

الموت الدماغى وتكليفه الشرعى

دراسة فقهية طبية مقارنة

د. دعيح بطحي ادحيلان المطيري⁽¹⁾

ملخص

من أهم المسائل المستحدثة التي ثار حولها الجدل طبيًا وفقهيًا: حقيقة الموت الدماغى وتكليفه الشرعية، والموت عند الفقهاء: هو مفارقة الروح الجسد وله علامات ظاهرة يعرفها الخلف عن السلف، مثل: انقطاع النفس واسترخاء القدمين، وانفصال الزندين، وبرودة البدن، ويعتقد الأطباء المعاصرون أن تلف الدماغ وتوقفه عن وظائفه توقفاً تاماً لا رجعة فيه يعد موتاً نهائياً، حتى ولو كانت بعض وظائف الجسد - كالقلب والرئتين - تعمل تحت المنفسة (أجهزة الإنعاش: إكلينيكيًا، أو سريريًا، أو دماغياً).

وهذه المرحلة من الموت هي أفضل أوقات نقل الأعضاء من المريض إلى من يحتاجها، وتباين المدارس الطبية أو ضوابط هذا التشخيص، والأولى هو الجمع بين تلك المدارس للاحتياط

والمختار في الفقه الإسلامى هو: اعتماد ما انتهى إليه الأطباء المختصون من تعريف الموت الدماغى واعتباره موتاً شرعياً يسوغ رفع أجهزة العناية الفائقة ومنع العقاقير باهظة التكاليف ونقل الأعضاء المسموح شرعاً بنقلها عنم بلغ هذه الحال.

(1) أستاذ مساعد بقسم الفقه وأصوله - العميد المساعد للشؤون الطلابية - كلية الشريعة - جامعة الكويت.

المقدمة:

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين، نبينا محمد، صلى الله عليه وعلى آله وصحبه وسلم، أما بعد.

من المسائل المستحدثة التي ثار حولها الجدل طيباً وفقهياً: حقيقة موت جذع الدماغ، هل هو موت حقيقي أم لا؛ وتكمن أهمية الموضوع فيما يترتب عليه من آثار تحتاج إلى دراسة أخرى مستفيضة، ولذلك أردت في هذا البحث أن أبين حقيقة هذا الموت وتكييفاته الطبية والفقهية، متبعاً في ذلك منهج الاستقراء والتحليل والمقارنة والاستنتاج، سائلاً الله تعالى التوفيق والسداد.

وقد قسمت البحث إلى:

المبحث الأول: حقيقة الموت عند الأطباء والفقهاء وعلاماته.

المبحث الثاني: مفهوم الموت الدماغى ومدى الحاجة إلى تشخيصه المبكر.

المبحث الثالث: نبذة تاريخية عن الموت الدماغى.

المبحث الرابع: مكونات الدماغ وأسباب موته.

المبحث الخامس: معايير الموت الدماغى.

المبحث السادس: تكييف الأطباء للموت الدماغى.

المبحث السابع: تكييف الفقهاء للموت الدماغى.

ملحق: بيان قرارات المجامع الفقهية في الموت الدماغى

الخاتمة.

قائمة المراجع.

ولا يفوتني أن أتقدم لجامعة الكويت بالشكر على دعمها لهذا المشروع

برقم HJ 02/05.

المبحث الأول

حقيقة الموت عند اللغويين والفقهاء والأطباء وبيان علاماته

وفيه مطلبان:

المطلب الأول

حقيقة الموت 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⁾.

وتعريف الشيخ الباجوري يشمل السقط ميتاً قبل أن تدب الروح فيه. وقد ذكر الدكتور بكر أبو زيد في حقيقة الموت عند الفقهاء أنها تلخص في أمرين⁽⁴⁾.

1. مفارقة الروح البدن.

2. وأن حقيقة المفارقة: خلاص الأعضاء كلها عن الروح، بحيث لا يبقى جهاز من

أجهزة البدن فيه صفة حياتية

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

(2) شرح النووي على صحيح مسلم 224/6 المجموع 94/5، مغني المحتاج 68/1.

(3) حاشية الباجوري 74/1.

(4) فقه النوازل ص 225.

المطلب الثاني

علامات الموت عند الفقهاء والأطباء

أما علاماته عند الفقهاء فإنها تتلخص في⁽¹⁾:

- 1- انقطاع النفس 2- استرخاء القدمين 3- انفصال الزندين⁽²⁾ 4- ميل الأنف 5-
- امتداد جلدة الوجه 6- انخساف الصدغين 7- تقلص خصيتيه إلى فوق مع تدلى الجلدة 8-
- برودة البدن 9- إحداد البصر.

وهذه الأمارات ظاهرة تدرك بالمشاهدة والحس ويشترك في معرفتها عموم الناس.

وأما علامات الموت عند الأطباء: فمنها علامات أساسية وأخرى استدلالية⁽³⁾.

أما علامات الموت الأساسية: فهي توقف النفس والقلب والدورة الدموية توقفاً لا رجعة فيه، وهي 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.

(1) انظر حاشية بن عابدين 189/1، والفتاوى الهندية 154/1، ومختصر خليل 37/1، وروضة الطالبين 89/2، الروض المربع 326/1، وغيرها.

(2) الزندان: الساعد والذراع. والأعلى منهما هو الساعد، والأسفل منهما هو الذراع لسان العرب، مادة: زند.

(3) انظر أحكام الأدوية للفكي ص 350 وما بعدها، كتاب الموقف الفقهي للبار ص 26، الطبيب وأدبه للسباعي، انظر بحث د. فيصل شاهين ص 297 تعريف الموت في ندوة التعريف الطبي للموت 1996.

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 (24 ساعة) من الوفاة ويتأخر عن ذلك في الجو البارد.

وقد أجمل بعض الباحثين العلامات الدالة على موت الدماغ فيما يلي⁽¹⁾:

1. الإغماء الكامل وعدم الاستجابة لأي مؤثرات لتنبه المصاب مهما كانت قوية
2. عدم الحركة التلقائية
3. عدم التنفس لمدة ثلاث أو أربع دقائق [على خلاف بين المدارس الطبية] بعد إبعاد المنفسة.
4. عدم وجود أي نشاط كهربائي في رسم المخ بعد امراره بطريقة معينة معروفة عند الأطباء.
5. عدم وجود أي من الأفعال المنعكسة من جذع الدماغ الدالة على نشاط الجهاز العصبي مثل:

(1) انظر بحث موت الدماغ ص6 بحث في الانترنت دون ذكر صاحبه، موت الدماغ للطريقي ص33، فقه النوازل ص220، أجهزة الإنعاش للبار - ضمن مجلة مجمع الفقه الإسلامي 454/1/2 نهاية الحياة البشرية أحمد شوقي 602/2/3 مجلة المجمع الفقهي انظر الموت والحياة بين الأطباء والفقهاء - الشريبي 355 بحث مقدم في الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها، يناير 1985 المنظمة الإسلامية.

- 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 آخر بعد مرور عدة ساعات على خلاص
فعندما يصاب جذع الدماغ وهو المتحكم في جهازى التنفس والقلب والدورة الدموية فان
توقف جذع الدماغ وموته يؤدي لا محالة إلى توقف القلب والدورة الدموية والتنفس ولو بعد
حين.

المبحث الثاني

مفهوم الموت الدماغى ومدى الحاجة إلى تشخيصه المبكر

وفيه مطلبان:

المطلب الأول

مفهوم الموت الدماغى

بما أن هذا المصطلح طبي مستحدث فلم يتعرض له فقهاؤنا القدامى، وقد انطلق فقهاؤنا المعاصرون من المصطلح الطبي. وقد عرفه الأطباء عدة تعريفات منها:

1. تلف دائم في الدماغ يؤدي إلى توقف دائم لجميع وظائفه بما فيها وظائف جذع الدماغ⁽¹⁾.

2. توقف الدماغ عن العمل تماما وعدم قابليته للحياة⁽²⁾.

3. التوقف الدائم الذي لا رجعة فيه لكل وظائف المخ⁽³⁾.

4. الشخص الذي توقفت فيه بلا رجعة جميع وظائف كل المخ بما فيه جذع المخ⁽⁴⁾.

ويرى د/ سهيل الشمري أن مصطلح [موت الدماغ] يعتبر الكائن البشرى ميتاً عندما

تتوقف الوظائف الإكلينيكية (غيبوبة دائمة وانعدام انعكاسات جذع الدماغ) للدماغ وبشكل

(1) موت الدماغ - لندى محمد نعيم الدقر - ص 47 دار الفكر المعاصر - بيروت ط 1 1418 هـ 1997 م ص 47.

(2) فقه النوازل د. بكر أبو زيد 220/1

(3) HARRISON S PRIS APLES ME DCIRE, UEDITION, VOT.

(4) التعريف الطبي للموت د. رؤوف محمود سلامه ص 451، وهذا التعريف الذي اختاره د/ رؤوف هو تعريف اللجنة

الرئاسية بالولايات المتحدة، كما ذكره في بحثه بحث مقدم للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية 19 ديسمبر 1996.

يتعذر إلغاؤه، مع استمرار وظائف الأعضاء الأخرى⁽¹⁾.

المطلب الثاني

مدى الحاجة إلى تشخيص الموت الدماغى مبكراً

ذكر بعض الباحثين عدة أسباب لبيان الحاجة إلى تشخيص الموت الدماغى مبكراً في حال الحكم به، ومن ذلك ما يلي⁽²⁾:

1. اهتمام فريق نقل الأعضاء باستخدام الميت باعتباره متبرعاً بأعضائه.
 2. التكاليف الباهظة للملاحظة في العناية المركزة.
 3. الحاجة إلى السرير في وحدة العناية المركزة لحالة مريض آخر، قد تكون الآمال في إنقاذ حالته أكثر.
 4. التقليل من الفترة المحزنة للأقارب.
 5. الإحباط الذي يصيب العاملين في وحدة العناية المركزة حين يجبرون على تمريض جسم شخص ميت.
 6. الإساءة إلى المتوفى.
- ويمكن أن نضيف إلى ذلك ما يلي:

7. رفع أجهزة الإنعاش عن المحكوم عليهم بالموت وإسعاف من مات قلبه دون

(1) موت الدماغ المأزق والحل د. سهيل الشمري ص385 بحث مقدم للمنظمة الإسلامية الطبية 19/ديسمبر 1996.

(2) موت الدماغ التعريف والمفاهيم، د. عدنان خريط ص356 بحث مقدم لندوة التعريف الطبي 1996.

8. ترتيب أوضاع المستحقين للإرث واتخاذ باقي الإجراءات في أحكام الموت(2).

المبحث الثالث

نبذة تاريخية عن الموت الدماغى

أول تنبيه إلى موضوع موت جذع الدماغ باعتباره موتاً نهائياً كان في عام 1952م، حين قبلت إحدى المحاكم الأمريكية في (ولاية كنتاكي) النظر في الدعوى الخاصة بشخص كان قلبه لا يزال ينبض ويدفع الدم من الأنف، فطبقت معيار موت جذع الدماغ كلية معياراً قانونياً للموت، وعدلت عن معيار توقف التنفس والنبض (أي القلب والدورة الدموية)(3).

– 1959م في فرنسا على يد الطبيبين الفرنسيين مولاريه، وغولون. وسميا هذه المرحلة ما بعد الإغماء، وكان هذا أول وصف لمفهوم موت جذع الدماغ(4).

– 1968م المدرسة الأمريكية، وهى أول من وضع المواصفات العلمية والطبية الخاصة بتحديد موت الدماغ، وهى لجنة ادهوك في جامعة هارفارد الأمريكية(5).

– 1971م اقترح مهندس وشوا - جراح أعصاب - بأن حصول تلف دائم في جذع الدماغ هو الذي يشكل نقطة اللاعودة، وأن تخطيط كهربائية الدماغ ليس ضرورياً للتشخيص، وبهذا ظهر مفهوم جذع الدماغ، وسميت المعايير التي

(1) فقه النوازل لبكر بن زيد ص231.

(2) المصدر السابق.

(3) موت الدماغ ص3 بحث في الانترنت لم أجد كاتبه.

(4) فقه النوازل لبكر أبو زيد ص219.

(5) موت الدماغ بين الطب والإسلام، لندى الدقر ص58

اعتمدت بناء على ذلك بمعايير منيسيونا⁽¹⁾.

– 1976م اعتمد مفهوم موت جذع الدماغ في بريطانيا - في اجتماع لجنة

الكليات الطبية - وأطلقوا على المعايير التي اقروها بالكود البريطاني⁽²⁾.

– 1981م أصدر الرئيس الأمريكي ويجان أمره بتشكيل لجنة من كبار الأطباء في

اختصاصات مختلفة ومن قانونين مختصين والشؤون القانونية الطبية؛ لدراسة موت

الدماغ، سميت باللجنة الرئاسية وضعت هذه اللجنة معايير موحدة لتشخيص

موت الدماغ وقع عليها 56 طبيبا⁽³⁾.

(1) المرجع السابق.

(2) المرجع السابق.

(3) المرجع السابق ص 58 وما بعدها، وانظر للاستزادة: موت الدماغ المأزق والحل د/ سهيل ص 386، موت الدماغ د.

محمد مختار ص 821 بحث مقدم للمنظمة الإسلامية الطبية، الأفكار القديمة والحديثة حول تحديد الموت د. حسن

على ص 343، بحث مقدم في التعريف الطبي للموت للمنظمة الإسلامية، ديسمبر 1996.

المبحث الرابع

مكونات الدماغ وأسباب موته

وفيه مطلبان:

المطلب الأول

مكونات الدماغ

يتكون الدماغ من أجزاء ثلاثة هي⁽¹⁾:

الأول: المخ - وهو أكبر جزء يحتوى قشرة على مراكز الحس والحركة الإرادية والذاكرة والوعي والمراكز المسؤولة عن طباع الإنسان وشخصيته.

الثاني: المخيخ - وفيه مراكز التوازن.

الثالث: جذع الدماغ - وهو المركز الأساس للتنفس والتحكم في القلب والدورة الدموية، ومراكز تنشيط الحركة وتثبيطها والسيطرة على الذاكرة والسلوك.

المطلب الثاني

أسباب الموت الدماغي

إن أهم أسباب موت الدماغ تتلخص في الآتي⁽²⁾.

1. إصابة الدماغ بسبب الحوادث.

(1) الموت الدماغي حقيقته وآثاره ص22 رسالة ماجستير، وانظر أجهزة الإنعاش للبار، مجلة مجمع الفقه الإسلامي.

(2) ما الفرق بين الموت الإكلينيكي والموت الشرعي للدكتور محمد البار ص658 بحث مقدم للمنظمة الإسلامية الطبية

2. نرف داخلي بالدماع تختلف أسبابه.

3. أورام الدماغ والتهاب الدماغ وخراج الدماغ والسحايا.

4. من الأسباب النادرة لموت الدماغ توقف القلب أو النفس الفجائي⁽¹⁾.

(1) موت الدماغ د. الطريقي ص31 ، الطبيب وأدبه وفقه ص198، موت القلب أو موت الدماغ 133.

المبحث الخامس

معايير الموت الدماغى

يجدر بنا قبل أن نبين رأى الأطباء والفقهاء فى تكيف الموت الدماغى أن نذكر معاييره، حيث توجد مدرستان لذلك:

الأولى: المدرسة البريطانية⁽¹⁾

لا بد من شروط حتى نحكم على الإنسان بالموت الدماغى وأهمها:

أ- أن لا يكون هناك شك بأن الغيبوبة ناتجة عن أدوية مثبطة.

ب- وضع المريض على جهاز التنفس الصناعى بسبب اختلال أو توقف عملية التنفس التلقائى.

ج- تحيد التشخيص السليم للسبب المؤدى للموت الدماغى.

الثانية : المدرسة الأمريكية⁽²⁾.

ويطلق عليها معايير هارفارد.

أ- أن يكون المريض فى غيبوبة عميقة لا يبدى أى استجابة لأشد أنواع المنبهات.

ب- لا يوجد أى حركة خلال فترة مراقبة لمدة ساعة.

ت- التأكد من انقطاع نفس المريض بفصله عن المنفاس ومراقبته لمدة ثلاثة دقائق.

(1) Darioson's principles and practice of meoicine edited by ednards/ (1)

bouchier/ Haslet, ehilvtrs, 17th edition, 1998 ehurchill Living stone.

Harrison,s principles of internal medicine, fauci, Wilson. Et. Of, rol. (2)

1:14 edition Mcgraw Hill, 1998.

ث - عدم وجود أي منعكس عصبي وخاصة منعكسات جذع الدماغ.

ج - تخطيط كهربائية الدماغ له دور كبير وتأکید التشخيص.

ح - تكرر الفحوصات السابقة بعد (24) ساعة دون حدوث أي تغير فيها.

والذي أراه أن المدرستين جديرتان بالاهتمام ويتعين العمل بهما للتأكد على أن من أصابه موت الدماغ قد مات موتاً حقيقياً؛ لما يترتب على ذلك من الحكم بإنهاء حياة الإنسان وما يترتب عليه من أحكام.

وقد ذكر د/ محمد البار ثلاث خطوات أساسية للوصول إلى تشخيص موت الدماغ وهي

:

أ- وجود شخص مغمى عليه بسبب الإغماء، يتضح فيه وجود مرض أو إصابة في جذع الدماغ لا يمكن معالجتها.

ب- عدم وجود سبب من أسباب الإغماء المؤقتة والتي ينبغي أن تعالج أولاً عند وجودها قبل تشخيص موت الدماغ أو جذع الدماغ.

ج- الفحوصات السريرية لموت الدماغ، وهي:

1. الإغماء الكامل وعدم الاستجابة لأي مؤثرات خلال ساعة من المتابعة.

2. توقف التنفس عند إيقاف المنفسة لمدة عشر دقائق.

3. السكون وعدم الحركة.

4. رسم كهربائي للمخ للتأكد من عدم وجود دورة دموية للدماغ، وينبغي

أن تؤكد هذه المفحوصات كلها من قبل فريق آخر من الأطباء بعد بضع

ساعات من الفحص الأول، ويشترط ألا يكون من بينهم من له علاقة

مباشرة بموضوع غرس الأعضاء⁽¹⁾.

(1) الموقف الفقهي والأخلاقي من قضية غرس الأعضاء ص 31-1-39.

المبحث السادس

التكييف الطبي للموت الدماغي

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:

بالاستقراء نجد 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 - بدءاً 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.

والى هذا ذهب أكثر الأطباء⁽¹⁾. وأهم حججهم ما يلي:

1. 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 (1036) حالة موت دماغ نشرت في ستة عشر تقريراً بين عامي (1968 - 1988م) 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⁾.

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

3. 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

(1) وهو ما انتهى إليه مجلس مجمع الفقه الإسلامى، كما سيأتى نص ذلك في ملاحق البحث.

(2) انظر موت الدماغ والتبرع بالأعضاء تعريف وبعض التحفظات د/ مختار المهدي ص 390 - 391 ندوة 1988.

(3) موت الدماغ لعبد الله الطريقي ص 45.

موتاً دماغياً⁽¹⁾.

4. أن تحديد الوفاة بموت الدماغ قد ساد العمل به في معظم البلدان المتقدمة خلال العقود السابقة، وحقيقة الموت واحدة للإنسان، يجب أن لا نختلف باختلاف البلدان؛ لأنه وضعت علامات واضحة للوفاة الدماغية، وأنها تعادل وفاة الجسد، وأنه لم يرجع أحد استوفى شروط التشخيص إلى الحياة، وقد كانت الدراسات واضحة في مصداقية هذا المبدأ، سواء الدراسات على الحيوانات أو الإنسان، وأن النقد يجب أن يوجه لشروط التشخيص إذا كان فيها خلل، وليس لمبدأ الوفاة الدماغية⁽²⁾.

الاتجاه الثاني: يرى أن موت المخ هو أشد خطراً على حياة الإنسان، ولكنه ليس موتاً حقيقياً يرخص في إصدار شهادة الوفاة.

والى هذا ذهب بعض الأطباء، منهم : الدكتور صفوت حسن لطفي، والدكتور رؤوف محمود سلام⁽³⁾. وحجتهم ما يلي:

1. إن الأشخاص الذين تنطبق عليهم معايير الموت الدماغية تظهر عليهم علامات مختلفة للحياة، فكيف تصدر بشأنهم شهادات وفاة، فقد ثبت في مراكز طبية عالمية مختلفة أن ما بين علامات الحياة التي ظهرت على هؤلاء المرضى المحكوم عليهم بالموت دماغياً ما يلي:

أ- استمرار الأفعال المنعكسة من سعال وقىء، بل ويحافظ بعضهم على

(1) مفهوم وفاة الإنسان من الناحية العلمية ومقارنته بالمفهوم الشرعي د/ مختار المهدي ص270 ذكر حالات ورد عليها من الناحية الطبية ندوة التعريف الطبي للموت 1996.

(2) موت الدماغ المأزق والحل د/ عدنان خريط ص373 د/ سهيل ص385، انظر موت الدماغ التعريفات والمفاهيم.

(3) ندوة التعريف الطبي - للموت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ص187،460.

درجة حرارته.

ب- النشاط العصبي العضلي، والارتعاشات العضلية.

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

د- استمرار الحياة الحاملة، فيطول شعره وأظافره، ويهضم الطعام ويمتصه، وغير ذلك⁽¹⁾.

2. 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 والدمارك فكرة الموت الدماغية كحقيقة للوفاة⁽²⁾.

3. إن الجدل دائر بين الأطباء بشأن صحة أحدث الوسائل والطرق الفنية لتشخيص الموت الدماغية، فالرسم الالكتروني للدماغ الذي كان يستخدم في أول الأمر لتشخيص موت الدماغ ثبت مؤخرًا أنه غير ملائم لتشخيصه، واختبار الاختناق الذي شاع استخدامه لتشخيص الموت الدماغية يتعرض الآن لجدل شديد بصدد تطبيقاته، سواء بالنسبة لمدة استمرار الاختناق، أو مستوى ثاني أكسيد

(1) تحيد المفهوم الحديث لموت الدماغ د/ صفوت حسن لطفي ص 187 ندوة التعريف الطبي للموت.

(2) تحيد المفهوم الحديث لموت الدماغ د/ صفوت ص 190، وانظر ندوة التعريف الطبي للموت في المناقشات 408 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.

الكربون، أو المدة السابقة على الأكسجة، فهي تختلف من مركز إلى آخر⁽¹⁾.

4. إن الدكتور ديفد - هيل - أستاذ التخدير بجامعة كمبردج - أفاد أن الموت الدماغى لا يعتد فى موت الحيوانات، فأولى أن يكون الإنسان كذلك إذ إن "مرسوم الحيوان" الصادر عام 1986م - القسم الأول - الفرع الرابع - يقرع 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 فعلاً قبل إن نشرع فى عملية إزالة الأعضاء الحيوية⁽²⁾.

5. 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⁽³⁾.

اعترض جمهور الأطباء المشاركين فى الندوة التي عقدتها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية عام 1996م على هذه الحجج بما يأتي⁽⁴⁾:

1. ظهور علامات الحياة على بعض المرضى المشخص حالتهم موتاً دماغياً يرجع إلى خطأ فى التشخيص، ولا يرجع إلى حقيقة التسليم بالموت الدماغى.

(1) تحديد المفهوم الحديث لموت الدماغ د/ صفوت لطفى 190.

(2) المصدر السابق ص 196.

(3) التعريف العلمى الطبي للموت د/ رؤوف محمد سلامه ص 460.

(4) مناقشات ندوة التعريف الطبي للموت - المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ص 250 وما بعدها.

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

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

ب- سوء فهم حقيقة هذه الاختلافات، فهي اختلافات في الصيغ، أو تبني الشروط، والمستويات الإكلينيكية، وهو ما يسمى بروتوكولات موت المخ.

أما ادعاء عدم أخذ اليابان والدانمارك بالموت الدماغى فلا يرجع إلى إنكار حقيقته العلمية، وإنما يرجع - في اليابان - إلى تقاليد الموروثة، فاليابانيون يرون الموت شأنًا عائلياً بحتاً، ومع ذلك فقد سجلت اليابان في مؤتمر سان فرانسيسكو في نوفمبر 1996م، أنها ستصدر قرارات قادمة قريباً لإيجاد الصيغ القانونية المناسبة لمفهوم موت الدماغ، وكذلك سيحدث في الدانمارك قريباً.

3. إن وسائل تشخيص الموت الدماغى قد تطور جداً، ولم يعد هناك جدل بشأنها.

4. إن "مرسوم الحيوان" عام 1986م يعتمد الموت الدماغى، لتقريره أن: "الحيوان يعتبر حياً حتى يحدث توقف دائم لدورة الدم، أو تدمير لدماغه، فهذا اعتراف بالموت الدماغى. والظاهر من اعتراض الدكتور "هيل" أنه يهاجم سرقة الأعضاء من الأحياء الفقراء، وليس ممن ماتوا دماغياً".

5. القول بأن اختبارات وظائف المخ غير قطعية وتدل على تعطل المخ دون موته، وأن المخ ليس أهم أعضاء الجسم، ونحو هذا، قول ظاهر الفساد، ويدل على قلة

خبرة صاحبه في العناية المركزة، ويعتمد صاحبه على الصحف والمجلات دون البحوث العلمية ومراجعتها.

الاتجاه الثالث: يرى أن للموت مفهومين: مفهوم طبي ومفهوم اجتماعي، ولا تصدر شهادة الوفاة إلا طبقاً 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:

1 - إن الحقيقة التي توصل إليها التقدم الطبي في ماهية الموت ترجع إلى موت المخ، فكان هذا مفهوماً طبيًا، لا يملك الطبيب إزاءه سوى إخبار أهل المريض، وهم أصحاب الشأن في التصرف، وفقاً لواقعهم الاجتماعي.

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

(1) ندوة التعريف الطبي للموت ص 330

(2) ندوة الحياة الإنسانية - بدايتها ونهايتها - المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ص 677.

وهذا الاتجاه جاء في توصيات ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي المنعقد 15 يناير 1985 في ثانياً، نهاية الحياة البند الخامس ونصه [إنه 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 تجرى عليه بعض أحكام الموت قياساً - مع فارق معروف - على ما ورد في الفقه خاصاً بالمصاب الذي وصل إلى حركة المدبوح، أما تطبيق بقية أحكام الموت عليه فقد اتجه الفقهاء الحاضرون إلى تأصيله حتى تتوقف الأجهزة الرئيسية].

المبحث السابع

التكليف الفقهي للموت الدماغي

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

القول الأول: يرى أن الموت الدماغي هو موت شرعي حقيقة. وممن اختار هذا القول: مجلس مجمع الفقه الإسلامي في قراره رقم 5 لسنة 1986م.

وأهم حجج هذا الاتجاه ما يلي:

1. أن المولود إذا لم يصرخ لا يُعدُّ حياً ولو تنفس أو بال أو تحرك، فما لم يكن الفعل إرادياً استجابة لتنظيم الدماغ لا يعد أمانة 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⁽¹⁾.

2. 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⁽²⁾.

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.

(1) متى تنتهي الحياة لمختار السلامي، ضمن مجلة مجمع الفقه الإسلامي ع2/ج1 / 698/483.

(2) المصدر السابق 484،498،506/1/2

3. عجز الأعضاء عن خدمة الروح والانفعال لها دليل على مفارقة الروح للجسد، 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⁽¹⁾، وأيدوا دليلهم بما قاله ابن القيم⁽²⁾،⁽³⁾: "معنى مفارقة الروح للجسد: انقطاع تصرفها من الجسد بخروج الجسد عن طاعتها"⁽⁴⁾.

وقد نوقش هذا الدليل من عدة وجوه⁽⁵⁾.

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

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.

4. 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

(1) أحكام الأدوية في الشريعة الإسلامية للفلكي ص361.

(2) الروح لابن القيم ص242.

(3) إحياء علوم الدين (525/4).

(4) المرجعان السابقان.

(5) أحكام الأدوية ص362.

المعرفة البشرية⁽¹⁾.

5. 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⁽²⁾.

ونوقش بأن ما ذكر خارج عن محل النزاع؛ لأن ما نحن بصدد الكلام عنه هو من مات جذع دماغه وتحلل، 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⁽³⁾.

6. 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⁽⁴⁾.

القول الثاني: يرى أن الموت الدماغى ليس موتاً شرعياً حقيقة. والى هذا ذهب بعض

الباحثين، منهم: الدكتور توفيق الواعى وغيره. واحتجوا بما يلي:

1. قوله تعالى: (أَمْ حَسِبْتَ أَنَّ أَصْحَابَ الْكَهْفِ وَالرَّقِيمِ كَانُوا مِنْ آيَاتِنَا عَجَباً* إِذْ أَوَى الْفِتْيَةُ إِلَى الْكَهْفِ فَقَالُوا رَبَّنَا آتِنَا مِنْ لَدُنْكَ رَحْمَةً وَهَيِّئْ لَنَا مِنْ أَمْرِنَا رَشَدًا* فَضَرْبْنَا عَلَى

(1) تعريف الموت، د/ فيصل شاهين ص 299 ندوة التعريف الطبى للموت 1996.

(2) موت الدماغ بين الطب والإسلام 178 نهاية الحياة الإنسانية ومجلة مجمع الفقه ومجلة المجتمع 57/2/3.

(3) موت الدماغ للطريقي 43.

(4) تعريب الموت د/ فيصل شاهين ص 300، ندوة التعريف الطبى للموت.

آذَانِهِمْ فِي الْكَهْفِ سِنِينَ عَدَدًا* ثُمَّ بَعَثْنَاهُمْ لِنَعْلَمَ أَيُّ الْحِزْبَيْنِ أَحْصَى لِمَا لَبِثُوا أَمَدًا(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).

نوقش هذا الدليل بما يلي:

أولاً: إنه مبني 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 مجتمعون 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).

2. قاعدة [اليقين لا يزول بالشك](5).

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

(1) الكهف آية 9 : 12.

(2) حقيقة الموت والحياة في القرآن والأحكام الشرعية د. توفيق الواعي، من بحوث ندوة الحياة الإنسانية ص473 ومجلة مجمع الفقه 705/2/3.

(3) أثر الموت في التصرفات الشرعية د/ فهد الرشيد ص24 رسالة دكتوراه.

(4) موت الدماغ د. الطريقي 39.

(5) الأشباه والنظائر للسيوطي ص50.

للحكم بحياته، حتى نجد يقينا مثله يوجب علينا الحكم بموته⁽¹⁾.

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

3. 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.

4. 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.

5. أن ما ذكره الفقهاء من علامات الموت لا تتحقق في ميت الدماغ⁽⁵⁾.

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

6. حفظ النفس مقصد من مقاصد الشريعة، ولا شك أن الحكم باعتبار المريض في هذه الحالة حياً فيه محافظه على النفس⁽⁶⁾.

(1) حقيقة الموت والحياة د. توفيق الواعي ص472 ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها.

(2) الأشباه والنظائر لابن نجيم 57.

(3) حقيقة الموت والحياة ص478.

(4) فقه النوازل ص232.

(5) موت الدماغ للطريقي ص40.

(6) أحكام الجراحة الطبية ص347.

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⁽¹⁾:

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.

والى هذا الاتجاه الثالث ذهب المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الثانية 1985م، والتاسعة 1996م، كما ذهب الدكتور محمد سليمان الأشقر، والشيخ محمد مختار السلامى والأستاذ عبد القادر العماري، والدكتور يوسف القرضاوي، وآخرون⁽²⁾ واستدلوا بما يلي:

1. الجمع بين أدلة القولين السابقين.

2. 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 دليلاً على الحياة؛ لأن هذا التنفس وتلك الحركة إنما هي بتأثير أجهزة الإنعاش وليس بتلقائية الجسم، فإذا ما

(1) بحث نهاية الحياة د. محمد سليمان الأشقر - ندوة الحياة الإنسانية ص439.

(2) ندوة الحياة الإنسانية المرجع السابق ص439،448،453،540 وما بعدها وص677 (التوصيات). وندوة الموت الدماغي 1996م - المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية.

رفعت تلك الأجهزة سكن الجسد تماماً. فلا وجه لتقسيم الموت إلى مستويين؛ إذ لا واسطة بين النفي والإثبات.

الرأي المختار

والذي يظهر لي أن اعتماد حكم الموت بالموت الدماغى بضوابطه الطبية الدقيقة هو الأقرب والمختار؛ لأن أهل الاختصاص قرروا ذلك، فالموت الدماغى 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 الدماغى 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 (572/1) ما نصه: [إن أكثر الذين يموتون بالسكته يدفنون وهم أحياء؛ لأنه يعسر إداك الموت الحقيقي إلا على أفاضل الأطباء].

بل أصبح الطب أكثر دقة في تحديد الموت، وهو ما يقرره الفقهاء حتى القائلين منهم بعدم الموت الدماغى.

ملحق ببيان

القرارات في المجامع الفقهية المتعلقة بالموت الدماغى

قرار مجلس مجمع الفقه الإسلامي

القرار رقم (5) د 3/ 7/ 1986 بشأن (أجهزة الإنعاش)

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره الثالث بعمان عاصمة المملكة الأردنية الهاشمية من 8 إلى 13 صفر 1407هـ الموافق 11 إلى 16 أكتوبر 1986م، بعد تداوله في سائر النواحي التي أثرت حول موضوع (أجهزة الإنعاش) واستماعه إلى شرح مستفيض من الأطباء المختصين.

قرر ما يلي: يعتبر شرعاً أن الشخص قد مات، وتترتب عليه جميع الأحكام المقررة شرعاً للوفاة عن ذلك، إذا تبينت فيه إحدى العلامتين التاليتين:

1. إذا توقف قلبه وتنفسه توقفاً تاماً، وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه
 2. إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلاً نهائياً، وحكم الأطباء الاختصاصيون الخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه، وأخذ دماغه في التحلل.
- وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص، وإذا كان بعض الأعضاء كالقلب مثلاً لا يزال يعمل آلياً بفعل الأجهزة المركبة.
- صدر في - الأردن - عمان أكتوبر 1996.

قرار اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية.

فتوى رقم (12086) بتاريخ 30/6/1409هـ

فقد 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 (1508) وتاريخ

1409/3/28هـ. وقد سأل سؤالاً هذا نصه: "ورد إلينا شرح ضابط التوعية الإسلامية بمستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية بتاريخ 1409/3/13هـ. المبني على خطاب رئيس الأطباء بمستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية المؤرخ في 1409/3/12هـ 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، لئتم على ضوء ذلك العمل بموجبه في مستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية. هذا والله يحفظكم.

هذا والحالات التي وردت في دليل سياسة العمل والإجراءات هي التالية:

أولاً: إذا وصل المريض متوفى.

ثانياً: إذا كان ملف المريض محتوماً 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 يعاني من مرض مستعص غير قابل للعلاج، وأن الموت محقق.

رابعاً: إذا كان المريض في حالة عجز أكيد عقلياً أو جسدياً أو كليهما، وفي 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 لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعص 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 ملزمون بإجراء إنعاش القلب والرئتين، ولا يحق لذوي المريض طلب هذا النوع من العلاج إذا كان غير مجد.

وبعد دراسة اللجنة أجابت بما يلي:

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

ثانياً: 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 حاجة 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 - أيضاً - 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 رأي أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها، لكون ذلك ليس من اختصاصهم.

اختيار المنظمة الإسلامية:

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الثانية (الحياة الإنسانية) سنة

1985م. والتاسعة (التعريف الطبي للموت) سنة 1996م: القول بجواز إيقاف أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً دون وجوبه، مع الأخذ في الاعتبار أن المنظمة اعتمدت الموت الدماغى موتاً حقيقياً - وقد جاء في توصيات ندوة (الحياة الإنسانية) سنة 1985م. ما يلي:

أولاً: رأت الندوة أنه في أكثر الأحوال عندما يقع الموت فلا تقوم صعوبة في معرفته؛ استناداً إلى ما تعارف عليه الناس من أمارات، أو اعتماداً على الكشف الطبي الظاهري الذي يستبين غياب العلامات التي تميز الحي من الميت.

ثانياً: تبين للندوة أن هناك حالات قليلة العدد - وهي عادة تكون تحت ملاحظة طبية شاملة ودقيقة في المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة ووحدات العناية المركزة - تكتسب أهميتها الخاصة من وجود الحاجة الماسة إلى تشخيص الوفاة فيها ولو بقيت في الجسم علامات تعارف الناس من قديم على أنها من علامات الحياة، سواء أكانت هذه العلامات تلقائية في بعض أعضاء الجسم أم كانت أثراً من آثار أجهزة الإنعاش الموصولة بالجسم.

ثالثاً: وقد تدارست الندوة ما ورد في كتب التراث الفقهي من الأمارات التي تدل على الموت، واتضح لها أنه في غيبة نص شرعي يحدد الموت تمثل هذه الاجتهادات ما توافر آنذاك من معرفة طبية. ونظراً لأن تشخيص الموت والعلامات الدالة عليه كان على الدوام أمراً طبيياً يبني بمقتضاه الفقهاء أحكامهم الشرعية، فقد عرض الأطباء في الندوة الرأي الطبي المعاصر فيما يختص بحدوث الموت.

رابعاً: وضح للندوة بعد ما عرضه الأطباء:

أن المعتمد عليه عندهم في تشخيص موت الإنسان، هو خمود منطقة المخ المنوطة بها الوظائف الحياتية الأساسية، وهو ما يعبر عنه بموت جذع المخ.

إن تشخيص موت جذع المخ له شروطه الواضحة بعد استبعاد حالات بعينها قد تكون

فيها شبهة، وإن في وسع الأطباء إصدار تشخيص مستقر يطمأن إليه بموت جذع المخ.

إن أيا من الأعضاء أو الوظائف الرئيسية الأخرى كالقلب والتنفس قد يتوقف مؤقتاً، ولكن يمكن إسعافه واستنقاذ عدد من المرضى ما دام جذع المخ حياً... أما إن كان جذع المخ قد مات فلا أمل في إنقاذه وإنما يكون المريض قد انتهت حياته، ولو ظلت في أجهزة أخرى من الجسم بقية من حركة أو وظيفة هي بلا شك بعد موت جذع المخ صائرة إلى توقف وخمود تام.

خامساً: اتجه رأي الفقهاء تأسيساً على هذا العرض من الأطباء، إلى أن الإنسان الذي يصل إلى مرحلة مستيقنة هي موت جذع المخ يعتبر قد استدبر الحياة، وأصبح صالحاً لأن تجرى عليه بعض أحكام الموت، قياساً - مع فارق معروف - على ما ورد في الفقه خاصاً بالمصاب الذي وصل إلى حركة المذبوح.

سادساً: بناء على ما تقدم اتفق الرأي على أنه إذا تحقق موت جذع المخ بتقرير لجنة طبية مختصة جاز حينئذ إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعية.

ثم أعادت المنظمة هذه التوصية في توصيتها (بيانها) في ندوة التعريف الطبي للموت في ديسمبر 1996م، وأضافت في ذلك البيان الشروط الواجب اتخاذها لضمان سلامة تشخيص موت جذع المخ.

فتوى وزارة الأوقاف الكويتية - صدرت فتوتان من الوزارة:

1. وقد ورد السؤال إلى لجنة الفتوى بوزارة الأوقاف الكويتية في جلستها المنعقدة في

18 صفر 1402هـ الموافق 1981/12/14م. من كل من الدكتور/ رعد عبد

الوهاب شاكر - مدرس في كلية الطب بجامعة الكويت، والدكتور/ عبد الرحمن

حمود السميطة - أخصائي الباطنية بمستشفى الصباح وكان نصه:

"في حالة التأكد من حصول الموت الدماغى، الذي تتوقف فيه كل وظائف

الدماغ، ويتبعه فوراً موت بقية أعضاء الجسم لولا وجود أجهزة إنعاش التنفس والقلب وغيرهما، التي تؤخر موت بقية أعضاء الجسم ولو لبضعة أيام فقط : هل يجوز للطبيب المسلم العمل، وبأسرع ما يمكن، لإنهاء هذه الحالة المصطنعة، والتي تؤخر توقف بقية أعضاء الجسم عن العمل لأيام، وتؤخر دفنه؟".

وقد أفتت اللجنة بما يلي:

" أنه إذا قطع الأطباء بأن هذا المصاب لا يمكن شفائه، وأنه لا يعيش أكثر من عدة أيام مع وضع هذه الأجهزة عليه، ووجد من هو أحوج لهذه الأجهزة من هذا المصاب، فيجب رفع هذه الأجهزة عنه ووضعها للأحوج.

أما إذا لم يكن هناك حاجة لرفعها عنه فتبقى - وجوباً - إذا كان هناك أدنى أمل في شفائه.

أما إذا لم يكن هناك أدنى أمل في شفائه فيكون الأمر متروكاً للطبيب: إن شاء أبقاه تحت هذه الأجهزة، أو صرفها عنه. ولا يمكن اعتبار هذا الشخص ميتاً بموت دماغه متى كان جهاز تنفسه وجهازه الدموي فيه حياة ولو آلياً. وعلى هذا فلا يجوز أخذ عضو من أعضائه - ولا سيما إذا كان رئيساً - كالقلب والرئتين لإعطائها لغيره، أو للاحتفاظ بها للطوارئ. كما أنه لا تجرى عليه أحكام الموت: من التوريث، واعتداد زوجته، وتنفيذ وصاياه، إلا بعد موته الحقيقي، وتعطيل كل أجهزته.

2. وهذا الحكم الذي أصدرته اللجنة على سبيل الجزم، عادت في 1984/9/29

فشككت فيه، فقد أصدرت الفتوى التالية وبناء على استفتاء مشابه:

"لا يحكم بالموت إلا بانقضاء جميع علامات الحياة، حتى الحركة والتنفس

والنبض، فلا يحكم بالموت بمجرد توقف التنفس أو النبض أو موت المخ، مع بقاء أي علامة من العلامات الظاهرة أو الباطنة التي يستدل بها على بقاء شيء من الحياة. وذلك لأن الأصل بقاء الحياة، فلا يعدل عن هذا الأصل بالشك، لأن اليقين لا يزال بالشك. هذا ما انتهت إليه اللجنة مبدئياً وهي ترى أن الأمر يستحق مزيداً من البحث المشترك بين الأطباء والفقهاء".

الخاتمة

أهم النتائج:

1. موت جذع الدماغ الذي يحتوي المراكز الأساسية للحياة يعد صاحبه ميتاً طبياً وشرعاً بعد التأكد من تشخيصه بالوسائل الحديثة والأخذ بالاحتياطات اللازمة.
2. مفهوم الموت الدماغى أصبح مقبولاً عند معظم الفقهاء وجرت عليه بحوث فقهية بين معارض وموافق بعد أن كان مرفوضاً.
3. عدم وجود نص شرعى يحدد حقيقة الموت، وبما أنه أصبح في الوقت الحاضر من اختصاص الأطباء وقد قرروا العمل به، فإنه على الفقهاء الالتزام بمقتضاه في الأحكام الشرعية. ولهذا لا يترك تشخيص الموت للفقهاء ولا لعامة الناس.

التوصيات:

1. وضع قوانين وتشريعات تعتمد العمل بالموت الدماغى، لا سيما وأن الموت الدماغى انتشر بكثرة نتيجة الحوادث المرورية، فضلاً عن أن كثيراً من الدول

الإسلامية تفتقد لمثل تلك القوانين بما فيها دولة الكويت.

2. وضع ضوابط وشروط محددة وواضحة ودقيقة في تشخيص الموت الدماغي تجمع المدارس الطبية العالمية المختلفة، تحوطاً للحياة، ويمكن الاستعانة ببيان المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في عام 1996.

3. دراسة الآثار الفقهية المترتبة على الموت الدماغى من رفع أجهزة العناية الفائقة، ونقل الأعضاء، وإيداعه ثلاجة الأموات بعد استخراج شهادة وفاة لاتخاذ تلك الإجراءات وغيرها مما ورد في الفقه الإسلامى من أحكام الموت كالتجهيز للدفن والصلاة عليه، وحلول ديونه، وتوريث أمواله، واعتداد الزوجة.

مراجع البحث ومصادره

أولاً: أهم المراجع والمصادر باللغة العربية:

1. الأفكار القديمة والحديثة حول تحديد الموت د/ حسن حسن علي / الندوة الطبية
التعريف الطبي للموت.

2. تحديد/ المفهوم الحديث لموت الدماغ د/ صفوت حسن لطفي مقدم في الندوة
الطبية التعريف الطبي للموت.

3. التعريف العلمي الطبي للموت د/ رؤوف محمود سلام/ ندوة التعريف الطبي
للموت.

4. تعريف الموت د/ فيصل عبد الرحيم شاهين، بحث مقدم في الندوة الطبية التعريف
الطبي للموت.

5. حقيقة الموت والحياة في القران والأحكام الشرعية د/ توفيق الواعي. ندوة الحياة
الإنسانية بدايتها

6. القلب وعلاقته بالحياة د/ أحمد القاضي. ندوة الحياة الإنسانية بدايتها.

7. ما الفرق بين الموت الإكلينيكي والموت الشرعي د/ محمد البار. ندوة التعريف
الطبي للموت.

8. متى تنتهي الحياة د/ مختار السلامي. ندوة الحياة الإنسانية بدايتها.

9. مفهوم وفاة الإنسان من الناحية العلمية ومقارنته بالمفهوم الشرعي أ. د/ مختار
المهدي بحث مقدم في الندوة الطبية التعريف الطبي للموت المنعقد في الكويت

ديسمبر 1996.

10. الموت والحياة بين الأطباء والفقهاء د/ عصام الشمري بحث مقدم الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في ندوة يناير 1985.

11. موت الدماغ والتبرع بالأعضاء تعريف وبعض التحفظات أ.د/ مختار المهدي بحث مقدم في ندوة السياسة الصحية الأخلاقيات والقيم الإنسانية من منظور إسلامي.

12. موت الدماغ التعريفات والمفاهيم د/ عدنان خريط الندوة الطبية التعريف الطبي للموت.

13. موت الدماغ المأزق والحل د/ سهيل الشمري الندوة الطبية التعريف الطبي للموت.

14. موت الدماغ د/ محمد زهير القاسمي. ندوة التعريف الطبي للموت.

15. موت جذع المخ مراجعة ومناقشة د/ عصام الشربيني، الندوة الطبية التعريف الطبي للموت.

16. موت الدماغ أ.د/ محمد شريف مختار. ندوة السياسة الصحية.

17. موت الدماغ أ.د/ عبد الله بن محمد بن أحمد الطريقي ط أولى 5 - 2 حقوق الطبع محفوظة للمؤلف.

18. ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي المنعقدة بتاريخ 24 ربيع الآخر 1405 هـ الموافق 15 يناير 1985م أشرف وتقديم الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضى، المحررون: د. خالد المذكور، د. علي سيف، د. أحمد رجائي الجندي، د. عبد الستار أبو غدة.

19. ندوة السياسة الصحية الأخلاقيات والقيم الإنسانية من منظور إسلامي
المنعقدة في القاهرة بتاريخ 14 - 15 ربيع الآخر 1409 هـ الموافق 24 - 25
نوفمبر 1988م، أشرف وتقديم الدكتور/ عبد الرحمن عبد الله العوضى تحرير
الدكتور أحمد رجائي الجندي.

20. ندوة التعريف الطبي للموت المنعقدة في الكويت بتاريخ 7 - 9 شعبان
1417 هـ الموافق 17 - 19 ديسمبر 1996م، أشرف وتقديم الدكتور/ عبد
الرحمن عبد الله العوضى تحرير د. أحمد رجائي الجندي د. أسهمان الشبيلي د.
مختار محمد بشر

21. نهاية الحياة البشرية د/ أحمد شوقي إبراهيم. ندوة الحياة الإنسانية بدايتها.

22. نهاية الحياة الإنسانية في ضوء اجتهادات العلماء المسلمين والمعطيات الطبية.

23. نهاية الحياة في نظر الإسلام د/ بدر المتولي عبد الباسط. ندوة الحياة الإنسانية
بدايتها.

ثانياً: أهم المراجع والمصادر باللغة الإنجليزية:

1. HARRISON S PRIS APLES ME DCIRE, UEDITION, VOT.
2. Darioson,s principles and practice of meoicine edited by ednards/ Bouchier,/Haslet, ehilvtrs, 17th edition, 1998 ehurchill Living stone.
3. Harrison's principles of internal medicine, fauci, Wilson. Et. Of, rol. Edition Mcgraw Hill, 1998.