الإنعاش، ولكن لا يجوز الحكم بموته حتى يعلم ذلك بالعلامات الظاهرة الدالة على موته، أما موت الدماغ فلا يعتمد عليه في الحكم بموته.

جواب السؤال الثاني: إذا قرر الأطباء المتخصصون رفع الأجهزة في الحالة المذكورة في السؤال الأول، فإنه لا يتلفت إلى معارضة الأهل.

جواب السؤال الثالث: إذا غلب على ظن الطبيب المختص أن الدواء ينفع المريض ولا يضره أو أن نفعه أكثر من ضرره، فإنه يشرع له مواصلة علاجه و لو كان تأثير العلاج مؤقتاً، لأن الله سبحانه قد ينفعه بالعلاج نفعاً مستمراً خلاف ما يتوقعة الأطباء.

جواب السؤال الرابع: للأطباء اتخاذ القرار الذي يرونه بالنسبة للطفل الذي لا يوجد له أهل وهو قاصر.

و صلى الله على نبيا محمد، وآله وصحبه وسلم.

فمن الواضح في الجواب على السؤال الثالث أن هيئة كبار العلماء ترى عدم التوقف عن العلاج إذا غلب على ظن الطبيب أن الدواء ينفع المريض ولا يضره أو أن نفعه أكثر من ضرره، مع تذكر أن السؤال كان عن طفل يعاني من ضعف شديد في عضلات التنفس وأن علاجه بالمضادات الحيوية قد يفيد مؤقتا ولا يؤثر في النتيجة النهائية وهي الموت المحقق لمثل هذه الحالات في الأطفال في الأشهر الأولى من العمر.

وفي مناسبة أخرى ورد إلى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء سؤال يقول صاحبه: هل يجوز ترك إجراء عملية ورفضها إذا كانت نسبة نجاح العملية طبياً ضعيفة ولا تتجاوز نسبة النجاح ٣٠٪ من خلال الاستقراء الطبي، علماً أنه لو ترك إجراؤها فإن نسبة الوفاة تصل إلى ١٠٠٪ طبياً، فما الحكم؟

وقد أجابت اللجنة قائلة: المشروع علاج المريض ولو كانت نسبة النجاح قليلة لعموم الأدلة الشرعية، ورجاء أن يكتب الله له الشفاء. وبالله التوفيق، وصلى الله على نبيا محمد وآله وصحبه و سلم.

فبناء على ذلك أرى أنه يجب التحديد الدقيق للحالة التي لا يُلزَمُ فيها الأطباء بعمل الإنعاش القلبي الرئوي (أي وضع المريض في جهاز التنفس الصناعي) وتقييدها بتلف خلايا المخ كاملة أو خلايا جذع المخ المسؤولة عن عمل القلب والرئتين تلفا نهائيا لا يمكن علاجه أو استرداد هذه الخلايا عملها.

قد يُعتَرض على تحفظي هذا بأن جواب مجلس هيئة كبار العلماء ولجنة الإتاء خاص بالعلاج، ومعلوم أن التنفس الصناعي الآلي ليس علاجا، وبالتالي فالمسألة مختلفة، ولكن أقول: المعول عليه هو خلايا المخ أو خلايا جذع المخ ومدى سلامتها أو تلفها، فإذا كانت سليمة لم تتلف وإنما حدث توقف مؤقت في أداء وظائفها بسبب هذا المرض المستعصي غير القابل للشفاء فإنه لا ينقطع الأمل في الشفاء طالما أن الخلايا سليمة، فيلزم إنعاش المريض أو المصاب حتى لو طالت المدة فلعل الله تعالى يأذن بعلاج جديد في هذه المدة ويصبح المرض الذي كان مستعصيا مرضا قابلا للشفاء بإذن الله تعالى.. والله أعلم.

المطلب الثالث

متى تُنزع أجهزة التنفس الصناعي عن المريض بلا خلاف؟

كان البحث في المطلبين السابقين في مرحلة ما قبل وضع المريض أو المصاب تحت اجهزة الإنعاش أو التنفس الصناعي. أما في هذا المطلب والذي يليه فسيكون الحديث عن مرحلة أخرى يكون المريض أو المصاب بالفعل تحت أجهزة التنفس الصناعي، والبحث فيهما سيكون عن اللحظة التي يجوز فيها أو لا يجوز نزع هذه الأجهزة عن المريض.

لنبدأ في هذا المطلب بالحالات التي يجوز فيها نزع أجهزة التنفس الصناعي عن المريض بلا خلاف بين الفقهاء، ولا بين الأطباء أنفسهم. وهذه الحالات هي:

الحالة الأولى: استعادة المريض أو المصاب قدرته على التنفس الطبعي بنفسه وبصورة كافية.

ففي هذه الحالة يكون المريض قد شُفي بحمد الله تعالى، وتم اختبار قدرته على التنفس الطبعي فتبين قدرته على التنفس بنفسه وعدم احتياجه إلى التنفس الصناعي الكامل أو المساعد، وبالتالي يتم نزع أجهزة التنفس الصناعي عنه.

الحالة الثانية: حالة وفاة المريض وتوقف دماغه وقلبه ورئتيه عن العمل توقفا نهائيا لارجعة فيه، وظهرت عليه كل أمارات الموت التي قال بها الفقهاء والأطباء والتي سيأتي بيانها مفصلة في الفرع التالي.

ففي هذه الحالة يكون المريض قد فارق الحياة فعليا فتُنزع عنه أجهزة الإنعاش والتنفس والصناعي بلا خلاف.

المطلب الرابع

حالة موت جذع الدماغ (المخ) والخلاف الطبي والفقهي بشأنها

هذه هي الحالة المثيرة للجدل، ليس بين الفقهاء فحسب بل بين الأطباء أنفسهم، فبعضهم يعتبر موت خلايا جذع الدماغ وفاة للإنسان، يعتبر صاحبها ميتا تجري عليه كافة أحكام الموتى، وبعضهم يرى غير ذلك. وتبعا لاختلاف الأطباء هذا اختلفت أيضا كلمة الفقهاء بهذا الشأن. ولذا خصصنا لها مطلبا مستقلا.

ولفهم المسألة فهما صحيحا لا بد أولا من فهم تركيبة المخ البشري بأجزائه المختلفة، ولا بد أيضا من معرفة حقيقة الموت عند كل من الفقهاء والأطباء لنصل في النهاية إلى الحكم الصحيح في قضية اعتبار موت جذع المخ وفاة كاملة أو لا.

الفرع الأول

التركيب التشريحي للدماغ (المخ) البشري

لكي نعرف ما هو جذع المخ ووظيفته يجب علينا أولاً أن نعرف ما هي مكونات المخ أو على الأصح (الدماغ) لأن المخ جزء من الدماغ. والدماغ جزء من الجهاز العصبي للإنسان وذلك على النحو التالي[1]:

يتكون الجهاز العصبي للإنسان من جزأين:-

الأول: الجهاز العصبي المركزي.

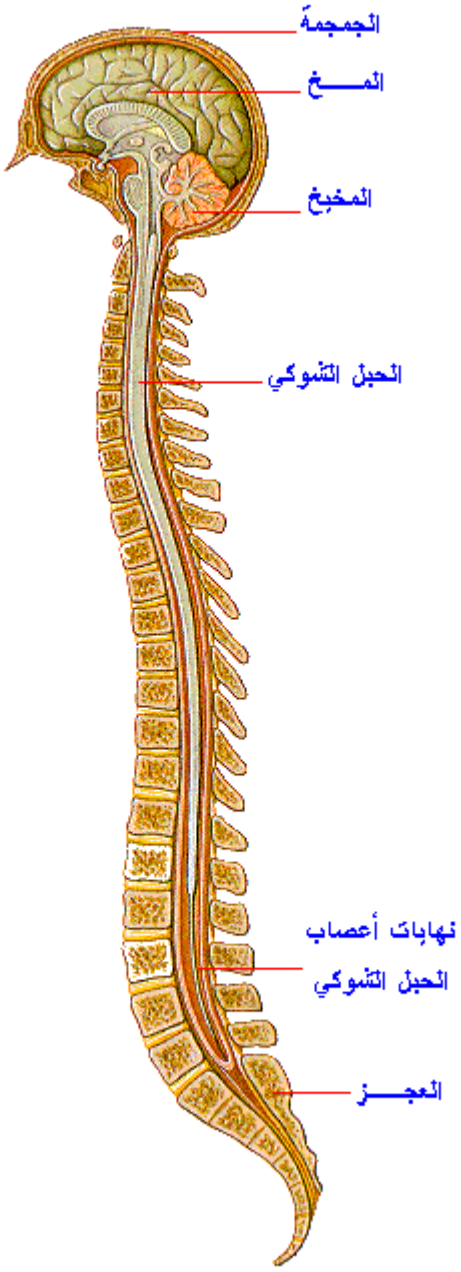
والثاني: الجهاز العصبي الطرفي.

والجهاز العصبي المركزي يتكون من جزأين:

الأول: هو الدماغ وهو الجزء الذي يقع داخل جمجمة الإنسان.

والثاني: الحبل الشوكي الذي يبدأ من الدماغ ويسير داخل العمود الفقاري حتى نهايته أسفل ظهر الإنسان.. ومن هذا الحبل الشوكي وعلى الجانبين تخرج الأعصاب التي تكون الجهاز العصبي الطرفي والتي تغذي الأطراف العليا والسفلى وجدار الصدر والبطن. (صورة رقم ٧).

(1) **من بحث بعنوان** جذع المخ بين الحياة والموت محمود أحمد فتحي



صورة رقم ٧ الجهاز العصبي للإنسان

الدمـــاغ (المخ):

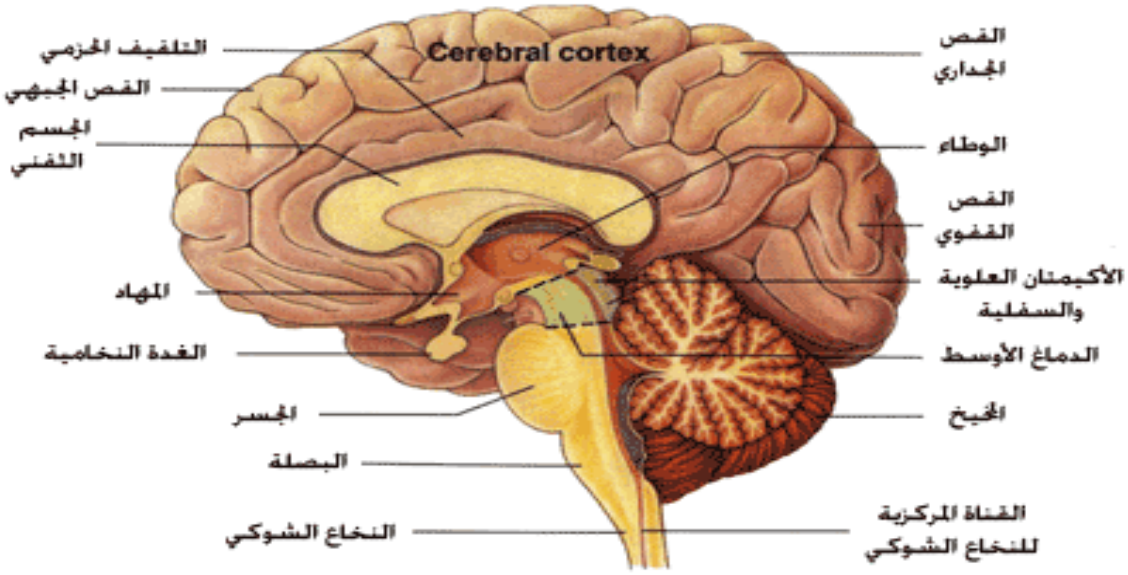
يتكون الدماغ من ثلاثة أجزاء المخ والمخيخ والنخاع المستطيل.

١- المخ: يكون الجزء الأكبر من الدماغ ويتكون من نصفين كرويين يقعان داخل الجمجمة.. نصف أيمن ونصف أيسر.. ويتكون كل نصف من ثلاثة أجزاء (المخ الأمامي) و (المخ الأوسط) و (المـخ الخلفـي) وتربطهم جميعاً شبكة أو جسر من الألياف العصبية تسمى (القنطرة)... ويغطى هـذين النـصفين مـن

الخارج طبقة سميكة تسمى القشرة المخية تتركز فيها معظم الخلايا العصبية للمراكز العليا وهي مراكز التفكير والوعي والذاكرة ومراكز الحواس الخمس.

٢- المخيخ **cerebellum**: يقع أسفل النصفين الكرويين للمخ وإلى الخلف منهما في مؤخرة الجمجمة وهو المسئول عن حفظ توازن الإنسان. وحدوث أي خلل في وظيفته يؤدي إلى اختلال في توازن الجسم والشعور بالدوار.

٣- النخاع المستطيل: يمتد من المخ الأوسط إلى الأسفل وهو الذي يربط المخ بالحبل الشوكي الموجود داخل العمود الفقاري. (صورة رقم ٨)



صورة رقم ٨ الدماغ (المخ)

جذع المخ

أولا: التركيب:

يتركب جذع المخ من ثلاثة من الأجزاء التي ذكرناها هي (المخ الأوسط) و (النخاع المستطيل) و (القنطرة) وهي شبكة الألياف العصبية التي تربط أجزاء المخ المختلفة ببعضها البعض.

ثانيا: الوظيفة:

ووظيفة جذع المخ هي القيام بالعمليات الحيوية اللاإرادية التي تتم دون تفكير مثل التنفس وخفقان القلب وضغط الدم.. يضاف إلى ذلك أنه المعبر الذي تمر خلاله جميع الألياف العصبية الصاعدة والهابطة

بين الدماغ وبين عامة أجزاء الجسم. لذلك فإن توقف جذع المخ عن وظيفته يؤدي إلى توقف القلب والتنفس.

ثالثا: هناك ثلاث حقائق هامة يجب أن نعرفها، هي:

١- أن الخلايا العصبية بما فيها خلايا المخ وجذع المخ التي تتلف لا تتجدد.. وذلك على العكس من الخلايا في معظم أجزاء الجسم الأخرى التي تتجدد بعد تلفها.

٢- أنها لا تتحمل نقص الأوكسجين لأكثر من خمس دقائق تبدأ بعدها في الموت والتحلل.. لذلك فإن التوقف الكامل للقلب لمدة تزيد عن خمس دقائق يؤدي إلى موتها نهائياً.

٣- أن توقف جذع المخ عن العمل يكون على وجهين:

الأول: التوقف عن أداء الوظيفة بينما تكون خلاياه حية كما يحدث في حالات تناول كميات كبيرة من المهدئات أو المخدرات.. وهذه الحالة من الممكن أن تشفي لو تم اسعافها في الوقت المناسب.

الثاني: التوقف عن أداء الوظيفة بسبب موت الخلايا.. وهذه الحالة موت حقيقي لا رجعة منه.

رابعا: متى بدأ الاهتمام بموضوع موت جذع المخ؟

كان أول من نبه إلى موضوع موت الدماغ المدرسة الفرنسية عام ١٩٥٩ فيما أسمته (مرحلة ما بعد الإغماء) (**Coma depasse**)، وبدأ الأطباء الفرنسيون يحددون بعض المعالم لموت الدماغ، بينما القلب لا يزال ينبض، والدورة الدموية لا تزال سارية إلى جميع أجزاء الجسم ما عدا الدماغ.

بدأ الاهتمام يتزايد بموت جذع المخ لتحديد لحظة الموت وإعلان الوفاة بعد أن استطاع جراح القلب الفرنسي الشهير (كريستيان برنارد) إجراء أول عملية نقل قلب من إنسان (يحتضر) إلى إنسان حي مصاب بتلف شديد في قلبه بإحدى مستشفيات مدينة (كيب تاون) بجنوب أفريقيا في ٣ ديسمبر عام ١٩٦٧.. وذلك لأن عمليات نقل القلب لا تنجح إلا إذا انتزع القلب من الشخص المتبرع وهو لا يزال ينبض.

وكان أول من وضع موت جذع المخ كمقياس للموت في الإنسان هي (جامعة هارفارد) الأمريكية عام (١٩٦٧).. وقد حقق هذا المقياس للأطباء المشتغلين بنقل الأعضاء الآدمية فرصة لا نتزاع الأعضاء من الأجساد بحالة سليمة وبالتالي ارتفاع نسبة نجاح عمليات نقل وزرع الأعضاء.

الفرع الثاني

حقيقة الموت وعلاماته عند اللغويين والفقهاء

الموت عند أهل اللغة: ضد الحياة. وحروفه: الميم والواو والتاء: أصل صحيح يدل على ذهاب القوة من الشيء وهو السكون وعدم الحركة[1].

والموت في اصطلاح الفقهاء: هو مفارقة الروح الجسد[2]. وعرفه الباجوري بأنه: عدم الحياة عما من شأنه أن يكون حياً[3].

وللموت أسماء اخرى كثيرة منها: المنية، المنون، الأجل، الحمام، السام، ونحوها كانقطاع الوتين، وانقطاع الأبهر، فجميعها أسماء لمسمى واحد هو: مفارقة الروح البدن[4].

وهذه هي حقيقة الوفاة عند الفقهاء وتكاد كلمتهم تتوارد على هذا، ولم يتم الوقوف على خلافه في كلامهم من أنه مفارقة الروح البدن.

والروح قال الله تعالى في شأنها: ﴿**وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا**﴾ فأوقف العقل عند حده وأتى على الروح بخبر لا يمكن نقضه، هذا على أحد التفسيرين للآية.

ولهذا قال البعض: لا يجوز الكلام في الروح لأنه مما استأثر الله بعلمه كما في هذه الآية، والذي عليه الأكثرون الجواز فقالوا: الروح جسم نوراني لطيف مشتبك بالبدن اشتباك الماء بالعود الأخضر، قال الله تعالى: ﴿**فَنَفَخْنَا فِيهَا مِنْ رُوحِنَا**﴾ وفي أخرى: ﴿**فَنَفَخْنَا فِيهِ مِنْ رُوحِنَا**﴾ والنفخ لا يتحقق إلا في جسم لطيف كما في كتاب أصول الدين للبزدوي ص/ ٢٢٢.

---

(1) معجم مقاييس اللغة، لسان العرب، مادة موت.

(٢) شرح النووي على صحيح مسلم ٦/ ٢٢٤ المجموع ٥/ ٩٤، مغني المحتاج ١/ ٦٨.

(3) حاشية الباجوري ١/ ٧٤. نقلا عن: الموت الدماغي وتكييفه الشرعي دراسة فقهية طبّية مقارنة بحث للدكتور دعيج بطحي ادحيلان المطيري أستاذ مساعد بقسم الفقه وأصوله – العميد المساعد للشؤون الطلابية – كلية الشريعة – جامعة الكويت.

(4) من بحث للدكتور بكر بن عبدالله أبوزيد بعنوان أجهزة الإنعاش وحقيقة الوفاة بين الفقهاء والأطباء. ويراجع أيضا: موت جذع الدماغ بين الحقيقة الشرعية والحقيقة الطبية، بحث من إعداد محمد سليمان أبو زيد.

وقد جاء حديث عظيم النفع جليل القدر وهو حديث: البراء بن عازب رضي الله عنه الطويل المشهور بطوله في مسند أحمد رحمه الله تعالى، والذي جمع طرفه الدارقطني في جزء مفرد، وبسط ابن القيم القول فيه سندًا ومتنًا في كتاب: الروح.

قال البراء رضي الله عنه: خرجنا مع رسول الله ﷺ في جنازة رجل من الأنصار فانتهينا إلى القبر إلى أن قال: ثم قال رسول الله ﷺ في شأن قبض روح المؤمن: (... فتخرج نفسه تسيل كما تسيل القطرة من فِيِّ السِّقاء فيأخذها ملك الموت...) وأما الكافر فقال: (فينتزعها كما ينزع السّفود من الصوف المبلول فيأخذها...).

وفي سورة الحاقة قال الله تعالى: ﴿**وَلَوْ تَقَوَّلَ عَلَيْنَا بَعْضَ الْأَقَاوِيلِ (٤٤) لَأَخَذْنَا مِنْهُ بِالْيَمِينِ (٤٥) ثُمَّ لَقَطَعْنَا مِنْهُ الْوَتِينَ**﴾ قال المفسرون: «الوتين: نياط القلب، أي لأهلكناه وهو: عرق يتعلق به القلب إذا انقطع مات صاحبه، قاله ابن عباس وأكثر الناس» أهـ، من تفسير القرطبي ١٨/ ٢٧٦ وذكر أقوالًا بمعناه.

وفي باب مرض النبي ﷺ ووفاته من: صحيح البخاري في: كتاب المغازي ٨/ ١٣١:

قالت عائشة رضي الله عنها كان النبي ﷺ يقول في مرضه الذي مات فيه: (يا عائشة، ما أزال أجد ألم الطعام الذي أكلت بخيبر، فهذا أوان وجدت انقطاع أبهري من ذلك السم) أهـ.

قال الحافظ ابن حجر في الفتح ٨/ ١٣١:

«قال أهل اللغة: الأبهر، عرق مستبطن بالظهر متصل بالقلب إذا انقطع مات صاحبه، وقال الخطابي: يقال إن القلب متصل به» أهـ.

ويُعرَفُ الأبهر في اصطلاح الطب الحديث باسم "الأورطي" وهو شريان يندفع منه الدم إلى الدماغ وبقية أعضاء الجسم كما في بحث الدكتور محمد علي البار ص ٨ و ٩.

وفي إحياء علوم الدين للغزالي ٤/ ٤٩٣ نص مهم ترجمه بقوله: الباب السابع: في حقيقة الموت، وما يلقاه الميت في القبر إلى نفخة الصور، ثم قال: بيان حقيقة الموت:

«اعلم أن للناس في حقيقة الموت ظنونًا كاذبة قد أخطئوا فيها...» فذكرها وأبطلها ثم قال:

«وكل هذه ظنون فاسدة ومائلة عن الحق بل الذي تشهد له طرق الاعتبار وتنطلق به الآيات والأخبار أن الموت معناه: تغير حال فقط، وأن الروح باقية بعد مفارقة الجسد إما معذبة وإما منعمة.

ومعنى مفارقتها للجسد: انقطاع تصرفها عنه بخروج الجسد عن طاعتها، فإن الأعضاء آلات للروح تستعملها حتى أنها لتبطش باليد.. إلى قوله: والموت عبارة عن استعصاء الأعضاء كلها، وكل الأعضاء آلات والروح مستعملة لها، إلى أن قال: «نعم لا يمكن كشف الغطاء عن كنه حقيقة الموت إذ لا يعرف الموت من لا يعرف الحياة..» أهـ.

وعند قول الطحاوي في «عقيدته»: «ونؤمن بملك الموت الموكل بقبض أرواح العالمين» قال شارحها ص/ ٤٤٦ في مبحث: هل تموت الروح أو لا؟ "والصواب أن يقال: موت النفوس هو مفارقتها لأجسادها وخروجها منها.. أهـ.

وقال شيخ الإسلام ابن تيمية ٤/ ٢٢٣:

"قد استفاضت الأحاديث عن رسول الله ﷺ بأن الأرواح تقبض وتنعم وتعذب، ويقال لها: أخرجي أيتها الروح الطيبة أهـ.

الخلاصة:

فمن مجموع ما تقدم نستخلص ما يلي:

١- أن حقيقة الوفاة هي: مفارقة الروح البدن.

٢- وأن حقيقة المفارقة: خلوص الأعضاء كلها عن الروح، بحيث لا يبقى جهاز من أجهزة البدن فيه صفة حياتية.

أمارات الوفاة عند الفقهاء

ثبت في صحيح مسلم عن أم سلمة رضي الله عنها أن رسول الله ﷺ قال: «إن الروح إذا قبض أتبعه البصر».

وفي حديث شداد بن أوس رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: «إذا حضرتم موتاكم فأغمضوا البصر فإن البصر يتبع الروح، وقولوا خيرًا؛ فإنه يؤمن على ما يقول أهل الميت» رواه أحمد.

فشخوص بصر المحتضر علامة ظاهرة على قبض روحه ومفارقتها لجسده.

والفقهاء - رحمهم الله تعالى - يذكرون العلامات والأمارات الظاهرة التي بموجبها يحكم بموت المحتضر كما في: حاشية ابن عابدين ١/ ١٨٩، والفتاوى الهندية ١/ ١٥٤، ومختصر خليل ١/ ٣٧، وروضة الطالبين: ٢/ ٩٨، وشرح المنهاج: ١/ ٣٢٢، والمغني ٢/ ٤٥٢، ومنتهى الإرادات ١/ ٣٢٣.

وجماع ما ذكروه من العلامات هي:[1]

١- انقطاع النفس.

٢- استرخاء القدمين مع عدم انتصابهما.

٣- انفصال الكفين.

٤- ميل الأنف.

٥- امتداد جلدة الوجه.

٦- انخساف الصدغين.

٧- تقلص خصيتيه إلى فوق مع تدلي الجلدة.

٨- برودة البدن.

وبالجملة فالحكم بالموت بانعدام جميع أمارات الحياة.

والملحوظ في هذه الأمارات أنها أدلة وظواهر تدرك بالمشاهدة والحس ويشترك في معرفتها عموم الناس.

تنبيه: ويضيف النووي في روضة الطالبين ٢/ ٩٨ نصا مهما عند الشك فيقول: "فإن شك بأن لا يكون به علة، واحتمل أن يكون به سكتة، أو ظهرت أمارات فزع أو غيره: أخر إلى اليقين بتغير الرائحة أو غيره" أهـ.

(١) وانظر بحوثا في كتاب: الحياة الإنسانية: ٤٣٠، ٤٧٥-٤٧٦.. نقلا عن: د/ بكر أبوزيد، مرجع سابق.

الفرع الثالث

حقيقة الموت وعلاماته عند الأطباء

يذكر الأطباء أن الموت له مراحل ثلاثة تعتمد على موت ثلاثة أعضاء حيوية في الجسم هي (المخ) و(القلب) و(الرئتان) ثم موت خلايا الجسم وذلك على النحو التالي:

المرحلة الأولى (الموت الإكلينيكي):

وفيها يتوقف القلب والرئتان عن العمل فيتوقف دوران الدم في الجسم ويتوقف وصوله إلى المخ.. وتستمر هذه الفترة أقل من خمس دقائق وهي أقصى مدة يتحمل المخ فيها الحرمان من الأوكسجين والجلوكوز المحمولين له عن طريق الدم.. وفي هذه المرحلة يكون:-

١- القلب والتنفس متوقفان.

٢- خلايا المخ سليمة

٣- خلايا الجسم سليمة

فإذا أمكن استعادة تشغيل القلب والتنفس خلال هذه الفترة سواء كان ذلك ذاتياً أو بالأجهزة الصناعية فإن الإنسان يظل مستمراً بعدها على قيد الحياة ولا يعتبر ميتاً بالاجماع.

المرحلة الثانية (الموت الجسدي):

إذا تعدت فترة توقف القلب وحرمان المخ من الأوكسجين أكثر من خمس دقائق فإن خلايا المخ تموت بما فيها الخلايا المسئولة عن تشغيل القلب والرئتين وبالتالي ينعدم الأمل في أية عودتة ذاتية للقلب والتنفس ويدخل الإنسان في موت جسدي حقيقي لا رجعة منه. وفي هذه المرحلة:

١- القلب والتنفس متوقفان

٢- خلايا المخ ميتة.

٣- خلايا الجسم سليمة.

فإذا أمكن وضع هذا الإنسان بسرعة على أجهزة التنفس الصناعي فإن الدورة الدموية والتنفس يعودان إلى الاستمرار... ويستمر وصول الأوكسجين إلى خلايا الجسم فتظل حية بالرغم من موت خلايا

المخ.. وبنهاية هذه المرحلة يكون الإنسان قد مات ككائن بشري موتاً لا رجعة منه وذلك لموت خلايا المخ ولكن خلايا جسده تظل سليمة ما دام موضوعاً على الأجهزة الصناعية وذلك لفترة لا يعلمها إلا الله.

المرحلة الثالثة (الموت الخلوي):

إذا انتهت المرحلة الثانية ومات المخ ولم يوضع الإنسان على أجهزة التنفس الصناعي فإن الدورة الدموية تتوقف. وبالتالي يتوقف الدم نهائياً عن الوصول إلى جميع أجزاء الجسم وتبدأ خلايا الجسم في الموت والتحلل وفي هذه المرحلة

١- القلب والتنفس متوقفان

٢- خلايا المخ ميته

٣- خلايا الجسم ميته

فالخلية تظل حية ما توافر لها مادتان أساسيتان للحياة هما الأوكسجين والجلوكوز اللذان يصلان إليها عن طريق الدم.. وعندما يتوقف وصول الدم إليها فإن كل خلية يكون فيها كمية من هاتين المادتين تظل في أداء عملها حتى تستهلكها ولا يصلها مدد جديد فتبدأ في الموت والتحلل.. وهذا هو موت الخلية أو (الموت الخلوي).. ومن المثير للتأمل أن تلك الفترة الزمنية التي تستطيع خلايا الجسم أن تستمر في الحياة فيها بعد توقف القلب تختلف من عضو لآخر... فخلايا المخ مثلاً لا تستطيع أن تتحمل الحرمان من الأوكسجين والجلوكوز أكثر من خمس دقائق. وخلايا العضلات ٤٥ دقيقة وخلايا قرنية العين ٤ ساعات وخلايا الكبد ساعتين أما خلايا الجلد فإنها تتحمل ٢٤ ساعة وخلايا العظام ٤٨ ساعة.

وهذه المرحلة (الموت الخلوي) هي الموت الحقيقي المتعارف والمتفق عليه بلا خلاف حيث يموت الإنسان ككائن حي فلا رجعة له.. ثم تموت خلايا جسده عضواً بعد عضو فلا رجعة لها.

لذلك فإننا يمكننا أن نقول: إن حياة الإنسان تنتهي بعكس ما بدأت به.. فهي تبدا بحياة خلوية ثم حياة جسدية بعد نفخ الروح.. وتنتهي بموت جسدي بمفارقة الروح ثم موت خلوي بموت الخلايا.. ولا يتم الموت الحقيقي إلا بموت خلايا الجسم.

والحديث عن المرحلة الأولى وهي (الموت الإكلينيكي) والمرحلة الثالثة وهي (الموت الخلوي) لا خلاف فيه لأن في الأولى يكون الإنسان حياً بالاتفاق وبلا خلاف وفي الثالثة يكون ميتاً بالاتفاق وبلا خلاف.

ولكن الخلاف والجدل والنزاع والحيرة كلها تدور حول المرحلة الثانية وهي مرحلة (الموت الجسدي) حيث تكون خلايا المخ قد ماتت ولا رجعة من موتها بينما خلايا الجسم حية وتؤدي وظائفها. والخلاف ههنا: هل ذلك الإنسان حي؟ أم أنه ميت؟

وماالسبب في ذلك الخلاف؟

فإذا كان المخ قد مات ولا رجعة له فإن بقاء خلايا الجسد حية هو تحصيل حاصل ولا فائدة منه على الإطلاق !!

هذا هو جوهر المشكلة ولب النزاع !! فالمخ حينما يتوقف عن العمل لا يشترط أن تكون قد ماتت خلاياه.. ففي بعض الحالات يكون ذلك التوقف لسبب غير موت الخلايا.. وقد يكون ذلك السبب قابلاً للزوال فيعود المخ إلى العمل، مثل حدوث نزيف أو الإصابة بجلطة أو بورم سرطاني تضخَّم فضَغَط على مراكز القلب والتنفس فتوقفت عن العمل ولو تم التعامل مع ذلك الورم بالعلاج الكيماوي والإشعاعي لصغر حجمه وعادت هذه المراكز للعمل مرة أخرى. وفي هذه الحالات يتوقف المخ عن أداء وظائفه لكنه لا يكون ميتاً لبقاء خلاياه حية.

إذن فمعنى ذلك أننا لا نستطيع الاعتماد على توقف الوظائف الحيوية للمخ والقلب والرئتين لتأكيد الموت وإعلان الوفاة وذلك قبل الوفاة الخلوية؟

نعم... إن توقف (القلب) و (الرئتين) و (جذع المخ) عن العمل لا يكفي للتشخيص المطلق للوفاة وذلك للآتي:

١- إن توقف القلب والرئتين يمكن التغلب عليهما واستعادتهما العمل بأجهزة التنفس الصناعي فتظل الدورة الدموية في سريانها ولا تتوقف.

٢- إن توقف المخ عن العمل قد يكون لأسباب غير مرضية مثل تناول جرعات كبيرة من المهدئات أو المخدرات أو أدوية التخدير أثناء العمليات الجراحية، فإذا زال تأثير هذه المواد عاد المخ إلى العمل.

لذلك فإننا يجب أن نعلم جيداً أن هناك حالتين لعطب المخ.. الأولى: توقفه عن العمل، والثانية: موت خلاياه.

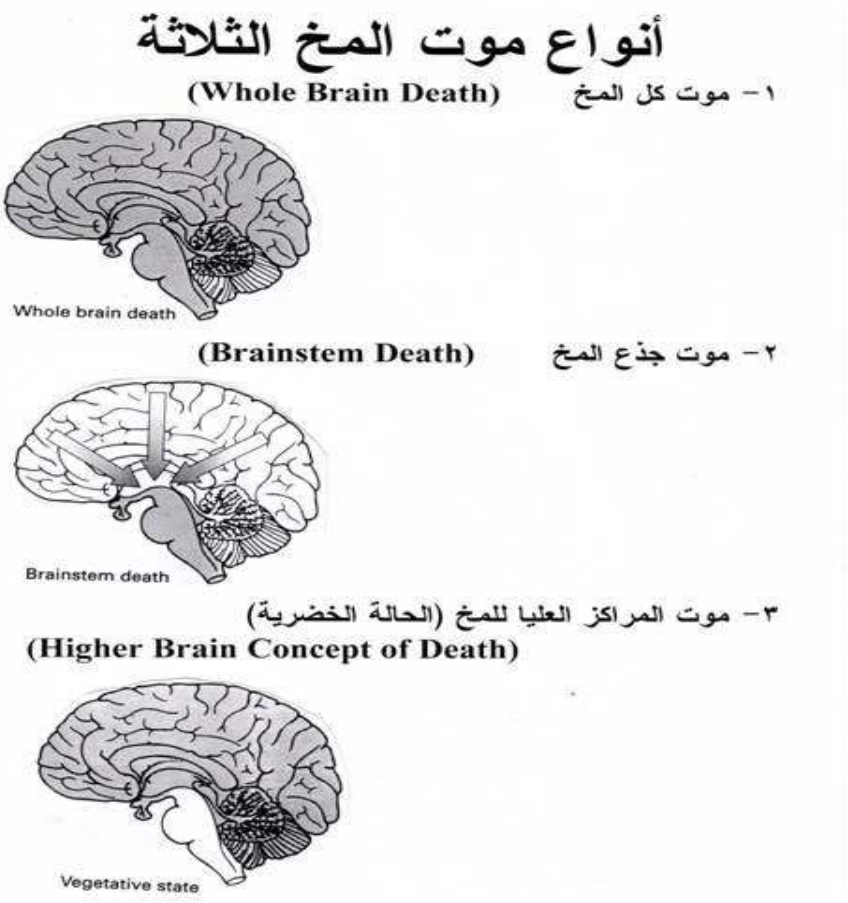
وموت خلايا المخ لا رجعة منه ويستتبعه توقفه عن العمل، أما التوقف عن العمل فلا يشترط فيه موت الخلايا ومن الممكن أن تكون له رجعة.

لذلك فإننا لا نستطيع أن نحكم بموت إنسان اعتماداً على توقف المخ والقلب والرئتين عن أداء وظائفها وإنما لابد من موت خلايا المخ ثم البدء في موت وتحلل خلايا الجسد للتأكد من الموت وإعلان الوفاة.

دار الحديث وتكرر حول المخ وعلاقته بالقلب والتنفس.. فهل المقصود هنا المخ بكامله ونحن نعلم أن له وظائف عديدة غير ذلك أو أن المقصود شيء أخر؟.

في الحقيقة أن ذكر لفظة (المخ) طوال حديثنا كان على سبيل المجاز.. لأن هناك جزءً منه هو المقصود بحديثنا وهو الجزء الذي تقع فيه مراكز القلب والدورة الدموية والتنفس. وهو ذلك الجزء الذي يسمى (جذع المخ)[1].

هناك ثلاثة أنواع من موت المخ (كما يظهر في الصورة رقم ٩ حيث الجزء الداكن هو الذي مات)، والذي يهمنا منها هو النوع الثاني موت جذع المخ، فهو الذي دار الخلاف بشأنه بين الأطباء. ولكن قبل تفصيل هذا الخلاف في المطلب التالي نتساءل: ذكر الفقهاء أن للموت علامات، فماذا عن علامات الموت عند الأطباء؟.



(1) جذع المخ بين الحياة والموت.. مرجع سابق.

علامات الموت عند الأطباء:

منها علامات أساسية وأخرى استدلالية[1].

أما علامات الموت الأساسية:

فهي توقف النفس والقلب والدورة الدموية توقفاً لا رجعة فيه، وهى العلامات المميزة والفارقة بين الحياة والموت.

وقد يتوقف القلب والنفس بسبب إجراء عملية جراحية أما الدورة الدموية فلا تتوقف ولا لمدة ثوان، فلا يكون في هذه الحالة موتاً.

وأما العلامات الاستدلالية للموت:

فهي التي يستدل بها على توقف القلب والدورة الدموية توقفاً لا رجعة فيه. وتتلخص فيما يلي:

(أ) ارتخاء العضلات وعدم استجابة الجثة لأي تنبيه حسي، وبروز حدقة العين.

(ب) ما يعرف بالزرقة – الرمية – وهى زرقة ناتجة عن توقف الدورة الدموية وخاصة في الأجزاء العليا من الجثة.

(ج) التيبس.. وعادة ما يبدأ في عضلات الفك الأسفل والجفنين ثم ينتشر في الوجه والعنق والصدر والذراعين والجذع وأخيراً في الأرجل.

(د) التعفن. وهو تحلل أنسجة الجسم بواسطة ميكروبات التعفن وخاصة في الأحشاء ويبدأ في الجو الحار بعد مرور (٢٤ ساعة) من الوفاة ويتأخر عن ذلك في الجو البارد[2].

---

(١) انظر أحكام الأدوية للفكي ص٣٥٠ وما بعدها، كتاب الموقف الفقهي للبار ص٢٦، الطبيب وأدبه للسباعي، انظر بحث د. فيصل شاهين ص٢٩٧ تعريف الموت في ندوة التعريف الطبي للموت ١٩٩٦. نقلا عن: أجهزة الإنعاش... مرجع سابق.

(2) موت جذع الدماغ بين الحقيقة الشرعية والحقيقة الطبية.. مرجع سابق.

الفرع الرابع

اختلاف الأطباء بشأن موت جذع الدماغ (المخ)

أجمل بعض الباحثين العلامات الدالة على موت الدماغ فيما يلي[1]:

(١) الإغماء الكامل وعدم الاستجابة لأي مؤثرات لتنبيه المصاب مهما كانت قوية.

(٢) عدم الحركة التلقائية.

(٣) عدم التنفس لمده ثلاث أو أربع دقائق [على خلاف بين المدارس الطبية] بعد إبعاد المنفسة (جهاز التنفس الصناعي).

(٤) عدم وجود أي نشاط كهربائي في رسم المخ بعد امراره بطريقة معينة معروفة عند الأطباء.

(٥) عدم وجود أي من الأفعال المنعكسة من جذع الدماغ الدالة على نشاط الجهاز العصبي مثل:

- عدم حركة حدقة العين للضوء الشديد.
- لا يرمش المصاب رغم وضع قطعة من القطن على قرنية العين.
- لا تتحرك مقلة العين رغم إدخال ماء بارد في الأذن.
- لا يقطب المصاب جبينه رغم الضغط على الجبين بالإبهام.
- عدم التحكم أو الكحة عند لمس الحنك وباطن الحلق بالإبهام وعدم استجابة عضلات الحنجرة لتحريك أنبوب القصبة الهوائية.
- عدم وجود حركة الدمية عند تحريك الرأس.

ويجب إعادة فحص وظائف الدماغ من فريق أخر بعد مرور عدة ساعات على الفحص الأول بعد مرور ٢٤ ساعة[2].

---

(١) انظر بحث موت الدماغ ص٦ بحث في الانترنت دون ذكر صاحبه، موت الدماغ للطريقى ص٣٣، فقه النوازل ص٢٢٠، أجهزة الإنعاش للبار – ضمن مجلة مجمع الفقه الإسلامي ٢/ ١/ ٤٥٤ نهاية الحياة البشرية أحمد شوقي ٣/ ٢/ ٦٠٢ مجلة المجمع الفقهي انظر الموت والحياة بين الأطباء والفقهاء – الشربينى ٣٥٥ بحث مقدم في الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها، يناير ١٩٨٥ المنظمة الإسلامية.. نقلا عن بحث د/ بكر أبوزيد.. مرجع سابق.

(2) من بحث الدكتور دعيج المطيري، مرجع سابق.

هذه هي المعايير الأمريكية لموت الدماغ وهي مشهورة بـ(معايير هارفارد). وهي تشترط موت جميع خلايا الدماغ وليس موت جذع المخ فقط. وتختلف عنها المعايير البريطانية في أنها تكتفي بموت جذع المخ وحده دون بقية خلايا المخ، ولكنها تضيف إلى ما سبق شرطا وهو: التيقن من ان الغيبوبة التي يعاني منها المصاب ليست بسبب تعاطي ادوية مثبطة.

اختلاف الأطباء بشأن اعتبار موت جذع المخ وفاة أو عدم اعتباره:

إن سبب الخلاف بين الأطباء: يرجع إلى مدى تحقق اليقين في موت هذا الشخص الذي مات جذع دماغه مع عدم توقف القلب والنفس حال كونه تحت أجهزة الإنعاش.

تحرير محل النزاع عند الأطباء:

بالعودة إلى ما ذكرناه عند الحديث عن حقيقة الموت عند الأطباء نتذكر أن تقسيم الأطباء لأحوال توقف القلب والدماغ ينقسم إلى ثلاثة أحوال:

الحال الأولى: اجتماع موت كل من المخ وعضلات القلب وما تشمله من دورة دموية وتنفسية، وهذا هو الموت التام الذي يعرفه الناس والذي يحدث في أغلب الأحيان: إن الموت يبدأ بتوقف القلب، والذي يعقبه فوراً توقف التنفس وفقدان الوعي، ثم تموت الأعضاء – بدءُ بالمخ – في الدقائق الأولى.

الحال الثانية: توقف القلب والتنفس دون المخ وجذعه:

وهنا يمكن إسعاف هذا الشخص بجعل مضخة بديلة تضخ الدم وتسيره عبر الدورة الدموية، أو بتدليك قلبه، أو بإعطائه الصدمات الكهربائية مع التنفس الصناعي. ولا يكون صاحب هذه الحال ميتاً وإنما يعد من المرضى.

الحال الثالثة: تلف المخ وجذعه دون رجعة.

ويكون القلب والتنفس قابلاً للتشغيل عن طريق المنفسة بأجهزة الإنعاش، فهل تكون هذه الحال موتاً للإنسان ونهاية لحياته ليستحق صاحبها شهادة وفاة؟.

اختلف الأطباء في ذلك على ثلاثة اتجاهات على النحو الآتي:

الاتجاه الأول:

يرى أن موت المخ عند الإنسان يعني وفاته قطعاً، حتى ولو كان القلب والجهاز التنفسي يعملان تحت أجهزة الإنعاش، ويستحق صاحبه شهادة وفاة.

إلى هذا ذهب أكثر الأطباء[1]. وأهم حججهم ما يلي:

١. أن عمل القلب بعد موت الدماغ مؤقت لفترة قصيرة دون أدنى أمل لاستمراره طويلاً أو عودة الحياة إلى المخ، حيث وجد الأطباء أن كل من أصيب بموت الدماغ انتهى به الأمر مع بذل كل الإمكانيات الطبية الحديثة، إلى توقف قلبه بعد زمن قصير (ساعات إلى أيام) باستثناء حالات قليلة أمكن المحافظة فيها على نبضات القلب لفترة تعد طويلة نسبياً، أي أسابيع إلى أشهر، وكان ذلك مع صعوبات كبيرة، ففي مراجع للأدب الطبي وجد باليس كريستوفر (١٠٣٦) حالة موت دماغ نشرت في ستة عشر تقريراً بين عامي (١٩٦٨ - ١٩٨٨م) كان مصيرها جميعاً توقف القلب على الرغم من الاستمرار في علاجهم وإبقائهم على أجهزة الإنعاش، بل أهم من ذلك، لم يسجل الأدب الطبي ولا حالة واحدة شخصت بشكل صحيح على أنها موت دماغي ثم عادت إلى الحياة[2].

٢. أن هذا التعريف الجديد للموت (الموت الدماغي) لا يعنى التخلي عن اعتبارات الاحترام والتعامل الوقور المناسب مع جسد الميت، فلا ندفن إنساناً يتنفس[3].

٣. أن الميت دماغياً لا تظهر عليه أية أمارات للحياة الحقيقية، وما يحدث في بعض الحالات المرضية من: فتح العينين، أو الحركة، أو الاحتفاظ بدرجة الحرارة، ونحوها، فهذا يعنى عدم موت المخ كلياً، ولا يجوز تشخيص مثل هذه الحالات موتاً دماغياً[4].

---

(١) وهو ما انتهى إليه مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره الثالث بعمان عاصمة المملكة الأردنية الهاشمية من ٨ إلى ١٣ صفر ١٤٠٧هـ الموافق ١١ إلى ١٦ أكتوبر ١٩٨٦م.

(٢) انظر موت الدماغ والتبرع بالأعضاء تعريف وبعض التحفظات د/ مختار المهدي ص٣٩٠ - ٣٩١ ندوة ١٩٨٨.

(٣) موت الدماغ لعبد الله الطريقى ص٤٥.

(٤) مفهوم وفاة الإنسان من الناحية العلمية ومقارنته بالمفهوم الشرعي د/ مختار المهدي ص٢٧٠ ذكر حالات ورد عليها من الناحية الطبية =

٤. أن تحديد الوفاة بموت الدماغ قد ساد العمل بـه في معظـم البلـدان المتقدمـة خـلال العقـود الـسابقة، وحقيقة الموت واحدة للإنسان، يجب أن لا نختلف باختلاف البلدان؛ لأنه وضعت علامات واضـحة للوفاة الدماغية، وأنها تعادل وفاة الجسد، وأنه لم يرجع أحد استوفى شروط التشخيص إلى الحياة، وقـد كانت الدراسات واضحة في مصداقية هذا المبدأ، سـواء الدراسـات عـلى الحيوانـات أو الإنـسان، وأن النقد يجب أن يوجه لشروط التشخيص إذا كان فيها خلل، وليس لمبدأ الوفاة الدماغية[١].

الاتجاه الثاني:

يرى أن موت المخ هو أشد خطرا على حياة الإنسان، ولكنه ليس موتا حقيقيا يرخص في إصدار شـهادة الوفاة.

والى هذا ذهب بعض الأطباء، منهم: الدكتور صفوت حسن لطفي، والدكتور رؤوف محمود سـلام[٢].

وحجتهم ما يلي:

١. إن الأشخاص الذين تنطبق عليهم معايير الموت الدماغي تظهر عليهم علامات مختلفة للحياة، فكيـف تصدر بشأنهم شهادات وفاة؟ فقد ثبت في مراكز طبية عالمية مختلفـة أن مـن بـين علامـات الحيـاة التـي ظهرت على هؤلاء المرضى المحكوم عليهم بالموت دماغيا ما يلي:

أ- استمرار الأفعال المنعكسة من سعال وقيء، بل ويحافظ بعضهم على درجة حرارته.

ب- النشاط العصبي العضلي، والارتعاشات العضلية.

ج- الاستجابة المنعكسة في النشاط الدموي على شكل ارتفاع في معدل النبض وفى ضغط الدم اسـتجابة للتحدي في حالة الاختناق، أو استجابة للمثير الجراحي خلال حصد الأعضاء.

د- استمرار الحياة الخاملة: فيطول شعره وأظافره، ويهضم الطعام ويمتصه... وغير ذلك[٣].

=

ندوة التعريف الطبي للموت ١٩٩٦.

(١) موت الدماغ المأزق والحل د/ عدنان خريبط ص٣٧٣ د/ سهيل ص٣٨٥، انظر موت = الدماغ التعريفات والمفاهيم.

(٢) ندوة التعريف الطبي للموت.. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ص١٨٧، ٤٦٠.

(٣) تحديد المفهوم الحديث لموت الدماغ د/ صفوت حسن لطفي ص١٨٧ ندوة التعريف الطبي للموت.

٢. إن تعريفات موت الدماغ تختلف عند كل من: الولايات المتحدة الأمريكية، وكندا، والمملكة المتحدة (انجلترا)، وفرنسا. بحيث يمكن أن تعد الحالة "موت دماغ" في بلد وليست كذلك في بلد آخر، ولذلك رفضت بعض البلاد المتقدمة كاليابان والدنمارك فكرة الموت الدماغي كحقيقة للوفاة[١].

٣. إن الجدل دائر بين الأطباء بشأن صحة أحدث الوسائل والطرق الفنية لتشخيص الموت الدماغي، فالرسم الالكتروني للدماغ الذي كان يستخدم في أول الأمر لتشخيص موت الدماغ ثبت مؤخرا أنه غير ملائم لتشخيصه، واختبار الاختناق الذي شاع استخدامه لتشخيص الموت الدماغي يتعرض الآن لجدل شديد بصدد تطبيقاته، سواء بالنسبة لمدة استمرار الاختناق، أو مستوى ثاني أكسيد الكربون، أو المدة السابقة على الأكسجة، فهي تختلف من مركز إلى آخر[٢].

٤. إن الدكتور ديفيد هيل – أستاذ التخدير بجامعة كمبردج – أفاد أن الموت الدماغي لا يعتد به في موت الحيوانات، فأولى أن يكون الإنسان كذلك؛ إذ إن "مرسوم الحيوان" الصادر عام ١٩٨٦م – القسم الأول – الفرع الرابع – يقرر أن: "الحيوان يعتبر حياً حتى يحدث توقف دائم لدورة الدم أو تدمير لدماغه، ثم قال الدكتور هيل: "ألم يحن الوقت كي نمنح المرضى – على الأقل – الحماية ذاتها التي نصر على منحها للحيوان، وأن نستخدم المعايير ذاتها القاضية بضرورة التوقف الدائم للدورة الدموية أو تدمير الدماغ لكي نقرر أن الموت قد حدث فعلا قبل إن نشرع في عملية إزالة الأعضاء الحيوية[٣].

٥. تظهر الاختبارات التي تجرى للكشف عن وظائف المخ أنها ليست قطعية الدلالة، وأنها لا تشمل كل وظائف المخ، وأنها إن شملت فإنها تعكس تعطل المخ وليس موته، وأن المخ ليس أهم أعضاء الجسم، وحتى وإن كان قد ثبت موته، فإن موت المخ لا يعنى موت الشخص، فموت الجزء لا يعنى موت الكل[٤].

---

(١) تحديد المفهوم الحديث لموت الدماغ د/ صفوت ص١٩٠، وانظر ندوة التعريف الطبي للموت في المناقشات ٤٠٨ ونصه: إن موت المخ مجرد مفهوم يتعرض للاختلاف من بلد إلى آخر، ومن ولاية لأخرى، ومن مركز لآخر، بل ومن وقت لآخر وأنه ليس حقيقة طبية ثابتة متفقا عليها بين الأطباء في العالم.

(٢) تحديد المفهوم الحديث لموت الدماغ د/ صفوت لطفي ١٩٠.

(٣) المصدر السابق ص ١٩٦.

(٤) التعريف العلمي الطبي للموت د/ رؤوف محمد سلامه ص٤٦٠.

اعترض جمهور الأطباء المشاركين في الندوة التي عقدتها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية عـام ١٩٩٦م على هذه الحجج بما يأتي[١]:

١. ظهور علامات الحياة على بعض المرضى المشخص حالتهم موتاً دماغياً يرجع إلى خطـأ في التـشخيص، ولا يرجع إلى حقيقة التسليم بالموت الدماغي.

٢. الجميع متفق على تحقق الوفاة بالموت الدماغي، ولا توجد فروق جوهرية في معايير الموت الدماغي بين الولايات المتحدة الأمريكية والدول الأوربية، وادعاء وجود اختلافات يرجع إلى أمرين:

أ- الاعتماد على المراجع القديمة التي لا يمكن تطبيقها في الوقت الحالي.

ب- سوء فهم حقيقة هذه الاختلافـات، فهـي اختلافـات في الـصيغ، أو تبنـى الـشروط، والمـستويات الإكلينيكية، وهو ما يسمى ببروتوكولات موت المخ.

أما ادعاء عدم أخذ اليابان والدانمارك بالموت الدماغي فلا يرجع إلى إنكار حقيقته العلمية، وإنما يرجـع - في اليابان - إلى تقاليدها الموروثه، فاليابانيون يرون الموت شـأناً عائليـاً بحتـاً، ومـع ذلـك فقـد سـجلت اليابان في مؤتمر سان فرانسيسكو في نوفمبر ١٩٩٦م، أنها ستصدر قرارات لإيجاد الصيغ القانونيـة المناسـبة لمفهوم موت الدماغ، وكذلك سيحدث في الدانمارك.

٣. إن وسائل تشخيص الموت الدماغي قد تطور جداً، ولم يعد هناك جدل بشأنها.

٤. إن "مرسوم الحيوان" عام ١٩٨٦م يعتمد الموت الدماغي، لتقريره أن: "الحيوان يعتبر حياً حتى يحـدث توقف دائم لدورة الدم، أو تدمير لدماغه، فهـذا اعـتراف بـالموت الـدماغي. والظـاهر مـن اعـتراض الدكتور "هيل" أنه يهاجم سرقة الأعضاء من الأحياء الفقراء، وليس ممن ماتوا دماغياً".

٥. القول بأن اختبارات وظائف المخ غير قطعية وتدل على تعطـل المـخ دون موتـه، وأن المـخ لـيس أهـم أعضاء الجسم، ونحو هذا، قول ظاهر الفساد، ويدل على قلة خبرة صاحبه في العناية المركـزة، ويعتمـد صاحبه على الصحف والمجلات دون البحوث العلمية ومراجعها.

---

(١) مناقشات ندوة التعريف الطبي للموت- المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ص٢٥٠ وما بعدها.

الاتجاه الثالث:

يرى أن للموت مفهومين: مفهوم طبي ومفهوم اجتماعي، ولا تصدر شهادة الوفاة إلا طبقا للمفهوم الاجتماعي.

وإليه ذهب الدكتور يوسف ريزه لي[1] وقريب من هذا ما ورد من توصيات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، حيث انتهت: «إلى أن الإنسان الذي يصل إلى مرحلة مستيقنة هي موت جذع المخ يعتبر قد استدبر الحياة، وأصبح صالحاً لأن تجرى عليه بعض أحكام الموت»[2].

وحجة هذا الاتجاه ما يلي:

١ - إن الحقيقة التي توصل إليها التقدم الطبي في ماهية الموت ترجع الى موت المخ، فكان هذا مفهوما طبياً، لا يملك الطبيب إزاءه سوى إخبار اهل المريض، وهم أصحاب الشأن في التصرف، وفقا لواقعهم الاجتماعي.

٢ - إن التشخيص النهائي لحقيقة الموت يرجع إلى حقيقة الواقع الاجتماعي الذي يشتمل على جوانب طبية وقانونية ودينية وأخلاقية.

الفرع الخامس

اختلاف الفقهاء بشأن موت جذع المخ (الدماغ)

نظراً لاختلاف الأطباء في تكييف الموت الدماغي، فقد اختلف الفقهاء كذلك إلى ثلاثة أقوال:

القول الأول:

يرى أن الموت الدماغي هو موت شرعى حقيقة. وممن اختار هذا القول: مجلس مجمع الفقه الإسلامي في قراره رقم ٥ لسنة ١٩٨٦م.

---

(١) ندوة التعريف الطبي للموت ص٣٣٠

(٢) ندوة الحياة الإنسانية - بدايتها ونهايتها - المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ص٦٧٧.

وهذا الاتجاه جاء في توصيات ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي المنعقد ١٥ يناير ١٩٨٥ في ثانياً، نهاية الحياة البند الخامس ونصه [اتجه رأى الفقهاء - تأسيساً على هذا العرض من الأطباء - إلى أن الإنسان الذي يصل إلى مرحلة مستيقنة هي موت جذع المخ يعد قد استدبر الحياة، وأصبح صالحاً لأن تجري عليه بعض أحكام الموت قياسا - مع فارق معروف - على ما ورد في الفقه خاصاً بالمصاب الذي وصل إلى حركة المذبوح، أما تطبيق بقية أحكام الموت عليه فقد اتجه الفقهاء الحاضرون إلى تأصيله حتى تتوقف الأجهزة الرئيسية].

وأهم حجج هذا الاتجاه ما يلي:

١. أن المولود إذا لم يصرخ لا يُعَدُّ حياً ولو تنفس أو بال أو تحرك، فما لم يكن الفعل إرادياً استجابة لتنظيم الدماغ لا يعد أمارة حياة، وهذا واقع فيمن مات دماغه، فيأخذ حكم المولود الذي لم يصرخ.

ونوقش بأن المسألة مختلف فيها، ثم إن المولود مشكوك في حياته وهذا بخلاف ما نحن فيه، فالأصل حياة المريض، فلا ينتقل عن هذا الأصل إلا بيقين[١].

٢. أن الأطباء هم أهل الاختصاص والخبرة في هذا الفن، وهم مؤتمنون في هذا المجال، فينبغي علينا تصديقهم وقبول قولهم فيما يختص بوظيفتهم، وقد قال الأطباء: إذا رفض المخ قبول التغذية مات الإنسان[٢].

ونوقش بأن ما قاله الأطباء في هذا الجانب إنما هو بقدر مبلغهم من العلم، أما مفارقة الروح للجسد فغيبي، لا يعلمه إلا الله، وما دام القلب ينبض والتنفس يتردد فلا ينبغي التعجل والحكم بالوفاة إلا بيقين.

٣. عجز الأعضاء عن خدمة الروح والانفعال لها دليل على مفارقة الروح الجسد، وهذا متحقق في موت الدماغ، فإن الأعضاء لا تستجيب لتصرفات الروح، والحركة الموجودة في بعض الأحيان إنما هي حركة اضطرارية لا علاقة لها بالروح، وليست ناشئة عنها[٣]، وأيدوا دليلهم بما قاله ابن القيم[٤]والغزالي[٥]: «معنى مفارقة الروح للجسد: انقطاع تصرفها من الجسد بخروج الجسد عن طاعتها».

وقد نوقش هذا الدليل من عدة وجوه[٦].

أ- عدم التسليم بعجز كل الأعضاء في حالة موت الدماغ، بل لازال بعضها يستجيب: كالقلب والرئتين، وهذا كاف في إبطال الدليل.

---

(١) متى تنتهي الحياة لمختار السلامي، ضمن مجلة مجمع الفقه الإسلامي ع٢/ ج١/ ٤٨٣/ ٦٩٨.

(٢) المصدر السابق ٢/ ١/ ٤٨٤،٤٩٨،٥٠٦

(٣) أحكام الأدوية في الشريعة الإسلامية للفلكي ص٣٦١.

(٤) الروح لابن القيم ص٢٤٢.

(٥) إحياء علوم الدين (٤/ ٥٢٥).

(٦) أحكام الأدوية ص٣٦٢.

ب- الحركة الاضطرارية التي ذكروها دليل على وجود الروح وتعطل باقي الأعضاء دليل على ضعف الروح أو فساد تلك الأعضاء.

ج- استشهادهم بقول ابن القيم والغزالي شاهد عليهم، بيان ذلك أن كلاً منهما جعل العبرة بفساد الأعضاء كلها، ومعلوم أنه في حالة موت الدماغ لم تفسد كل الأعضاء.

٤. لا يوجد نص شرعي من القرآن والسنة يعرف الموت وعلاماته تعريفاً محدداً وهذا معناه أن الشارع بحكمته قد تركها للاجتهاد البشرى والخبرة البشرية القابلة للتطور مع تطور المعرفة البشرية[١].

٥. أن موت القلب لا يعد موتاً نهائياً، وإنما الموت النهائي هو موت جذع الدماغ؛ بليل أن عملية زرع القلب بعد استئصال القلب الأصلي لا يعد موتاً، ولا أحد يعد المريض قد مات، مع أن قلبه الأصلي قد مات، وكذا من أخذ القلب منه فإن قلبه لا يزال حياً مع أن صاحبه قد مات منذ زمن[٢].

ونوقش بأن ما ذكر خارج عن محل النزاع؛ لأن ما نحن بصدد الكلام عنه هو من مات جذع دماغه، والخلاف في وفاته شرعاً بعد موت جذع دماغه وقبل توقف القلب والتنفس اللذين يعملان بسبب الآلة، وما ذكر في الدليل جذع دماغه حي، فليس مما نحن فيه[٣].

٦. إن حياة الإنسان تنتهي بعكس ما بدأت به، فإذا كانت قد بدأت بتعلق مخلوق سماه الله الروح بالبدن بناء على أمر الله وقدره فإن انتهاء هذه الحياة لا بد كائن بمفارقة هذا المخلوق للجسد الذي تعلق به، وهذه نتيجة منطقية أصلها قاعدة السببية المتحكمة في هذا الوجود[٤].

القول الثاني:

يرى أن الموت الدماغي ليس موتاً شرعياً حقيقة. وإلى هذا ذهب بعض الباحثين، منهم: الدكتور توفيق الواعي وغيره. واحتجو بما يلي:

١. قوله تعالى: ﴿**أَمْ حَسِبْتَ أَنَّ أَصْحَابَ الْكَهْفِ وَالرَّقِيمِ كَانُوا مِنْ آيَاتِنَا عَجَباً*إِذْ أَوَى الْفِتْيَةُ إِلَى**

(١) تعريف الموت، د/ فيصل شاهين ص٢٩٩ ندوة التعريف الطبي للموت ١٩٩٦.

(٢) موت الدماغ بين الطب والإسلام ١٧٨ نهاية الحياة الإنسانية ومجلة مجمع الفقه ومجلة المجتمع ٣/ ٢/ ٥٧.

(٣) موت الدماغ للطريقي٤٣.

(٤) تعريب الموت د/ فيصل شاهين ص٣٠٠، ندوة التعريف الطبي للموت.

الْكَهْفِ فَقَالُوا رَبَّنَا آتِنَا مِن لَّدُنكَ رَحْمَةً وَهَيِّئْ لَنَا مِنْ أَمْرِنَا رَشَداً*فَضَرَبْنَا عَلَى آذَانِهِمْ فِي الْكَهْفِ سِنِينَ عَدَداً*ثُمَّ بَعَثْنَاهُمْ لِنَعْلَمَ أَيُّ الْحِزْبَيْنِ أَحْصَى لِمَا لَبِثُوا أَمَداً﴾[1].

وجه الدلالة: أن قوله سبحانه وتعالى (بعثناهم) أي أيقظناهم وهذه الآيات فيها دليل واضح على أن مجرد فقد الإحساس والشعور وحده لا يعتبر دليلاً كافياً للحكم بكون الإنسان ميتاً كما دلت عليه الآية[2].

وفي بحثه الفقهي قال الدكتور توفيق الواعي ص/ ٤٨٤ أيضا: «ركز القائلون بالموت إذا فقد المخ الحياة على فقدان الشعور، وهذا لا ينهض دليلًا على الموت وإلا كان المجنون والمغمى عليه والمشلول ميتًا، وهذا ما لم يقل به إنسان إلى اليوم» أهـ.

نوقش هذا الدليل بما يلي:

أولاً: إنه مبنى على أن موت الدماغ إنما هو زوال الشعور والإحساس وهذا لم يقل به أحد قط، وإنما هو تعطل مركز الأوامر الحياتية للإنسان بما لا يبقى به حياة بعد رفع أجهزة الإنعاش، فإن الأطباء مجمعون على أنه لا أمل في إعادة حياة من ثبت تشخيص موت دماغه لاعتبار ارتباط أسباب الحياة فيه، ألا ترى أنه إذا فصلت تلك الأجهزة يتوقف التنفس بدون رجعة[3].

ثانياً: هذا خارج عن محل النزاع؛ لأن ما حصل لأصحاب الكهف هو نوم طبيعي وليس فيه شيء من الإغماء ولا من الموت، وهو كرامة لهؤلاء الفتية[4].

٢. قاعدة [اليقين لا يزول بالشك][5].

---

(١) الكهف أية ٩: ١٢.

(٢) حقيقة الموت والحياة في القران والأحكام الشرعية د. توفيق الواعي، من بحوث ندوة الحياة الإنسانية ص٤٧٣ ومجلة مجمع الفقه ٣/ ٢/ ٧٠٥.

(٣) أثر الموت في التصرفات الشرعية د/ فهد الرشيدي ص٢٤ رسالة دكتوراه.

(٤) موت الدماغ د. الطريقى ٣٩.

(٥) الأشباه والنظائر للسيوطي ص٥٠.

وجه الدلالة: أن اليقين في هذه الحالة المختلف فيها هو حياة المريض باعتبار الأصل؛ ولأنه ينبض، والشك في موته لأن دماغه ميت، فوجب علينا اعتبار اليقين الموجب للحكم بحياته، حتى نجد يقينا مثله يوجب علينا الحكم بموته[1].

ويشير الطبيب أحمد شوقي إبراهيم إلى ظنية بعض علامات موت جذع المخ فيقول كما في: كتاب الحياة الإنسانية ص/ ٣٧٦:

" ما هي علامات موت المخ؟ ليس لدينا من العلم في ذلك إلا رسم المخ الكهربائي وهو قطعي في بعض الحالات، ولا يكون كذلك في بعض الحالات، كحالات التسمم بالأدوية المنومة مثلاً" ا.هـ.

ونوقش هذا: بأن اليقين هو ما ثبت علمياً بأن من ماتت دماغه لم يعد له أمل في بقاء الحياة.

٣. قاعدة [الأصل بقاء ما كان على ما كان][2].

وجه الدلالة: أن الأصل هو الحياة، فيبقى الأمر على هذا الأصل[3].

ونوقش هذا: بما ورد في مناقشة قاعدة اليقين.

٤. الاستصحاب.. ووجه ذلك: أن المريض قبل موت دماغه متفق على أنه حي فيستصحب هذا الحكم إلى هذه الحالة التي اختلف فيها[4].

ونوقش هذا: بما ورد في مناقشة قاعدة اليقين.

٥. أن ما ذكره الفقهاء من علامات الموت لا تتحقق في ميت الدماغ[5].

ونوقش هذا: بأن ما ذكره الفقهاء من علامات للموت ليست توقيفية مع ظنيتها، ويعطي الله لأهل كل عصر من العلم ما يسير حياتهم.

٦. حفظ النفس مقصد من مقاصد الشريعة، ولا شك أن الحكم باعتبار المريض في هذه الحالة حياً فيه

---

(١) حقيقة الموت والحياة د. توفيق الواعي ص٤٧٢ ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها.

(٢) الأشباه والنظائر لابن نجم ٥٧.

(٣) حقيقة الموت والحياة ص٤٧٨.

(٤) فقه النوازل ص٢٣٢.

(٥) موت الدماغ للطريقي ص٤٠.

محافظه على النفس[1].

ونوقش هذا: بأن حفظ النفس معتبر في حال حياتها، ومن ماتت دماغه لم يعد نفساً عند من قال بالموت الدماغي.

القول الثالث:

يرى أن للموت مستويين[2]:

المستوى الأول: يكون بموت الدماغ، وهذا يرتب على صاحبه بعض أحكام الموت.

المستوى الثاني: يكون بموت الدماغ وتوقف سائر الأجهزة الرئيسة بالجسد، وهذا يرتب على صاحبه بقية أحكام الموت من دفنه وتنفيذ وصاياه وتوريث ماله.

وإلى هذا الاتجاه الثالث ذهبت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الثانية ١٩٨٥م، والتاسعة ١٩٩٦م، كما ذهب الدكتور محمد سليمان الأشقر، والشيخ محمد مختار السلامى والأستاذ عبد القادر العماري، والدكتور يوسف القرضاوي، وآخرون[3] واستدلوا بما يلي:

١. الجمع بين أدلة القولين السابقين.
٢. إن الجسم البشرى يحتوى على مستويات متعددة من الحياة: فهناك الحياة الخلوية، والحياة الجنينية، والحياة المستقرة، والحياة غير المستقرة، فكذلك الموت يكون على نفس تلك المستويات، ويكون لكل مستوى منها أحكامه الخاصة.

ونوقش هذا: بأن الموت الدماغي - وفقاً لضوابطه الطبية الدقيقة - موت نهائي لا رجعة فيه، وما يحدث من تنفس وحركة الدورة الدموية معه ليس دليلا على الحياة؛ لأن هذا التنفس وتلك الحركة إنما هي بتأثير أجهزة الإنعاش وليس بتلقائية الجسم، فإذا ما رفعت تلك الأجهزة سكن الجسد تماماً. فلا وجه لتقسيم الموت إلى مستويين؛ إذ لا واسطة بين النفي والإثبات.

---

(١) أحكام الجراحة الطبية ص٣٤٧.

(٢) بحث نهاية الحياة د. محمد سليمان الأشقر - ندوة الحياة الإنسانية ص٤٣٩.

(٣) ندوة الحياة الإنسانية المرجع السابق ص٤٣٩،٤٤٨،٤٥٣،٥٤٠ وما بعدها وص٦٧٧ (التوصيات). وندوة الموت الدماغي ١٩٩٦م - المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية.

ترجيح الدكتور دعيج المطيري:

يقول فضيلته بعد هذا التفصيل لاختلاف الأطباء ثم اختلاف الفقهاء: (والذي يظهر لي أن اعتماد حكم الموت بالموت الدماغي بضوابطه الطبية الدقيقة هو الأقرب والمختار؛ لأن أهل الاختصاص قرروا ذلك، فالموت الدماغي هو موت للمراكز الحيوية الواقعة في جذع الدماغ، فإذا ماتت هذه المنطقة فإن الإنسان يعد ميتاً؛ لأن تنفسه بواسطة الآلة مهما استمر لا قيمة له، ولا يعطي الحياة للإنسان، وكذلك استمرار النبض من القلب، بل وتدفق الدم في الشرايين والأوردة لا يعد علامة على الحياة طالما أن الدماغ قد توقفت حياته توقفاً تاماً لا رجعة فيه.

أما بالنسبة للفقهاء القائلين بعدمه، فجلُّ ما يستندون عليه اليقين والموت الدماغي عندهم ظني، والحقيقة أن العلامات الظاهرة للموت لدى الفقهاء ظنية، ليست بيقينية، بخلاف ما لدى الأطباء من وسائل تشخيصية أكثر دقة من العلامات الظنية، بدليل ما ورد ذكره في بعض كتب الفقهاء من دفن أحياء على أنهم أموات، بناء على تلك العلامات الظاهرة. يقول ابن عابدين في حاشيته (١/ ٥٧٢) ما نصه: [إن أكثر الذين يموتون بالسكته يدفنون وهم أحياء؛ لأنه يعسر إدراك الموت الحقيقي إلا على أفاضل الأطباء].

بل أصبح الطب أكثر دقة في تحديد الموت، وهو ما يقرره الفقهاء حتى القائلين منهم بعدم الموت الدماغي)[1].

ترجيح الباحث:

الذي أميل إلى ترجيحه هو القول الثاني الذي لا يعتبر موت جذع المخ وفاة نهائية تجعل صاحبها ميتا تجري عليه أحكام الميت كاملة – كما يرى أصحاب القول الأول – ولا جزئية – كما يرى أصحاب القول الثالث. وذلك لما يلي:

أولا: أدلتهم أقوى وأقرب إلى اليقين، إن لم تكن اليقين ذاته.

(١) الموت الدماغي وتكييفه الشرعي.. دراسة طبية وفقهية مقارنة.. مرجع سابق.

ثانيا: الذي يظهر لي أن أصحاب القول الأول لا يهمهم في حقيقة الأمر سوى نقل الأعضاء، فكل همهم سرعة الحكم على الشخص بالموت حتى يتم أخذ الأعضاء المتبرع بها في حالة سليمة تجعل نجاح عملية زرع العضو في جسد المتبَرَّع له أقرب ما يمكن إلى النجاح.

وهي غاية إن افترضنا فيها حسن النية فإنها لا تراعي حق الطرف الآخر المتبرع، وتجعل جسده نهبا لمبضع الجراح يستأصل منه أجزاء لا تزال على قيد الحياة ولم يحكم على صاحبها بالموت بيقين.

ثالثا: مما يؤكد ذلك أنه إذا كان الشخص الذي حُكم عليه بأنه ميت لم يكن متبرعا بأعضائه فإنه سيُتْرَك بعد موت جذع مخه ولن يتم دفنه إلا بعد توقف نبضه وتنفسه نهائيا. فما الفائدة إذا بتعجيل الحكم عليه بالموت بمجرد موت جذع المخ؟ وبخاصة أن أصحاب الرأي الثالث يعتبرون سريان أحكام الموت عليه – من دفن وميراث وسقوط وكالة وعدة زوجته... إلخ – يعتبرون سريان هذه الأحكام متوقفا على ما أسموه بالمستوى الثاني للموت. إن هذا يؤكد أن المسألة كلها والضجيج المثار حولها لا يخرج عن دائرة نقل الأعضاء عند من يبيحونه. وهي مسألة مستقلة ليست مجال بحثي هذا.

وغاية ما يمكن قبوله في مسألة موت جذع المخ أنه يُقبل كمسوغ لنزع أجهزة التنفس الصناعي عن المريض كما سيتبين بوضوح في الفرع التالي.

الفرع السادس

نزع أجهزة التنفس الصناعي بموت جذع المخ مع عدم الحكم بوفاة المريض إلا بعد توقف جميع أجهزة الجسم توقفا تاما لا رجعة فيه

بعد الاستقرار على أن موت جذع المخ لا يعتبر وفاة أقول: إنه فقط مسوغ ومبرر شرعي لنزع أجهزة التنفس الصناعي عن المريض أو المصاب، بعد التأكد من خلال المعايير الأمريكية التي سبق ذكرها، وأكررها هنا حتى تكون واضحة أمام السادة أصحاب الفضيلة أئمة المراكز الإسلامية عندما يتم استدعاؤهم من قِبَلِ المستشفيات أو اهالي المرضى والمصابين لاتخاذ القرار المؤلم بنزع هذه الأجهزة، والمعايير المطلوبة هي:

(١) الإغماء الكامل وعدم الاستجابة لأي مؤثرات لتنبيه المصاب مهما كانت قوية.

(٢) عدم الحركة التلقائية.

(٣) عدم التنفس لمده ثلاث أو أربع دقائق [على خلاف بين المدارس الطبية] بعد إبعاد المنفسة (جهاز التنفس الصناعي).

(٤) عدم وجود أي نشاط كهربائي في رسم المخ بعد امراره بطريقة معينة معروفة عند الأطباء.

(٥) عدم وجود أي من الأفعال المنعكسة من جذع المخ (الدماغ) الدالة على نشاط الجهاز العصبي مثل:

- عدم حركة حدقة العين عند تسليط الضوء الشديد عليها.
- لا يرمش المصاب رغم وضع قطعة من القطن على قرنية العين.
- لا تتحرك مقلة العين رغم إدخال ماء بارد في الأذن.
- لا يقطب المصاب جبينه رغم الضغط على الجبين بالإبهام.
- عدم التحكم أو الكحة عند لمس الحنك وباطن الحلق بالإبهام وعدم استجابة عضلات الحنجرة لتحريك أنبوب القصبة الهوائية.
- عدم وجود حركة الدمية عند تحريك الرأس.

ويجب إعادة فحص وظائف الدماغ من فريق أخر بعد مرور عدة ساعات على الفحص الأول بعد مرور ٢٤ ساعة.

فإذا تأكد للإمام ولأهل المريض توافر هذه المعايير فلا مفرّ من قضاء الله وقدره برفع أجهزة الإنعاش عن المريض.

ولكن...

ولكن، لا يحكم بوفاة المريض إلا بعد مرور فترة من الزمن تتوقف فيها جميع أجهزة الجسم عن العمل توقفا كاملا. وفي هذه اللحظة يحكم بوفاة المريض وتسري عليه جميع الأحكام الشرعية للموتى، من وجوب تغسيله وتكفينه والصلاة عليه وحمله ودفنه في مقابر المسلمين، ونفاذ وصاياه، وتوزيع تركته بين ورثته، واعتداد زوجته وحدادها، وسقوط وكالته... إلخ.

وهذا ما دأبت على تأكيده اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء في فتاواها المتعلقة بجواز نزع أجهزة الإنعاش عن المرضى الذين حكم الأطباء بموت جذع مخهم، مع الانتظار فترة قبل الحكم بموتهم:

فقد ورد إلى اللجنة سؤال من إندونيسيا يقول صاحبه: بنت مسلمة من أندونيسيا حدث لها حادث في السيارة بتاريخ ١٩/ ٩/ ١٩٩٣م مما أدى إلى تهشم مخها وكسر رجليها، والآن هي في المستشفى، وتتنفس عن طريق جهاز يوضع لها، ويقول الأطباء: لو سحب منها هذا الجهاز ستموت فوراً، ولا يمكن أن تستمر لها الحياة إلا بوضع هذا الجهاز. علماً بأن تكاليف العلاج ليوم واحد مايعادل اثنا عشر ألف دولار أسترالي، و ليس لها مصدر لتسديد هذا المبلغ. فهل يجوز شرعا سحب هذا الجهاز؟ أرجو الإجابة على هذا السؤال أو توجيهه إلى أهل الاختصاص.

وبعد دراسة اللجنة للاستفتاء أجابت: بأنه إذا كان الأمر كما ذكر فلا مانع من نزع الجهاز التنفسي عنها، إذا قرر طبيبان فأكثر أنها في حكم الموتى، ولكن يجب أن ينتظر بعد نزع الأجهزة منها مدة مناسبة حتى تتحق وفاتها. وبالله التوفيق، وصلى الله على نبيا محمد، وآله وصحبه وسلم.

كما عُرض على اللجنة حالة أخرى من المملكة يقول صاحبها: إن الله سبحانه وتعالى قد رزقني بمولود في تاريخ ١٦/ ٢/ ١٤١٠هـ، ولكن قدرة المولى عز وجل جعلت ذلك المولود يصاب بمرض في المخ تضاعف حتى أتلف خلايا التنفس في المخ حسبما أسموه الأطباء، وقد قمت بسؤال الأطباء عن سبب ذلك المرض إلا أنهم أجابوني: إنها حالة طبيعية، وقد تحث لبعض الحالات، كما أنه وللاسف لا يوجد علاج لمثل هذه الحالة إلا أن يشاء الله، وهذا أيضاً ماأفاد به الأطباء.

فضيلة الشيخ: إن الطفل تحت التنفس الصناعي، ولو سُحب من ذلك الأكسجين سوف يتوفى بعد مدة عشر دقائق، و كل شئ بيد الله وعنده علمه، كما أفيد فضيلتكم بأن الأطباء في المستشفى قد سمحوا لي أن أشاهد ذلك على الطبيعة، وفعلاً سحبوا الأكسجين عن الطفل فلم يتنفس نهائياً، وعندما أعادوا عليه الأكسجين عادت إليه الحياة بتنفس غير طبيعي.

صاحب الفضيلة سؤالي هو: أنني حاولت إخراج الطفل من المستشفى على مسؤوليتي، سواء إن كان سيحيا أو يموت، و لكن أخاف أن يلحقني إثمٌ في إخراجي له وتسبُّبي في وفاته إن قدر الله له الموت، فهل يجوز لي أن أخرجه مهما كلف الأمر من حياة أو موت؟ أم أبقيه في المستشفى تحت التنفس الصناعي؟

فضيلة الشيخ أرجو إفادتي أفادكم الله مع حامل رسالتي إليكم إفادة خطية، هذا، وجزاكم الله خير الجزاء، إنه على كل شئ قدير والله يرعاكم.

وبعد دراسة اللجنة للاستفتاء أجابت:

بأنه إذا كان الأمر كما ذُكر فلا مانع من نزع أجهزة التنفس عن ولدك إذا قرر طبيبان فأكثر أنه في حكم الموتى، و لكن يجب أن ينظر بعد نزعها منه مدة مناسبة حتى تتحقق وفاته. وبالله التوفيق، وصلى الله على نبيا محمد، وآله وصحبه وسلم. وفتاوى اللجنة بهذا الخصوص كثيرة جدا.

** ** **

وبهذا ينتهي هذا الفصل الخاص بالتنفس الصناعي الآلي، بعد ان ناقشنا في الفصل الأول النوع الأول من نوعي التنفس الصناعي وهو التنفس الصناعي عن طريق الفم.

الخاتمـــــة

أولا: أهم النتائج

بعد هذه الجولة السريعة في جنبات هذا الموضوع الحيوي، أرجو ان يكون القاريء الكريم قد توصل معي إلى النتائج التالية:

أولا: عظمة الشريعة الإسلامية وروعتها في جمعها بين الثبات والمرونة، وفي مواكبتها لجميع التطورات العلمية التي يتوصل إليها البشر في حياتهم.

ثانيا: الثراء العظيم في تراثنا الفقهي، حيث ترى للفقهاء القدامى أقوالا رائعة يمكن القياس عليها والتفريع منها في قضايا حديثة ظهرت بعد تدوين كتب الفقه القديمة بقرون.

ثالثا: أن نعم الله عز وجل على عباده عظيمة ولا تعدّ ولا تُحصَى، وان الإنسان قد يغفل أحيانا عن نعم عظيمة نتيجة تعوده عليها وفعله لها تلقائيا. ومن هذه النعم نعمة التنفس التي هي من أهم الضرورات لبقاء الإنسان على قيد الحياة. ومع ذلك لا يشعر بأهميتها إلا عند فقدها أو احتياجه لمساعدة في إتمامها.

رابعا: من عظمة ديننا أن يجعل ثواب إنقاذ حياة شخص واحد بمثابة إحياء للبشرية كلها، وجعل إنقاذ حياة إنسان بأية وسيلة – ومن بينها إجراء التنفس الصناعي له فمويا أو آليا – واجبا كفائيا في رقبة المجتمع كله، يأثم جميع أفراده إذا لم يقم به أحدهم، ويكون واجبا عينيا في حق من يتعين عليه ذلك بأن يكون الوحيد المتواجد بجوار المريض أو المصاب المحتاج إلى التنفس الصناعي أو أنه الوحيد الذي يملك المهارة في ذلك، أو أنه الطبيب أو الممرض أو المسعف الوحيد القريب من المريض أو المصاب.

خامسا: ومن روائع ديننا الحنيف وشريعته الغراء: أن جعل هذا الإنقاذ والإسعاف واجبا دينيا وإنسانيا يتم القيام به لأي شخص محتاج إليه، رجلا كان أو امرأة، مسلما أو غير مسلم.

سادسا: هناك حالات لا يلزم فيها القيام بعملية التنفس الصناعي، وذلك حينما تتأكد وفاة المريض أو المصاب... وغيرها من الحالات التي ذُكِرَت مفصلة في البحث.

سابعا: اختلف الأطباء في توصيف حال المريض أو المصاب حالة موت جذع مخه، بين من اعتبره ميتا وبين من اعتبره حيا وبين من توسّط فجعل للموت مستويين: أحدهما طبي يتحقق بموت جذع المخ، والآخر اجتماعي لا يتحقق إلا بموت جميع أعضاء الجسم.

ثامنا: تبعا لاختلاف الأطباء بشأن توصيف حال المريض الذي مات جذع مخه اختلف الفقهاء أيضا في المسألة إلى ثلاثة أقوال: من يعتبر موت جذع المخ موتا شرعيا، ومن لا يعتبر ذلك موتا شرعيا على الإطلاق، ومن توسط فأخذ بقاعدة تبعُّض الأحكام فجعل للموت بجذع المخ بعض أحكام الموت دون البعض الآخر من غسل وتكفين ودفن... إلخ، إذ ربطها بالموت التام لجميع أعضاء الجسم.. وقد رجحنا الأخذ بالقول الثاني لقوة أدلة أصحابه من ناحية، وللوقوف في وجه من جعلوا كل همهم الاستيلاء على أعضاء المريض دون كبير اهتمام بكرامته واحتمالية كونه حيا على الأقل.

تاسعا: أنه إذا تأكّد بالتشخيص الدقيق موت جذع المخ، وبعد تطبيق المعايير الأمريكية الخمسة بفروعها واختباراتها فإنه يجوز لأصحاب الفضيلة أئمة المراكز الإسلامية الإتاء بنزع أجهزة التنفس الصناعي عن المريض، مع عدم الحكم بموته إلا بعد التأكد تماما من توقف جميع أجهزة الجسم توقفا لا رجعة فيه طبيا.

ثانيا: أهم التوصيات

أولا: أوصي أصحاب الفضيلة أئمة المراكز الإسلامية بمزيد من القراءة والبحث حول هذا الموضوع المهم والحيوي، لسبر أغواره والإحاطة قدر الإمكان بجوانبه المختلفة.

ثانيا: كما أوصيهم وإدارات المساجد والمدارس الإسلامية ومراكز الشباب المسلم بعمل دورات تدريبية في تلك الأماكن، يتم في كل مرة اختيار بعض أبناء الجالية لتدريبهم على الإسعافات الأولية وكيفية التصرف في أحوال الطواريء، وبخاصة كيفية إجراء التنفس الصناعي بنوعيه الفموي والآلي. فكم من أرواح يمكن إنقاذها وأنفس يمكن حفظها من الهلاك بأشياء بسيطة في متطلباتها ولكنها عظيمة في ثوابها واجرها عند الله تعالى.

ثالثا: الاستعانة في هذه الدورات بأهل الخبرة والمتخصصين، وأن تكون دورية بحيث يتم تدريب أكبر عدد من الناس.

رابعا: كما أوصي أصحاب الفضيلة الأئمة بتذكير الناس بنعم الله العظيمة عليهم وبواجب الشكر للخالق المنعم العظيم الذي نتقلب في نعمه ليل نهار ثم يبارزه البعض بالعصيان، مع أن قواعد العقل والحياء توجب أن يستحي المرء ممن أحسن إليه ولو لمرة واحدة في حياته، فما بالنا ونعم ربنا علينا لا تعد ولا تحصى.

خامسا: كما اوصيهم بالتوضيح والبيان لأبناء الجالية وللمجتمع الأمريكي بأن شريعة الإسلام ليست شريعة القتل والتدمير والإرهاب كما يزعم الإعلام المضلل، وإنما هي شريعة السماحة والعدالة والإنسانية. ومناسبة ذلك في بحثنا هذا ما أوردناه بين ثناياه من مواقف إنسانية رائعة لنبي الإسلام ﷺ في احترام الكرامة الإنسانية التي أنعم بها المولى على جميع بني آدم دون تفريق بين المسلمين منهم وغير المسلمين، حينما وقف لجنازة يهودي وقال: أليست نفسا؟ وحينما أمر أصحابه بدفن جثث أعدائه القتلى من مشركي قريش الذين تركهم أهلوهم في الصحراء.

ما أعظمك يا رسول الله وما أعظم إنسانيتك. فصلوات الله وتسليماته عليك، وعلى آل بيتك الطيبين الطاهرين، وأزواجك أمهات المؤمنين، وأصحابك الغر الميامين، ومن تبعهم بخير وإحسان إلى يوم الدين.. والحمد لله رب العالمين