

المسؤولية الجزائية عن إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي-^(*)**د. محمد حسين الحمداني****أستاذ القانون الجنائي المساعد****كلية الحقوق / جامعة الموصل****المستخلص**

نسعى في بحثنا الموسوم (المسؤولية الجنائية عن إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي) إلى بيان ماهية أجهزة الإنعاش الصناعي وأنواعها وبيان أهمية هذا النوع من العلاجات، والمسؤولية الجنائية عن إيقاف هذه الأجهزة ذلك أن مسؤولية الطبيب أو الفريق الطبي المسؤول تكون واردة في كل حالة من الحالات التي يأتي بها الطبيب عملاً من الأعمال التي تخالف الأصول الفنية المعمول بها في نطاق مهنته، فإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي يمس حقاً من حقوق الإنسان وكرامته التي نصت عليها الشريعة الإسلامية والقوانين الوضعية، والتي أوجبت على الطبيب أو الفريق الطبي أن يبذل ما في وسعه لإنعاش المريض باستخدام هذه الأجهزة وأن يستمر في ذلك حتى يسترد حياته، ذلك أن استخدام هذه الأجهزة قد أدى إلى انقاذ الكثير من الحالات، حيث تقوم هذه الأجهزة بتعويض الفشل الذي يحدث في بعض الأعضاء الحيوية في جسم الإنسان أو تساعد على إعادة نشاط تلك الأعضاء، أو تعويض ما نقص من مواد أساسية ضرورية لحياة الجسد، إلى غير ذلك من الوظائف الحيوية التي تؤديها تلك العلاجات وما يستعمل معها من أجهزة والتي تتطلب من الأطباء أو الفريق الطبي المعالج ملاحظة طبية شاملة ودقيقة في وحدات العناية المركزة وفي ضوء ذلك قسمنا البحث إلى ثلاثة مباحث رئيسية، يتعلق الأول بماهية أجهزة الإنعاش الصناعي ويتضمن المبحث الثاني تحديد معيار الوفاة، ويتناول المبحث الثالث أحكام المسؤولية الجنائية عن إيقاف أجهزة الإنعاش.

الكلمات المفتاحية: المسؤولية الجنائية، أجهزة الإنعاش، حقوق الإنسان

(*) أستلم البحث في ٢٨/٤/٢٠١٩ *** قبل للنشر في ٧/٥/٢٠١٩.

Abstract

In our research entitled "Criminal liability for the cessation of industrial recovery devices", we refer to the nature and types of industrial rehabilitation devices, the importance of this type of treatment, and the criminal responsibility for stopping these devices. The responsibility of the doctor or medical team is included in each case. The doctor may not perform any work that violates the technical assets in the scope of his profession. The suspension of the industrial rehabilitation equipment violates a human right and dignity stipulated by the Islamic law and the positive laws, which require the doctor or medical team to do everything in his power to revive the MATH using these devices and continue to do so even recover his life.

Keywords: criminal liability, recovery mechanisms, human rights

إلقدمة

مع التطور الطبيعي والتقدم في العلوم البيولوجية ظهرت أجهزة الإنعاش الصناعي التي تهدف لمساعدة المريض بوسائل صناعية لبحث امكانية إعادة نشاط القلب والجهاز التنفسي وبالتالي إعادة وعي المريض إن أمكن ذلك وبعد اختراع هذه الأجهزة وما كان لها من أثر في إطالة حياة المريض مرض الموت أصبحت الحاجة ماسه إلى تحديد لحظة حدوث الموت ووضع حد لجهود الأطباء ومسؤوليتهم في إنعاش شخص لا أمل في عودته إلى الحياة الطبيعية العادية وبالتالي فصل أجهزة الإنعاش الصناعي عنه دون أن تترتب عليهم أية مسؤولية ومن هنا ظهرت الحاجة إلى بيان ماهية هذه الأجهزة وأنواعها وأحكام المسؤولية الجنائية عن إيقاف هذه الأجهزة لذلك جاء بحثنا بعنوان (المسؤولية الجنائية عن إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي) حيث تكمن مشكلة البحث في حداثة الموضوع وقلة النصوص القانونية التي تناولت هذا النوع من العلاجات.

وتتجلى أهمية الموضوع في أن أجهزة الإنعاش الصناعي وما تلعبه من دور في إنعاش القلب والرتة تعد من الأمور الحياتية المهمة التي أدت إلى انقاذ كثير من الحالات من الموت، وتعتبر هذه الأجهزة والعلاجات اليوم من أندر وأهم الوسائل الطبية التي يستفاد

منها في انقاذ حياة المرضى حيث أن وظيفة هذه الأجهزة هي مساندة أعضاء الجسم الحيوية.

وقد انتهجنا في البحث منهجاً استقرائياً معتمدين أسلوب البحث المقارن كلما كان ذلك ممكناً بما توفر لدينا من قوانين وتعليمات ولوائح طبية خاصة بالموضوع. وجاء تقسيم البحث إلى ثلاثة مباحث وفق الهيكل الآتية:-

المبحث الأول: ماهية أجهزة الإنعاش الصناعي

المطلب الأول: تعريف أجهزة الإنعاش الصناعي وأهميتها

المطلب الثاني: أنواع أجهزة الإنعاش الصناعي

المطلب الثالث: وضع المريض تحت أجهزة الإنعاش

المبحث الثاني: تحديد معيار الوفاة

المطلب الأول: المعيار العلمي لحدوث الوفاة

المطلب الثاني: موقف القانون الوضعي من تحديد لحظة الوفاة

المبحث الثالث: أحكام المسؤولية الجنائية عن إيقاف أجهزة الإنعاش

المطلب الأول: المسؤولية الناشئة عن إيقاف الأجهزة بفعل الطبيب

المطلب الثاني: المسؤولية الناشئة عن إيقاف الأجهزة بفعل الغير

المطلب الثالث: المسؤولية الناشئة عن إيقاف الأجهزة برضاء المريض أو من

يمثله.

المبحث الأول

ماهية أجهزة الإنعاش الصناعي

سوف نتناول في هذا المبحث تعريف أجهزة الإنعاش الصناعي وأهميتها وذلك في مطلب أول من هذا المبحث فيما سنخصص المطلب الثاني منه لبيان أنواع أجهزة الإنعاش الصناعي وأخيراً سوف نوضح وضع المريض تحت أجهزة الإنعاش الصناعي وذلك في المطلب الأخير من هذا المبحث وكما يأتي.

المطلب الأول

تعريف أجهزة الإنعاش الصناعي وأهميتها

سوف نتناول في هذا المطلب تعريف أجهزة الإنعاش الصناعي في الفرع الأول وأهمية أجهزة الإنعاش الصناعي في الفرع الثاني.

الفرع الأول

تعريف أجهزة الإنعاش الصناعي

أولاً- تعريف الإنعاش لغةً :

الإنعاش من نَعَشَ ونَعِشَ الإنسانَ ينعشه نَعْشاً : تداركه هلكه، ونعشة الله وأنعشه: سد فقره، ونعشة الله ينعشه نَعْشاً وأنعشه : رفعه الله وجبره^(١)، يقال نعشك الله تعالى من هذه النكبة وميت منعوش أي محمول على النعش، وانتعش ارتفع، والانعاش: رفع الرأس ، والنعشُ: سرير الميت، وسمي بذلك لارتفاعه^(٢).

ثانياً- تعريف الإنعاش اصطلاحاً:

عرف بعض العلماء الإنعاش بأنه (عبارة عن مجموعة من الأساليب الطبية والعلاجية المخصصة لحالات مرضية جسمية، وخطرة والتي لو تركت وشأنها لأفضت في فترة زمنية متناهية القصد إلى الوفاة للمريض أو التسبب في إصابة عضوية غير قابلة للشفاء^(٣)). كما عرفه البعض الآخر بأنه (المعالجة المكثفة التي يقوم بها طبيب أو مجموعة من الأطباء ومساعدتهم لمن يفقد وعيه أو تتعطل عنده بعض وظائف الأعضاء الحيوية كالقلب والرئة إلى أن تعود إلى عملها الطبيعي وغالباً ما يتضمن ذلك استعمال أجهزة مستعاضة كالمنفاس الذي يعوض تحمل الرئة وجهاز منظم ضربات القلب، ناظم الخطى

(١) ابن منظور، لسان العرب، ج٨، دار الحديث، القاهرة، ٢٠٠٣، ص٦١٥.

(٢) العلامة نشوان بن سعيد الحميري، شمس العلوم ودواء كلام العرب من الكلوم، ج١٠، دار الفكر المعاصر، بيروت، ص١٦٧٤.

(٣) د. محمد علي البار، موت القلب أو موت الدماغ، الدار السعودية للنشر والتوزيع، جدة، ١٩٨٦م، ص٨٣.

الذي ينظم الضربات القلبية بشكل منتظم وجهاز مزيل رجفان القلب الذي يعيد القلب للعمل من جديد في حالة التوقف، بالإضافة إلى علاجات دوائية مختلفة لا يمكن إعطاؤها إلا تحت مراقبة طبية مكثفة^(١).

وعرف أيضاً بأنه (عودة النشاط يعد الفتور، وإعادة الوظائف الحيوية في الجسم المباشرة عملها من جديد بعد أن تكون قد توقفت أو على وشك التوقف أو تنشيط الدورة الدموية والجهاز التنفسي بواسطة أجهزة بحيث يفارق المريض الحياة إذا رفعت هذه الأجهزة)^(٢).

يستنتج من هذه التعاريف أن الإنعاش هو نوع من أنواع العلاج يقوم الاختصاصي أو مجموعة المختصين لإنقاذ حياة المصاب الذي يكون حالة ستفضي به حتماً إلى الموت، إذا لم يتلق العناية التي تنشله من وضعيته الخطيرة التي هو عليها^(٣). فهو العناية الطبية المركزة باستخدام أجهزة صناعية ومعالجة دوائية تحت مراقبة فائقة، التي يقدمها فريق طبي متخصص لمعالجة مرضى الحالات الحرجة التي تتوقف فيها وظائف أحد الأعضاء الحيوية إلى أن تعود هذه الأعضاء إلى وظائفها الطبيعية وتتم هذه العناية في وحدات خاصة تسمى وحدات العناية المركزة^(٤).

(١) بلحاج العربي، الضوابط الشرعية للمتوفي، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، العدد ٤٢، الرياض، ١٩٩٩، ص ١٩٨.

(٢) نادين عبد الوهاب المرشد، مسؤولية الطبيب عن إيقاف أجهزة الإنعاش القلبي الرئوي في نطاق دراسة الأنظمة الصحية بالمملكة العربية السعودية، الرياض، ١٤٣٢، ص ١.

(٣) محمد السلامي، الإنعاش، مجلة مجمع الفقه الإسلامي، ٢٤، السنة الأولى، د.ت، ص ٨١.

(٤) د. ابراهيم صادق الخيري، الموت الدماغى، ط١، الرياض، ٢٠٠١، ص ٢٨.

أما أجهزة الإنعاش الصناعي فهي (مجموعة من الأجهزة الأوتوماتيكية التي توضع على الصدر وتستخدم الصدمات الكهربائية لإعادة القلب إلى النبض الطبيعي)^(١).
فأجهزة الإنعاش الصناعي وسيلة طبية علاجية من نوع خاص تهدف لإطالة حياة مريض ميؤوس من شفائه لفترة قد تطول أو تقصر حسب الحالة^(٢).

الفرع الثاني

أهمية أجهزة الإنعاش الصناعي

تتأتى أهمية أجهزة الإنعاش الصناعي من الدور الذي تؤديه للمريض حيث تقوم نيابة عن المريض بإتمام عملية التنفس لفترة قد تستمر ثلاثة أسابيع إذا لزم الأمر بعدها يمكن عودة التنفس إلى حالته الطبيعية لدى المريض حيث تؤدي أجهزة الإنعاش الصناعي وظائف القلب والرئتين لفترة مؤقتة ويستعان بهذه الأجهزة غالباً عند إجراء عمليات جراحة القلب المفتوح كتغيير صمامات القلب فتقوم هذه الأجهزة بوظيفة القلب خلال فترة توقفه، وبعدها يعود قلب المريض إلى الخفقان ويعاود ممارسة حياته العادية^(٣).

أو في حالة الإصابة في الدماغ فبهدف الإنعاش في هذه الحالة بصورة أساسية إلى الحفاظ على أكبر قدر من خلايا الدماغ في حالة الموت السريري، أو عند الدخول في غيبوبة بسبب، أو نحو ذلك، وقد يتمكن العلم الحديث من توسيع دائرة استخدام الإنعاش الصناعي

(١) ندى محمد نعيم، موت الدماغ بين الطب والاسلام، دار الفكر، القاهرة، ١٩٩٧، ص٢١٣.

(٢) د. محمود ابراهيم محمد مرسي، نطاق الحماية الجنائية للميؤوس من شفائه والمشوهين خلقياً في الفقه الجنائي الإسلامي والقانون الجنائي الوضعي، دار الكتب القانونية، مصر، ٢٠٠٩، ص٢٩٩.

(٣) د. احمد شرف الدين، الحدود القانونية والإنسانية للإنعاش الصناعي، المجلة الجنائية القومية، ع٣، المجلد التاسع عشر، القاهرة، ١٩٧٦، ص١٠٥-١٠٦.

وتعدد فوائدها مع عدم إغفال أهميتها في الوقت الحاضر وضرورة استخدامها للمريض في كثير من الأحيان^(١).

المطلب الثاني

أنواع أجهزة الإنعاش الصناعي

هناك عدة أجهزة تستخدم في الإنعاش، ويتوقف استخدام بعضها أو كلها على حالة المريض وستتناول هذه الأجهزة من خلال تقسيم المطلب إلى أربعة فروع وكالاتي :

الفرع الأول

أجهزة التنفس (المنفسة)

وهو جهاز كهربائي يقوم بإدخال الهواء إلى الرئتين وإخراجه منهما مع إمكانية التحكم بنسبة الأوكسجين في الهواء الداخل، بالإضافة إلى عدة أشياء أخرى للمساعدة على إيصال الأوكسجين إلى الدم، وإخراج ثاني أكسيد الكربون، فعندما يرى الطبيب أن التنفس قد توقف أو أوشك على التوقف فإنه يقوم بإدخال أنبوبة إلى القصبة الهوائية ويوصل ذلك الانبوب بالمتنفسة وهي على عدة أنواع، إلا أن ما يستخدم في الإنعاش، هو ذلك النوع الذي تقوم فيه المنفسة بعمل الجهاز التنفسي في بدن الإنسان، بحيث تحرك القفص الصدري بما يشبه الشهيق والزفير الطبيعي، حيث يقوم الطبيب في حال توقف التنفس الطبيعي أو إشرافه على التوقف أو عند إجراء العمليات الجراحية، التي يحتاج فيها المريض إلى التخدير الكلي، بإدخال أنبوبة إلى القصبة الهوائية من رئتي المريض ثم يوصلها بالمنفسة^(٢).

(١) د. عبد الفتاح محمود إدريس، الإنعاش، مجلة الوعي الإسلامي، ع ٥٣٢٤، وزارة الأوقاف

والشؤون الإسلامية، الكويت، ٢٠١٠، ص ١.

(٢) د. عبد الفتاح محمود إدريس، مصدر سابق، ص ١.

الفرع الثاني

أجهزة انعاش وتنظيم ضربات القلب

أولاً- أجهزة انعاش القلب Defibrillator^(١) :

وهذا الجهاز يعطي صدمات كهربائية لقلب اضطرب نبضه اضطراباً شديداً وتحول إلى نذبات بطينية تدفع الدم من البطين إلى الاورطي (الأبهر) ، وبحيث إذا لم يجر له ذلك توقف القلب عن العمل وذلك يعني توقف تغذية الدماغ، وإذا توقفت تغذية الدماغ وخاصة جهاز الدماغ لمدة دقيقتين فذلك يعني موت الدماغ الذي لا رجعة فيه، ويقوم الطبيب أو الممرضة أو الشخص المدرب بوضع جهاز مانع الذبذبات هذا على الصدر وإمرار تيار كهربائي يوقف الذبذبات ويعيد القلب إلى نبضه أو إذا توقف القلب فإن إمرار صدمة كهربائية قد يعيد القلب إلى العمل^(٢).

ثانياً- جهاز منظم ضربات القلب Pace maker :

هو جهاز يصدر موجات كهربائية تعمل على تنشيط القلب ويستخدم إذا كانت ضربات بطيئة جداً، بحيث يترتب عليه هبوط في ضغط الدم بحيث أن الدم لا يصل إلى الدماغ بكمية كافية، أو ينقطع لفترة ثوان أو لدقيقة ثم يعود وذلك بسبب (الإغماء) وفقدان الوعي المتكرر أو حدوث الغيبوبة الدماغية، كما يستخدم في حالة الاضطراب الشديد لضربات القلب، وعدم انتظام وصول الدم إلى أجزاء الجسم المختلفة، ما يحدث اضطراباً في نشاط المريض بصورة عامة، وهذا المنظم عبارة عن جهاز صغير، موصول بسلك يتم ادخاله في تجويف القلب، حيث يقوم هذا الجهاز بتوليد شرارات كهربائية بشكل منتظم، لتحريض ضربات القلب على الانتظام^(٣).

(١) د. محمد علي البار، أجهزة الإنعاش، مجلة مجمع الفقه الإسلامي، ٢٤، ج١، ١٩٨٥، ص٤٣٦.

(٢) المصدر نفسه، ص٢٩٧-٤٣٦.

(٣) د. عبد الفتاح محمود ادريس، مصدر سابق، ص٢.

الفرع الثالث

أجهزة الكلية الصناعية

وهو جهاز يقوم بوظيفة الكلى في تخليص الجسم من السموم والأملاح، والماء الزائد عن حاجته، ونفايات التمثيل الغذائي الضارة به، وذلك لتعويض الجسم عن الكلية الطبيعية في حالة توقفها عن العمل، أو اختلال وظائفها، كما قد يكون المريض يعاني من الفشل الكلوي، وهو في حالة إغماء، فيصعب في هذه الحالة نقل المريض إلى قسم الكلية الصناعية، فلذلك كان لا بد من وجود احد هذه الأجهزة في قسم العناية المكثفة^(١).

المطلب الثالث

وضع المريض تحت أجهزة الإنعاش الصناعي

إن حصر أحوال المريض تحت أجهزة الإنعاش يكون في حالات أربع سنتناولها من خلال تقسيم هذا المطلب إلى أربعة فروع وكما يلي :

الفرع الأول

عودة أجهزة المصاب إلى حالتها الطبيعية

يسعى القائمون على الأجهزة الطبية الى أن تعود أجهزة المصاب إلى حالتها الطبيعية عوداً يطمئن القائم على هذه الأجهزة والأطباء أن الخطر قد زال (بعد وضعه تحت أجهزة الإنعاش الصناعي لفترة كافية)، ولا يحتاج معها لأجهزة الإنعاش فهنا يقرر الطبيب رفع أجهزة الإنعاش لسلامة المريض وعدم حاجته إليها لزوال الخطر وهنا يكون من رأي الاختصاصي واجب الاحترام حين يقرر ذلك وإذا قرر الطبيب ذلك فإنه لا خلاف في الشرع والقانون حول إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي في هذه الحالة^(٢).

(١) د. محمد علي البار، أجهزة الإنعاش، مصدر سابق، ص ٢٩٨-٤٣٧.

(٢) نادين عبد الوهاب المرشد، مصدر سابق، ص ١.

الفرع الثاني

تحسين المريض مع حاجته لأجهزة الإنعاش

في هذه الحالة يكون المريض في طريقه إلى النقاها والسلامة فهنا تبقى اجهزة الإنعاش عليه حتى يستغني عنها ويشفى بشكل تام وحينئذ ترفع عنه أجهزة الإنعاش كما في الحالة الأولى وقد اتفق على ذلك علماء الشرع والقانون في جميع دول العالم وذلك لعدم حاجته إليها^(١).

الفرع الثالث

حالة موت الدماغ

في هذه الحالة تظهر علامات موت الدماغ من الإغماء وعدم الحركة وغيرها من العلامات لكن بواسطة أجهزة الإنعاش لا يزال القلب ينبض، والنبض مستمر نبضاً وتنفساً صناعيين لا حقيقيين^(٢)، وقد اختلف الرأي في مدى جواز إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي في هذه الحالة إلى اتجاهان :

الأول:- يرى أصحاب هذا الرأي أنه إذا توقف المخ وماتت خلاياه بما في ذلك المراكز العصبية الهامة التي تتحكم في الوعي والحركة والكلام والسمع والبصر والذاكرة والنفس والدورة الدموية، والسيطرة على درجة الحرارة وتنظيم وظائف الأعضاء فإنه يجوز رفع أجهزة الإنعاش الصناعي في هذه الحالة على اعتبار أن أصحاب هذا الاتجاه يعتبرون موت الدماغ موتاً حقيقياً^(٣)، وهذا ما ذهب إليه قرار مجمع الفقه الإسلامي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي والمجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي، ذلك لأنه لا يوقف علاجاً يرجى منه

(١) د. محمد السلامي، مصدر سابق، ص ٤٨٤.

(٢) نادين عبد الوهاب المرشد، مصدر سابق، ص ٨.

(٣) أعمال مؤتمر الطب والقانون نظمه كلية الشريعة والقانون بالتعاون مع كلية الطب والعلوم الصحية ، جامعة الإمارات، ص ٤٣، ص ٤٤؛ عبد القادر محمد العماري، نهاية الحياة، أعمال ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي، ص ٤٨٦؛ ندى الدقر، موت الدماغ بين الطب والإسلام، دار الفكر المعاصر، بيروت، لبنان، ٢٠١٣، ص ٢١٦.

شفاء المريض وإنما يوقف إجراء لا طائل من ورائه في شخص محتضر وهذا أيضاً ما ذهب إليه اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والافتاء في السعودية^(١).

الثاني:- يرى أصحابه عدم جواز رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الذي مات جذع مخه لأنهم لا يعتبرون موت جذع المخ موتاً حقيقياً ويعتبرون رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن مريض موت الدماغ قتلاً عمداً يستوجب عقاب الفاعل^(٢).

لأن هذه الأجهزة مساعدة له ومن وسائل علاجه وقيام الأطباء بحرمانه منها يعد محققاً لجريمة القتل العمد لأنه نزع هذه الأجهزة عن مرضى الغيبوبة الدماغية وسيلة يقتل بها غالباً من كان في مثل حالتهم، وذلك لأن العلم إذا قال اليوم أنه يموت خلايا الدماغ يموت الإنسان فقد يثبت العلم غداً خلاف ذلك وأن خلايا المخ قد تستعيد قوتها وقدرتها على العمل بعد حين أو بعقاقير قد تكتشف في الغد القريب^(٣). ونرى أن مرضى الغيبوبة الدماغية أو من تشخص حالتهم على أنها موت لجذع المخ أحياء ما دامت فيهم مظاهر الحياة فما دامت خلايا أجسام هؤلاء المرضى حية متجددة ناحية لاستمرار على هرمون النمو وحرارة هذه الأجسام تظل في معدلات حرارة غير المرضى بالغبوبية، فذلك دليل على استمرار حياتهم على وجه اليقين فلا يسوغ الحكم بموت إنسان وبدنه في إيصال الغذاء والدواء وتظهر عليه آثار تقبل ذلك من نمو وغيره. وبالتالي فإن نزع الأجهزة الطبية منهم في هذه الحالة يعد قتلاً عمداً لأن هذه الأجهزة المساعدة هي من وسائل علاجهم وقيام الأطباء بحرمانهم منها يعد محققاً لجريمة القتل وهذا ما أكدته الجمعية الأمريكية لطب الحالات الحرجة، وأعلنه الأطباء في بوسطن، حيث أكدت بعض الأبحاث الطبية التي أجريت على كثير من المرضى الذين تم تشخيص حالاتهم كموتى جذع المخ أن الحياة الطبيعية قد عادت إلى نسبة غير قليلة منهم، ونظراً لإمكان عودة هؤلاء إلى الحياة الطبيعية فإن

(١) نادين عبد الوهاب المرشد، مصدر سابق، ص ١؛ محمود ابراهيم محمد مرسى، مصدر سابق، ص ٣٦١.

(٢) د. محمد سامي الشوا، الحماية الجنائية للحق في سلامة الجسم، أطروحة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة عين شمس، ١٩٨٦، ص ٥٩١.

(٣) د. محمود ابراهيم محمد مرسى، مصدر سابق، ص ٣٦٤.

البروتوكولات المختلفة لتشخيص موت المخ انفتحت على عدم جواز تطبيق مفهومه على الأطفال لقدرة أبدانهم على استعادة وظائف المخ وإن طال زمن غيبوتهم^(١).

الفرع الرابع

مرضى ميؤوس من شفائهم

أي مرضى لا أمل في شفائهم طبياً، لكن جذع الدماغ ما زال حياً وفي هذه الحالة لا يجوز رفع أجهزة الإنعاش عن هؤلاء المرضى، وذلك للأسباب التالية^(٢):

- ١- إن سحب الأجهزة عنهم كترك انقاز غريق في البحر وحريق يحترق في النار.
- ٢- لأن علامات الحياة لا تزال موجودة في هؤلاء المرضى فلا يجوز رفع أجهزة الإنعاش عنهم.
- ٣- لأن في رفع أجهزة الإنعاش عنهم قتل لهؤلاء المرضى أو زيادة في مرضهم وكلاهما لا يجوز.
- ٤- إن الرأي الطبي في البلاد العربية والإسلامية بالنسبة لسحب أجهزة الإنعاش من مرضى ميؤوس من حالتهم أي لا أمل في شفائهم طبياً يعتبر جريمة.

المبحث الثاني

تحديد معيار لحظة الوفاة

تحديد فترة الوفاة مسألة على جانب كبير من الأهمية، فموت الشخص ليس ظاهرة بيولوجية فقط وإنما واقعة قانونية لها أثارها القانونية، فتحديد لحظة الوفاة يلعب دوراً كبيراً في إمكانية البت في مدى مشروعية رفع أجهزة الإنعاش الصناعي أو استمرارها على المريض الذي توقف قلبه أو رئتيه أو مخه عن العمل وبالتالي تحديد أحكام المسؤولية الجنائية عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي كما يمكن البت في مدى مشروعية استئصال الأعضاء البشرية من الميت ومدى جواز إجراء التجارب الطبية عليها ولسوف

(١) د. محمود إبراهيم محمد مرسى، مصدر سابق، ص ٣٦٩؛ نادين عبد الوهاب المرشد، مصدر سابق، ص ١٠.

(٢) نادين عبد الوهاب المرشد، المصدر نفسه، ص ٣.

نقتصر على استعراض ما يتعلق بموضوع بحثنا حيث اختلفت وجهات النظر في الأخذ بمعايير التحديد الخاصة بلحظة الوفاة وسوف يتبين الاتجاهات الطبية والقانونية وذلك من خلال مطلبين وكما يأتي:

المطلب الأول

المعيار العلمي لحدوث الوفاة

يوجد معياران علميان لانتهااء الحياة نتناول كلاً منهما في فرعين وكما يلي :

الفرع الأول

المعيار التقليدي للوفاة

يعتبر الشخص ميتاً وفقاً لهذا المعيار بالتوقف النهائي للقلب (الدورة الدموية) وتوقف الرئتين (الجهاز التنفسي) عن العمل توقفاً لا رجعة فيه^(١).
ومعنى ذلك أنه لا يحكم بموت الشخص إلا إذا توقف قلبه وماتت خلاياه ، وتوقف جهازه التنفسي عن العمل^(٢)، فالموت الحقيقي لا يتم إلا بمفارقة الروح للجسد وتوقف جميع الأعضاء الحيوية عن أداء وظائفها بما في ذلك القلب، وذلك لأن الروح هي التي تبعث الدفء والحرارة في الجسد وتحفظه من التحلل والفساد والتعفن إن طال مدة وجوده على جهاز التنفس الصناعي كما يستمر الكثير من أعضاء الجسم في أداء وظائفها الطبيعية كالقلب والتمثيل الغذائي للكبد والهضم والامتصاص من الأمعاء وتستمر إفرازات جميع غدد الجسم في العمل، كما تنمو اظفاره وشعره ولا يمكن لأي طبيب في هذه الحالة إعطاء شهادة وفاة للمريض وألا تعرض للمساءلة القانونية، حيث يرى أصحاب هذا المذهب أن توقف القلب والنفس عن العمل مظهر لخروج الروح من الجسد ومفارقتها لكافة الأعضاء

(١) د. حسن عودة زعال، التصرف غير المشروع بالأعضاء البشرية في القانون الجنائي، دراسة مقارنة، الدار العلمية الدولية، عمان، ٢٠٠١، ص ١١٣.

(٢) د. سميرة علي الديات، عمليات نقل وزراعة الاعضاء بين الشرع والقانون، ط١، مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ١٩٩٩، ص ٢٥٩.

ومن ثم فإنه لا يجوز وفقاً لهذا المعيار استقطاع الأعضاء البشرية وعدم عودتهما للعمل مرة ثانية أما قبل ذلك فلا^(١).

إلا أن هذا المعيار لا يتحقق مع ما توصل إليه التطور العلمي والفني في المجال الطبي لذلك وجه إليه النقد على أساس أن توقف الوظائف المشار إليها تعبير عن الموت الظاهري وليس الحقيقي فقد ثبت أنه يمكن من خلال وسائل الإنعاش المختلفة والصدمات الكهربائية وغيرها من الوسائل الطبية عودة القلب إلى العمل وما يعقبه من عودة مظاهر الحياة الطبيعية، فمع توقف القلب والتنفس تبقى خلايا المخ حية لفترة ولو كانت وجيزة إلا أنه يمكن خلالها إمداد المخ بالأوكسجين اللازم، فإذا عاد الجهاز التنفسي إلى العمل من خلال تلك الوسائل الطبية يبقى المخ حياً^(٢)، كذلك أثبتت الدراسات الطبية أن الوفاة تحدث على مراحل فتبدأ بالوفاة الإكلينيكية أي بتوقف القلب والرئتين، ثم يتوقف المخ بعد دقائق من توقف وصول الدم المحمل بالأوكسجين إليه، ولذلك اتجهت الآراء إلى صعوبة الأخذ بالمعيار التقليدي علمياً لأنه ليس مؤشراً كافياً على إنهاء الحياة. ويؤدي إلى نتائج غير مقبولة من حيث أنها تحرم الغير من احتمالات العلاج والحياة. في الوقت الذي لا يكون هناك أي ضرر حقيقي على الشخص المتوفي كما في حالات نقل وزرع القلب والكبد، فلا يجوز نقلها إلا إذا كانت الخلايا لا زالت حية، فإذا ماتت أصبحت غير صالحة للاستعمال وبالتالي يستحيل إجراء عمليات زرع القلب أو الكبد أو غيرها من الأعضاء التي لا يمكن نقلها إلا من إنسان فارق الحياة وبشرط أن يتم ذلك في فترة تالية مباشرة للوفاة بحيث تكون تلك الأعضاء لا زالت حية وتتمتع بصلاحياتها لأداء دورها إذا تم نقلها إلى إنسان آخر، كما أنه قد يضل القلب والجهاز التنفسي حين رغم موت خلايا المخ موتاً كلياً ويدخل الشخص في غيبوبة نهائية يستحيل معها عودته للحياة ويظل الجهاز التنفسي يعمل

(١) د. إيهاب يسري، المسؤولية المدنية والجزائية للطبيب، مطبوعات الفكر المعاصر، بيروت، ٢٠٠٩، ص ٥٦٣.

(٢) حسام الدين كامل الاخواني، المشاكل القانونية التي تثيرها عمليات زرع الأعضاء البشرية، دراسة مقارنة، مطبعة جامعة عين شمس، القاهرة، ١٩٧٥، ص ١٧٢.

لعدة ساعات بل لعدة أيام ومع ذلك لا يمكن الحكم بوفاته وفقاً لهذا المعيار^(١) لذلك يتم البحث عن معيار أدق تحدد على أساسه لحظة الوفاة.

الفرع الثاني

المعيار الحديث للوفاة (الموت الدماغي)

يعد الموت الدماغي من الناحية الطبية بمثابة التوقف الكامل الذي لا رجعة فيه لوظائف جذع المخ^(٢) حيث اتجهت أغلب الآراء في الوقت الحاضر إلى الربط بين حدوث الوفاة وموت خلايا المخ بما في ذلك جذع المخ، حتى لو ظلت خلايا القلب والرئتان حية، فمتى ماتت خلايا المخ بصفة نهائية فإنه يستحيل عودتها إلى الحياة وبالتالي عودة الإنسان إلى حياته الطبيعية^(٣)، وتنفس الشخص أو نبض القلب في حالة استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي ليس إلا مظهراً للحياة الصناعية وليس دليلاً على حياة الإنسان فأياً كانت الوسائل العلاجية المستخدمة لإطالة فترة الحياة الصناعية فهذا لن يؤدي إلى عودة الحياة مرة أخرى، فتوقف وظائف المخ نهائياً ولا يمكن الرجوع فيه أو مواجهته بأي أسلوب علاجي حتى الآن، وموت المخ يعقبه الغيبوبة الكبرى أو النهائية، وبناءً عليه أصبح ذلك معياراً يحدد حدوث الوفاة^(٤)، ومن المبررات التي استند إليها أنصار هذا المعيار أن الوفاة عملية وليست حدثاً وقتياً فتوقف الأعضاء مثل القلب والرئتين يحدث في فترة زمنية معينة أما موت المخ فالعملية تتم تدريجياً وهو ما قد يستغرق دقائق أو ساعات أو أيام حسب الأحوال فقد يبدأ في الجزء الأمامي ثم ينقل إلى الخلفي أو جذع المخ، وفي هذه الحالة يتحقق الموت النهائي للمخ ولا خلاف أنه إذا حدثت وفاة المخ كاملاً عقب توقف وظائف القلب والرئتين فالوفاة محققة بإجماع الآراء وإذا حدث توقف للقلب والرئتين فقد فهذا لا

(١) د. حمدي عبد الرحمن، معصومية الجسد، بحث في مشكلات المسؤولية الطبية ونقل الأعضاء، مطبعة جامعة عين شمس، القاهرة، ١٩٨٧، ص ٨٩.

(٢) د. إبراهيم صادق الجندي، مصدر سابق، ص ٧٢.

(٣) د. أحمد شوقي أبو خطوة، القانون الجنائي والطب الحديث، ط ١، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٦، ص ١٧٢.

(٤) د. محمد عبد الوهاب الخولي، المسؤولية الجنائية للأطباء عن استخدام الأساليب المستحدثة في الطب والجراحة، ط ١، ١٩٩٧، ص ٢٢٥.

يكفي لإثبات الوفاة إذا كان المخ لا زال حياً بل أن استعمال وسائل الإنعاش الصناعي وغيرها من الوسائل العلاجية قد تؤدي إلى عودة الحياة الطبيعية والخلاف الأساسي ينحصر في حالة الأخذ بالمعيار الحديث أي إذا توقفت وظائف المخ كلية وكانت الرئتان والقلب لا زالا يعملان^(١)، فيذهب البعض إلى أنه لا يصح القول بموت الإنسان بمجرد توقف المخ عن العمل وموت خلاياه مع احتفاظ باقي أجهزة الجسم أو بعضها تؤدي وظيفتها، فقد تستمر الدورة الدموية ويبقى القلب والنفس وأجهزة التبول، ويبدو الجسم دافئاً ويستهلك الأوكسجين وقد يحدث رد فعل إزاء المنبهات التي تسبب الألم فالقول بموت الإنسان في هذه الحالة يعد من المتناقضات ولا يتفق مع المنطق وحقيقة الأشياء ويستندون في ذلك إلى أن بعض الحالات التي حدثت فيها غيبوبة أو توقف المخ عن العمل قد أفاقت من غيبوبتها بعد فترات تراوحت بين عدة ساعات أو بضعة أيام أو أسابيع، فقد عاد المريض إلى الحياة ومارس أنشطته الحيوية، وليس أدل على حياة مرضى الغيبوبة العميقة وتوقف المخ عن العمل من استمرار الحمل لدى بعض السيدات الحوامل قسرين في هذه الغيبوبة شهوراً طويلة واستمر نمو الجنين رغم غيبوبة الأم حتى تمت الولادة لأطفال بأوزان طبيعية في موعد الولادة الطبيعي وبالتالي فإن هذا الجنين استمد وجوده من جسد أمه الحي الذي ينبض بالحياة ويمد بها^(٢)، كما أن هناك آثاراً اجتماعية ونفسية وأمنية قد تنجم عن الأخذ بهذا المعيار كمعيار رئيس للوفاة والذي قد يؤدي إلى نقل أعضاء من الشخص قبل التحقق من الموت الحقيقي ذلك أن بعض الأعضاء كالقلب والرئة والكبد لا يمكن أن تؤخذ من إنسان ميت فعلاً أي موتاً وفقاً للمعيار التقليدي وإنما تؤخذ من إنسان حي موضوع على جهاز الإنعاش الصناعي بسبب المرض أو الإصابة الجسيمة في حادث وما زالت به دلالات وجود الروح كما إذا كان قلبه ينبض بالحياة، واستئصال الأعضاء في هذه الحالة قد يؤدي إلى الإضرار بمشاعر أهل الشخص وأقاربه وقد تحدث ردود فعل مختلفة وقد يؤدي هذا التصرف إلى إحجام المرضى وأقاربهم عن التوجه إلى المستشفيات ودور العلاج مما يؤثر في صحة المواطنين ويضر بالمصلحة العامة، إذ يؤثر في الثقة التي يجب أن تتوافر لدى الطبيب

(١) د. محمد عبد الوهاب الخولي، مصدر سابق، ص ٢٢٦.

(٢) د. صفوت حسن لطفي، أسباب تجريم نقل وزراعة الأعضاء الأدمية، دار الفكر العربي،

القاهرة، ١٩٩٢، ص ٢١.

والتي تعتبر من مقومات تحقيق الشفاء في كثير من الحالات، كما أن الأخذ بهذا المعيار قد يضع المجال للإتجار في الأعضاء البشرية، وتظهر سماسرة قطع الغيار الأدمية وبطبيعة الحال يؤدي ذلك إلى استغلال القادرين مالياً لغير القادرين مما يساعد على تزايد مشاعر الحق والتفكك الاجتماعي^(١). كما أن الأخذ بهذا الاتجاه يؤدي إلى غلق الباب أمام اجتهاد الأطباء فقد وإن أكد العلماء من أكثر من ثلاثين عاماً أن موت الإنسان يكون بتوقف قلبه ثم أمكن استعادته للحياة فيما بعد رغم توقف القلب ولا مانع أن يحدث نفس الشيء بالنسبة للمخ ويتمكن الأطباء من إعادة نوى المخ للحياة بعد فترة من توقف نشاطه إذ البحث العلمي والطبي يأتي كل يوم بما هو جديد^(٢).

وعلى هذا الأساس أجاز المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي في دورته العاشرة المنعقدة في مكة المكرمة سنة ١٤٠٨هـ رفع أجهزة الإنعاش عند تشخيص موت الدماغ، إلا أنه لا بد من توقف قلب الشخص ودورته الدموية لتسري عليه أحكام الميت وهو ما ذهب إليه اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية رقم (١٢٧٦٢) بتاريخ ١٤١٠/٤/٩هـ والفتوى رقم (٦٦١٩) بتاريخ ١٤٠٤/٢/١٥هـ والتي قررت أنه يجوز شرعاً إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض المحتضر الذي مات دماغه إذا قرر طبيبان فأكثر أنه في حكم الموتى ولكن يجب أن ينتظر بعد نزع الأجهزة مدة مناسبة حتى يتم التأكد من موته بتوقف قلبه وتنفسه^(٣).

وإزاء هذه الانتقادات لموت الدماغ كميّار لتحديد لحظة الوفاة، يلاحظ أنه لا يزال هناك جدل حول هذا المعيار ولا شك أن القول الفصل في هذا الموضوع هو لأصحاب الخبرة في هذا المجال وهم الأطباء الذين اعترض البعض منهم بأن أخذ الأعضاء من هؤلاء الموتى يعد جريمة قتل عمد أن ترتب على ذلك موتهم، كذلك اعتراف أحد أطباء القلب في مركز لنقل الأعضاء في بريطانيا في الفيلم العلمي الوثائقي لهيئة BBC بعنوان (هل من تؤخذ أعضاءهم موتى حقيقي) بأن الأطباء يقتلون هؤلاء المرضى المسمون بموتى المخ، فعندما سأله مذيع أُل (BBC) بعد المناقشة العلمية فأجاب بالحرف الواحد : نعم نحن

(١) المصدر نفسه، ص ٣٢.

(٢) د. محمود إبراهيم محمد مرسي، مصدر سابق، ص ٣٢٧.

(٣) د. إبراهيم صادق الجندي، مصدر سابق، ص ٧٨.

نقتل المرضى، وكذلك توجد بعض الدراسات الأمريكية والبريطانية عن عودة بعض الحالات إلى الحياة الطبيعية بعد تشخيصها تشخيصاً كاملاً، كموتى منخ، حيث أجريت دراسة على (٥٠٣) مريضاً تم تشخيصهم كموتى منخ في أمريكا عادت بعض الحالات إلى الوعي الكامل والحياة الطبيعية رغم أنها انطبقت عليها كل معايير تشخيص موت المنخ ولفترات مختلفة^(١). وفي ضوء ما تقدم نؤيد ما ذهب إليه اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والافتاء في المملكة العربية السعودية فلا يجوز رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الذي مات دماغه إلا بعد توقف قلبه ودورته الدموية فتسري عليه أحكام الميت بعد أن تقرر لجنة طبية مختصة ذلك الأمر وأن يكون هذا الإجراء داخل في صميم اختصاصها هي ومجازة من وزارة الصحة.

المطلب الثاني

موقف القانون الوضعي من تحديد لحظة الوفاة

سوف نتناول هذا الموقف من خلال بيان موقف القوانين الوضعية المقارنة وموقف القانون العراقي، حيث انقسمت القوانين المقارنة إلى اتجاهين في هذا الموضوع الأول أورد معياراً قانونياً للوفاة والثاني لم يقدم معياراً محدداً للوفاة ويتبين ذلك فيما يلي :

(١) د. محمود محمد عوض سلامة، بحث بعنوان رد شبهة المميزين لنقل الأعضاء من الناحيتين الطبية والبيئية، ص ١٩، منشور على الموقع التالي:
www.arablawinfo.com . اخر زيارة (٢٠١٨/١٢/١٤)

الفرع الأول

القوانين التي حددت معياراً للوفاة

اتجهت هذه القوانين إلى تحديد معيار للوفاة وتبنت المعيار الحديث (موت المخ) ومنها:

١- القانون الأمريكي:

في عام ١٩٨١ تم اقتراح تعريف موحد للموت في الولايات المتحدة الأمريكية هو (التوقف التام والنهائي لجميع وظائف المخ وقد تبنت معظم الولايات الأمريكية هذا المعيار)^(١).

٢- القانون الإسباني:

أخذ المرسوم الملكي رقم (٤٢٦) الصادر في عام ١٩٨٠ والخاص بعمليات نقل الأعضاء بموت خلايا المخ كمعيار لتحديد لحظة الوفاة بشرط ملاحظة بعض العلامات الآتية:-

أ- الانعدام التام لأي رد فعل تلقائي والاسترخاء التام للعضلات.

ب- انعدام الانعكاسات الحرقية.

ج- انعدام التنفس التلقائي.

د- التوقف النهائي لأي أثر لنشاط المخ لعدم تلقي جهاز رسم المخ الكهربائي أي إشارة^(٢).

٣- القانون الإيطالي:

تبنى المرسوم الإيطالي رقم (٤٠٩) لسنة ١٩٧٧، والخاص بتطبيق القانون رقم (٦٤٤) الصادر في ديسمبر عام ١٩٧٥، بشأن استئصال الأعضاء من الجثة المعيار الحديث للموت وهو موت المخ وأخذ بهذا الاتجاه أيضاً القانون الأرجنتيني رقم (٢١٥٤١) الصادر في عام

(١) نقلاً عن: د. احمد شوقي أبو خطوة، مصدر سابق، ص ٢٠٢.

(٢) د. صفاء حسن العجيلي، الأهمية الجنائية لتحديد لحظة الوفاة، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٠، ص ٤٣.

١٩٧٧ والخاص بنقل الأعضاء (م٢١) وأكد عليه القانون النمساوي الصادر عام (١٩٨٢) والخاص باستئصال الأعضاء من جثث الموتى والتشريع السويسري في المادة (٣١) من القانون المدني^(١).

٤- دليل إجراءات زراعة الأعضاء بالسعودية:

تبنى دليل إجراءات زراعة الأعضاء الصادر عن المركز السعودي لزراعة الأعضاء والمعتمد بموجب قرار وزير الصحة رقم ١٠٨١/١/١٩٩٩ المؤرخ في ١٨/٦/١٤١٤ المعيار الحديث للوفاة، بل وألزم جميع المستشفيات بالمملكة بتكوين لجان داخلية تكون مسؤولة عن حالات موت الدماغ، وتتكون هذه اللجان من الطبيب الباطني والمدير الإداري أو من يقوم مقام أي منهما بالإضافة إلى منسق حالات موت الدماغ الذي يقوم بالإبلاغ عن حالات موت الدماغ في المركز السعودي لزراعة الأعضاء وتكون مهمة هذه اللجنة متابعة كل ما يتعلق بحالات موت الدماغ والتبليغ عنها ويكون تشخيص موت الدماغ بواسطة أطباء آخرين وذلك حسب إجراءات المركز السعودي لتشخيص موت الدماغ الصادر عن لجنة موت الدماغ بالمركز^(٢).

٥- موقف القانون العراقي:

اعتنق المشرع العراقي المعيار الحديث للوفاة، حيث نص القانون رقم (٨٥) لسنة (١٩٨٦) بشأن زرع الأعضاء البشرية العراقي (م٢) أنه (يتم الحصول على الأعضاء لأجل إجراء عمليات الزرع من ب- المصاب بموت الدماغ حسب الأدلة العلمية الحديثة المعمول بها التي تصدر تعليمات في حالة موافقة أحد أقاربه الكامل الأهلية من الدرجة الأولى أو الدرجة الثانية وموافقة لجنة مشكلة من ثلاثة أطباء اختصاصيين من ضمنهم طبيب مختص بالأمراض العصبية على ألا يكون من بينهم الطبيب المعالج ولا الطبيب المختص المنفذ للعملية)، وجاءت تعليمات من وزير الصحة لتفسير هذا النص يفيد ان الوفاة هي: "حالة فقدان اللاعائد للوعي المصحوب بالفقدان اللاعائد لقابلية التنفس التلقائي والانعدام

(١) نقلاً عن: د. محمد سامي السيد الشوا، مصدر سابق، ص ٦٥٢.

(٢) محمد عبد الوهاب الخولي، مصدر سابق، ص ٢٤٥.

التام للأفعال الانعكاسية لعرق الدماغ^(١). نلاحظ على هذا التعريف بأنه اعتمد موت كل الدماغ لا كما قضت به المادة (٢) من قانون نقل الاعضاء العراقي الذي اعتبر موت جذع الدماغ موتاً حقيقياً.

الفرع الثاني

القوانين التي لم تقدم معياراً محدداً للوفاة

حيث تركت هذه القوانين للأطباء سلطة تحديد لحظة الوفاة باعتباره مسألة علمية فنية بحثة في اختصاص الطب ومن هذه القوانين :

(١) القانون الفرنسي :

لا يوجد نص قانوني محدد لمعيار الوفاة كمعيار عام إلا أنه أشار المرسوم الذي أصدره المنشور رقم (٦٧) لسنة (١٩٦٨) من وزير الصحة الفرنسي أوضح فيه - ضرورة تشخيص حدوث الوفاة بمعرفة طبيبين أحدهما رئيس القسم بالمستشفى والثاني اخصائي رسم المخ على أن يكون الأساس في إثبات الوفاة هو التوقف المضطرد والمتعارض مع الحياة وذلك بالتثبت من خاصية الهدم وعدم القابلية لإصلاح فساد الجهاز العصبي المركزي في مجموعة فضلاً عن استخدام العلامات الآتية:

١- قطع أحد الشرايين للتأكد من توقف الدورة الدموية .

٢- علامة الأثير.

٣- تجربة الفلورسين حيث تحقن تحت الجلد للتأكد من عدم انتشارها بالعين.

٤- رسم المخ المستوي خلال مدة كافية.

ثم بعد ذلك صدر قانون نقل الأعضاء رقم (١١٨١) لسنة ١٩٧٦ الذي أشار في المادة (٤) منه على إصدار قرار في شأن الإجراءات الخاصة بإثبات الوفاة وقد صدر المرسوم رقم (٥٠١) لسنة (١٩٧٨) الذي نصت المادة (٢٠) منه على أن إثبات الوفاة يقوم على أدلة متفق عليها طبياً والتي تسمح للطبيب أن يقتنع بموت الشخص على أن يكون ذلك المعيار مقبولاً من وزير الصحة بعد أخذ رأي الأكاديمية الطبية الفرنسية وإثبات ذلك في

(١) سمر الاشقر، المركز القانوني للميت دماغياً، ناشري قطر، ٢٠٠٤، ص ٦٩.

محضر رسمي يبين الإجراءات التي اتبعت والنتائج التي حدثت وتاريخ وساعة حدوثها، (م٢١، ٢/٢٢) من مرسوم ١٩٧٨ وقد أشار وزير الصحة الفرنسي في منشوره المؤرخ ١٩٧٨/٤/٣ على اتباع وسائل إثبات الموت المنصوص عليها في منشور ١٩٦٨/٤/٢٤ وأخيراً صدر القانون الخاص باحترام الجسم البشري عام (١٩٩٤) ولم يتضمن تعريفاً محدداً للوفاة^(١).

(٢) القانون الإنجليزي:

حين اعتمد مفهوم الموت الدماغي (موت جذع الدماغ) كان ذلك اساساً لظهور الكود البريطاني وذلك في اجتماع لجنة الكليات الطبية الملكية عام ١٩٧٦ وعام ١٩٧٩ ثم اجتماعها في عام ١٩٩٥ حيث افادت ان تحقق موت جذع الدماغ كافٍ لاعتبار الموت واقع فعلاً، لا موت جميع الدماغ كما هو معروف في امريكا، إلا أنه ولحد الان لا يوجد قانون أو حتى شبه قانون يعترف بموت جذع الدماغ على انه موت حقيقي للإنسان، حيث انه في اجتماع لجنة اللوردات المكونة من اطباء ومحامين في عام ١٩٩٣ خلصوا إلى نتيجة مفادها عدم الحاجة لإصدار قانون خاص بهذا الشأن لأنه أمر يتعلق بأخلاقيات الطب^(٢).

(٣) القانون السوري:

لم يقدم القانون السوري أي تعريف للوفاة وإنما نص على أن التأكد من حدوث الوفاة يتم بموجب تقدير أصولي من لجنة مؤلفة من ثلاثة أطباء وفقاً للتعليمات التي تصدرها وزارة الصحة^(٣).

(٤) القانون الأردني:

لم يقدم القانون الأردني أي تعريف للوفاة وكل ما فعله المشرع في نص المادة (٨) من القانون رقم (٢٣) لسنة ١٩٧٧ أنه منح فتح الجثة لأي غرض من الأغراض المنصوص عليها في هذا القانون إلا بعد التأكد من الوفاة بتقرير طبي ونفهم من هذه المادة أن طبيباً

(١) نقلاً عن : د. محمد سامي الشوا، مصدر سابق، ص ٦٠٨.

(٢) سمر الاشقر، المركز القانوني للميت دماغياً، مصدر سابق، ص ٦٩.

(٣) نقلاً عن: محمد سامي الشوا، المصدر السابق، ص ٦٠٩.

اختصاصياً هو الذي يقرر الوفاة ويتم التحقق من موت الدماغ من قبل لجنة طبية من ثلاثة أطباء.

المبحث الثالث

أحكام المسؤولية الجنائية عن إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي

المسؤولية لغةً تعني المطلوب الوفاء به^(١)، وتطلق أخلاقياً على التزام الشخص بما يصدر عنه من قول أو عمل إما قانوناً فقد اختلف الفقهاء في تعريف المسؤولية الجنائية فعرّفها البعض بأنها أهلية الشخص لتحمل الجزاء الذي يقرره قانون العقوبات^(٢)، كما عرفها آخرون بأنها الالتزام القاضي بتحمل الطبيب الجزاء أو العقاب نتيجة إنيائه فعلاً أو امتناعه عن فعل يشكل خروجاً عن القواعد أو الأحكام التي قررتها التشريعات الجنائية أو الطبية^(٣)، وبالنسبة لأحكام المسؤولية الجنائية عن إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي فسنتناولها من خلال تقسيم هذا المبحث إلى ثلاثة مطالب وكما يأتي:

المطلب الأول:- المسؤولية الجنائية الناشئة عن إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بفعل الطبيب.

المطلب الثاني:- المسؤولية الجنائية الناشئة عن إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بفعل الغير.

المطلب الثالث:- المسؤولية الناشئة عن إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي برضاء المريض أو من يمثله قانوناً.

(١) د. إبراهيم مصطفى، المعجم الوسيط، ج ١، باب السين، ص ٤١١.

(٢) د. محمود الصالحي، مفهوم المسؤولية الجزائية في القانون الجنائي، مجلة القضاء الأردنية، عمان، العدد ٣٢، ١٩٩٦، ص ١٢.

(٣) نقلاً عن: نادين عبد الوهاب المرشد، مصدر سابق، ص ٢٠.

المطلب الأول

المسؤولية الجنائية الناشئة عن إيقاف أجهزة الإنعاش

الصناعي بفعل الطبيب

يمكن بيان المسؤولية الجنائية الناشئة عن إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بفعل الطبيب من خلال حالتين الأولى قيام الطبيب برفع أجهزة الإنعاش الصناعي عمداً بعد تركيبها للمريض أما الثانية فهي الامتناع عن تقديم المساعدة الطبية للمريض وفقاً لما يقتضيه ويمليه عليه القانون أو ترك المريض ويترتب على هذا الترك موت المريض وسوف نتناول هاتين الحالتين من خلال تقسيم هذا المطلب إلى فرعين وكالاتي:

الفرع الأول

قيام الطبيب برفع (إيقاف) أجهزة الإنعاش الصناعي عمداً

إذا قام الطبيب برفع أجهزة الإنعاش عن المريض بعد تركيبها له عمداً فإنه يعد مرتكب لجريمة القتل العمد لأن هذه الأجهزة المساعدة هي من وسائل علاج المريض وقيام الطبيب بحرمان المريض من هذه الوسائل يعد محققاً لجريمة القتل العمد لأنه وسيلة يقبل بها غالباً من كان في مثل حالهم ، فالقتل العمد هو اعتداء على حياة إنسان بفعل يؤدي إلى وفاته وبالتالي فإنه لا يتصور تحققه إلا إذا كان المجنى عليه إنساناً حياً وقت ارتكاب الجاني لفعله^(١)، وهنا تثار المشكلة فالبعض يفرق بين حالة ما إذا كان رفع الأجهزة عن المريض بعد موت المخ أم قبله في الحالة الأولى أي رفع أجهزة الإنعاش الصناعي بعد موت المخ فإن الطبيب لا يعاقب على القتل العمد لأنه إنسان ميت فلا يعاقب بعقوبة الاعتداء على حياة المريض. فموت المخ (الدماغ) أحد معايير تحديد الوفاة، فمن الناحية الطبية أن موت الدماغ يعني موت خلايا جذع الدماغ وليس موت خلايا قشرة الدماغ ومن هنا تبدأ مسؤولية الطبيب عن التشخيص في موت الدماغ^(٢).

فاحتمال الخطأ في التشخيص هنا وارد بسبب التسرع من قبل الأطباء في إقرار التشخيص، حيث أن التشخيص في مثل تلك الحالات يتم في فترة زمنية قصيرة دون

(١) محمود إبراهيم محمد مرسي، مصدر سابق، ص ٣٠٥.

(٢) د. إبراهيم صادق الجندي، مصدر سابق، ص ٧٥.

الانتظار فترة كافية تؤكد ظهور العلامات الأكيدة للوفاة أيضاً، فتدخل الطبيب بإنهاء حياة المريض الذي هو في حالة موت القشرة المخية وليس موت جذع الدماغ إنما هو قتل لنفس حرم الله قتلها وذلك لاستمرار الحياة الطبيعية والحيوية في جسده بشكل سليم، وتحقق مسؤولية الطبيب الجنائية عنها عن جريمة قتل عمدية^(١).

عليه فإنه يمكن التمييز بين حالتين :

أولاً- تشخيص الطبيب للمريض بأنه توفي دون إجراء فحوصات للتأكد من ذلك ففي هذه الحالة لم يقم الطبيب بعمل مادي يستطيع من خلاله معرفة موت المريض من عدمه، حيث أن معيار وفاة الشخص هو المعيار الحديث المتمثل في موت جذع الدماغ، وليس القلب أو الرئتين، وهذا ليس بالأمر اليسير بل لا بد من قيام الطبيب بعمل فني لمعرفة الموت الحقيقي من عدمه، وذلك من خلال جهاز رسم المخ الكهربائي الذي يؤكد توقف خلايا المخ عن طريق إرسال أمر استقبال أي نذبذبات كهربائية فمتى توقف هذا الجهاز عن إعطاء أي إشارة لأكثر من (٢٤) ساعة فإن ذلك يعني بالدليل القاطع موت خلايا المخ واستحالة عودتها للحياة حتى ولو ظلت خلايا القلب حية بفضل استخدام وسائل الإنعاش الصناعية، وهذا الإجراء من أبسط الإجراءات التي تفرضها عليه أصول مهنته فهو لم يقم بأي عمل يشير إلى أنه بذل العناية المطلوبة منه^(٢).

ثانياً- التشخيص الخاطئ رغم إجراء الفحوصات اللازمة لذلك. فمن الممكن أن يشخص الطبيب حالة المريض ويقرر خطأ أنه ميت على الرغم من أنه ما زال حياً وبالتالي يوقف أجهزة الإنعاش الصناعي عنه، فالطبيب هنا قام بفعل مادي (تشخيص المرض) ولكن بناءً على المعطيات الخطأ التي توصل إليها وقرر أن المريض ميت، في هذه الحالة أخل الطبيب بواجبات الحيطة والحذر الملقاة على عاتقه بموجب القانون، لأنه عالم بأن طبيع سلوكه (وقف الأجهزة) يرتب أضراراً بالغة تؤدي إلى إنهاء حياة المريض وعلى الرغم من ذلك يقرر أن المريض توفي وبالتالي يرفع الأجهزة عنه، فهنا الطبيب توقع النتيجة الضارة في ذهنه، إلا أنه لم يقصد إحداثها ولم يقبل بها، وبذلك يكون الطبيب قد وقع في إهمال في مرحلة التشخيص الخطأ واتخذ القرار أن المريض ميت في حين أنه على العكس من ذلك، حيث

(١) نادين عبد الوهاب المرشد، مصدر سابق، ص ٣٠.

(٢) نادين عبد الوهاب المرشد، مصدر سابق، ص ٣١.

كان من الواجب عليه وفق الأصول العلمية المتبعة في مهنة الطب استخدام جهاز رسم المخ الكهربائي، واستخدام الأجهزة الفوق صوتية للمخ للتأكد من أن موته تحقق بشكل يقيني قاطع لا يدع مجالاً للشك فيه^(١).

أما بالنسبة للمريض الذي يثبت للأطباء المختصين بصورة قاطعة موت جذع الدماغ عنده فيرى البعض أن ذلك جائز من الناحية الطبية والشرعية ولكن يجب الانتظار مدة مناسبة بعد رفع الأجهزة عنه حتى تتحقق وفاته بتوقف قلبه وتنفسه قبل إعلان الوفاة^(٢).

حيث أن هذه الأجهزة تبقى على هذه الحياة المتمثلة في التنفس والدورة الدموية والمريض ميتاً بالفعل، فهو لا يعي ولا يمس ولا يشعر، نظراً لتلف مصدر ذلك كله وهو المخ. وبقاء المريض على هذه الحالة يتكلف نفقات كثيرة دون طائل ويحجز أجهزة يحتاج إليها غيره ممن يجدي معه العلاج، وهو وإن كان لا يحس فإن أهله وذويه يبقون في قلق دائم ما دام على هذه الحالة التي قد تطول إلى عشر سنوات أو أكثر وقد لقي هذا الرأي قبول الحاضرين من أهل الفقه وأصل الطب في أحد اجتماعات (المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في الكويت) وذهب إلى هذا الرأي شيخ الأزهر السابق جاد الحق مستنداً في ذلك إلى مقررات مجمع الفقه الإسلامي الثالث التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي المنعقد في عمان (الأردن) عام ١٩٨٧ حول أجهزة الإنعاش والموت الأكلينيكي، وأقر هذا الرأي أيضاً مؤتمر جنيف الدولي المنعقد عام ١٩٧٩ إذ عرف المؤتمر الموت بتوقف جذع المخ عن العمل بغض النظر عن نبض القلب بالأجهزة الصناعية، ورفع تلك الأجهزة الصناعية عن المريض هو ما سماه بالموت الرحيم السلبي ومال إلى جوازه من غير تصريح علني واضح^(٣).

(١) المصدر نفسه، ص ٤٠.

(٢) المصدر نفسه، ص ٤١.

(٣) نادين عبد الوهاب المرشد، مصدر سابق، ص ٣٣.

الفرع الثاني

امتناع الطبيب عن المساعدة

تقوم المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة امتناعه عن استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي لمريض معرض لخطر الموت فيكون قد ارتكب جريمة الامتناع عن القيام بواجب من الواجبات المفروضة عليه قانوناً وإذا ترتب على هذا الامتناع وفاة المريض يكون محلاً للمسؤولية الجنائية إذ أنه يتركه المريض دون تدخل لإنقاذه بوضعه تحت أجهزة الإنعاش الصناعي أمر نتجت عنه الوفاة، وهذا ما ينص عليه قانون العقوبات العراقي رقم ١١١ لسنة ١٩٦٩^(١).

ولتحقق هذه الجريمة وقيام المسؤولية الجنائية عنها ينبغي توافر الأركان التالية:

١- وجود إنسان حي في خطر:

إن وجود إنسان حي في خطر هو عنصر أساسي في هذه الجريمة وبالتالي لا تتحقق النتيجة إلا إذا كان المجنى عليه (المريض) إنساناً حياً وقت ارتكاب الجاني (الطبيب) لفعله فالإنسان الحي يعد موضوعاً صالحاً للاعتداء (القتل) دون اعتبار لسنه أو نوعه أو جنسه أو ظروفه الاجتماعية^(٢). وبذلك فإن الجريمة تقوم حتى لو كان الشخص في النزاع الأخير، أما بالنسبة للخطر فهو كل شيء مفزع يخشى منه، كما يعرف بأنه ضرر محتمل^(٣). ووجود الخطر ضروري لقيام تلك الجريمة بحيث يفقد الشخص حياته أو يعرضه لآلام جسدية جسيمة^(٤)، وقد عرف القضاء الفرنسي الخطر بأنه (حالة جسيمة أو موقف

(١) نص المادة (٣٤) من قانون العقوبات العراقي رقم ١١١ لسنة ١٩٦٩ المعدل والتي تنص (تكون الجريمة عمدية إذا توفر القصد الجرمي لدى فاعلها وتعد الجريمة عمدية كذلك إذا فرض القانون أو الاتفاق واجباً على شخص وامتنع عن أدائه قاصد أحداث الجريمة التي نشأت مباشرة عن هذا الامتناع).

(٢) د. عمر السعيد رمضان، مصدر سابق، ص ٢١٥.

(٣) محمود نجيب حسني، شرح قانون العقوبات - القسم العام، ط ٤، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٧٧، ص ١٨٣.

(٤) محمد عبد الوهاب الخولي، المسؤولية الجنائية للأطباء وعن استخدام الأساليب المستحدثة في الطب، دراسة مقارنة، ط ١، ١٩٩٧، ص ٨.

حرج يخشى معه نتائج جسيمة بالنسبة للشخص الذي يتعرض له ويحتمل وفقاً للظروف أما أن يفقد حياته أو أن يحدث له اعتداءات بدنية جسيمة^(١).

وفي حالتنا هذه يجب أن يكون المريض قد توقف قلبه وتنفسه وما زالت خلايا المخ حية لا تؤدي وظائفها حيث في هذه الحالة من حق المريض تقديم المساعدة له حيث ثبت أن أجهزة الإنعاش الصناعي تستطيع القيام بوظيفة القلب والجهاز التنفسي خلال فترة توقفهما عن العمل حتى يستعيدا نشاطهما ووظيفتهما مرة أخرى ما دامت خلايا المخ حية، ففي هذه الحالة فإن الفرصة ما زالت قائمة أمام المريض لاستعادة صحته وعودة أجهزته للعمل مرة أخرى، فالإنعاش الصناعي يحقق فرصة حقيقية للبقاء على قيد الحياة فيجب على الطب استخدامها وعدم حرمان المريض من هذه الفرصة^(٢).

٢- الامتناع عن تقديم المساعدة :

لا ينسب إلى شخص هذه الجريمة إلا إذا كان في إمكانه تقديم المساعدة لمن هو في خطر، سواء بفعل الشخص أو بطلب المساعدة له، على أن تكون تلك المساعدة بأسلوب يجدي لمواجهة هذا الخطر حسب ظروف كل حالة ويجب أن يكون فعل التدخل من جانب الجاني حالاً وفورياً لأجل أن ينتج أثره في اللحظة المطلوبة والمناسبة^(٣)، وبالنسبة لامتناع قيام المسؤولية الجنائية للطبيب في هذه الحالة فقد ذهب رأي في الفقه^(٤)، إلى أن جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة يقع لمجرد إخلال الطبيب بالالتزام بقواعد المهنة، أو بالواجب الإنساني، فلا يشترط أن يكون من شأن تدخله في إنقاذ حياة المريض، وإن خطئه في تقدير

(١) نقلاً عن: د. محمود نجيب حسني، القسم العام، مصدر سابق، ص ١٨٣.

(٢) د. احمد شرف الدين، مصدر سابق، ص ١٦٧؛ د. احمد شوقي أبو خطوة، مصدر سابق، ص ١٨١.

(٣) محمد عبد الوهاب الخولي، مصدر سابق، ص ٢٨٣.

(٤) د. أسامة عبد الله قايد، المسؤولية الجنائية للأطباء، دراسة مقارنة، ط ٢، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠، ص ٢٧٨؛ د. شعبان بنية متولي، الحماية الجنائية لحق الإنسان في الحياة، رسالة دكتوراه، القاهرة، ١٩٩١، ص ٥٧١؛ د. علي حسين نجيدة، التزامات الطبيب في العمل الطبي، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٢، ص ٣١١.

مدة الفائدة من تقديم المساعدة لا يعفيه من المسؤولية الجنائية^(١)، وبالتالي فإن امتناع الطبيب عن معالجة المريض مخالفة للالتزام القانوني المفروض عليه يعرضه للمسؤولية الجنائية عن جريمة قتل غير عمدية وفقاً للائحة آداب مهنة الطب في مصر^(٢)، وكذلك المبادئ العامة للقانون الواردة في قانون مزاولة مهنة الطب في مصر، حيث تتمثل صورة الخطأ في امتناع الطبيب وعدم مراعاة القوانين واللوائح والأنظمة، في حين تكون المسؤولية عمدية متى توافرت للامتناع الصفة الإرادية، بأن توافر القصد الجنائي لدى الطبيب بأن كان يقصد بامتناعه إزهاق روح المريض فعندها تنعقد المسؤولية الجنائية عن جريمة القتل العمد وهذا ما أشارت إليه المادة (٣٤) من قانون العقوبات العراقي حيث اشترط أن يكون الامتناع عمدي لقيام الجريمة وتحقق مسؤولية الطبيب عنها واعتبار المريض وهو تحت أجهزة الإنعاش، مريض مهدد بموت أكيد وحالة في خطر، مما يتعين على الطبيب انقاذه ومد يد العون والمساعدة له بقدر الإمكان حتى وفاته طالما أن هناك فرصة حقيقية لبقائه عن قيد الحياة بأن لا يكون في حالة موت المخ وأن امتناعه عن ذلك يجعله مسؤولاً عن جريمة الامتناع عن المساعدة لشخص في خطر حيث أن التزام الطبيب بالمساعدة يكون أكثر اتساعاً إذا كان الخطر الذي يتعرض له المريض في نطاق تخصصه. فعلى الرغم من أن تخصص الطبيب يعتبر حداً لنطاق التزامه إلا أنه لا يستطيع أن يبرر اتساعه عن المساهمة بكل ما في وسعه لحفظ حياة المريض، أو منع تقادم حالته بخروج الخطر عن دائرة تخصصه لأن مجرد صفته كطبيب تجعله أقدر من غيره على إسعافه^(٣). وهذا ما ذهبت إليه تعليمات السلوك المهني في العراق والتي أصدرها مجلس نقابة الأطباء استناداً لحكم الفقرة (أولاً) من المادة (٢٢) من قانون رقم (٨١) لسنة ١٩٨٤ بقراره المرقم (٦) المتخذ بجلسته الثانية في ١٩/٥/١٩٨٥.

(١) د. أشرف عبد القادر قنديل احمد، جرائم الامتناع، دراسة مقارنة، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، ٢٠١٠، ص ٥٧٨.

(٢) المادة (٢٥) لائحة آداب مهنة الطب في مصر الصادر بقرار وزير الصحة والإسكان رقم ٢٣٨ لسنة ٢٠٠٣.

(٣) د. احمد شوقي أبو خطوة، مصدر سابق، ص ١٨٣ وما بعدها.

المطلب الثاني

إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بناءً على طلب مسبق

من المريض أو من يمثله

قد يتم رفع أجهزة الإنعاش الصناعي بناءً على طلب المريض، وهنا يثور تساؤل هل أن قيام الطبيب برفع أجهزة الإنعاش الصناعي بناءً على طلب المريض يترتب المسؤولية الجنائية للطبيب عن جريمة قتل عمدي . وللإجابة على هذا التساؤل سوف نقوم ببيان مدى حق المريض في إنهاء حياته في الفرع الأول ثم المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة استجابته لطلب المريض في الفرع الثاني من خلال تقسيم المطلب إلى فرعين وكالاتي:

الفرع الأول

مدى حق المريض في إنهاء حياته

من الثابت أن حق الفرد في الحياة، وفي سلامة جسمه ليس حقاً مطلقاً للفرد وإنما يرد عليه حق الله تعالى، ومن ثم فإنه لا يملك التصرف في حقه في الحياة بمفرده، فالحق في الحياة إذا نظرنا إليه، بمعنى الحق في الوجود في هذا الكون ابتداءً والبقاء فيه للأجل الذي قدره له الله عز وجل انتهائاً، فليس للإنسان فيه نصيب وهو عطية الله عز وجل لمن شاءت إرادته له الحياة والوجود في هذا الكون، دون أن يملك الإنسان لنفسه حياة أو وجوداً في تلك الحياة. وبناءً على ذلك لا يجوز للمريض أن يطلب من الطبيب عدم تركيب أو إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عليه لقوله تعالى {وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ} ^(١)، فالحق في الحياة بوصفه حقاً يحمل معنى التكليف أو الواجب في مواجهة كل الخلق باحترام حياة الإنسان الذي أوجد الله فيه معنى الحياة وهبه الوجود في هذه الحياة إلى أن يحين أجله بالموت موتاً طبيعياً، بحيث لا يسمح لأحد أن يعتدي عليه بأي مظهر من مظاهر الاعتداء كما نصت الدساتير ^(٢)، والقوانين الوضعية والوثائق الوطنية والإقليمية والدولية على حق الإنسان في الحياة وأسبغت عليه نمط من القدسية وحرمت أي اعتداء على

(١) الآية رقم (١٩٥) سورة البقرة.

(٢) نص المادة (٢) من دستور العراق لسنة (٢٠٠٥).

هذا الحق، وقررت أشد العقوبات للجرائم الماسة بحياة الإنسان فقد جرم قانون العقوبات العراقي الاعتراف على الحق في الحياة ووضع له جزاءات مختلفة حسب شدتها والأثر المترتب عليها في المواد من ٤٠٥ إلى ٤١١^(١). كما أكد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أن (لكل شخص الحق في الحياة) كما نصت عليه الاتفاقيات الدولية كالاتفاقية الدولية بشأن الحقوق المدنية والسياسية التي نصت على أن (لكل إنسان حق أصيل في الحياة)^(٢). وبالتالي فليس للإنسان دخل في حياته أو في مجيئه إلى الدنيا كما أنه ليس له دخل في موته وخروجه منها ومن ثم لا يجوز له أن يتدخل في حياته لا نهائي من خلال إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي، لما في هذا السلوك من مجاوزة لأمر الله تعالى الذي ينهي عن هذا السلوك الأثيم الذي يقول فيه {وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا}^(٣)، كما أن يخالف نصوص الدساتير والقوانين التي أكدت على الحق في الحياة^(٤).

الفرع الثاني

المسؤولية الجنائية للطبيب

لبحث المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة رفع أجهزة الإنعاش الصناعي بناءً على طلب المريض يجب التفرقة بين حالتين :

الأولى:- رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض بعد توقف قلبه وتنفسه ودون موت مخه حيث تعمل أجهزة الإنعاش الصناعي على تنشيط عمل بعض الأجهزة للإنسان مثل القلب والرئتين فتساعد بذلك على استمرار حياة الإنسان ببعثها الحركة في تلك الأجهزة، ما دام المخ لم يموت، وذلك من خلال تزويد المخ بواسطة الأجهزة الصناعية بالدم والأكسجين اللازمين لعمل الجسم الإنساني ففي هذه الحالة يسأل الطبيب عن جريمة قتل عمد^(٥)، ذلك

(١) نصوص واردة في قانون العقوبات العراقي رقم ١١١ لسنة ١٩٦٩ المعدل.

(٢) المادة (٣) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام ١٩٤٨.

(٣) المادة (١، ٦) من الاتفاقية الدولية الخاصة بالحقوق المدنية والسياسية لسنة ١٩٦٦.

(٤) الآية (٢٩) سورة النساء .

(٥) نص المادة (١٥) من دستور العراق لعام ٢٠٠٥.

(٦) د. محمود ابراهيم محمد مرسي، مصدر سابق، ص ٣٩٠.

أن المرء مادام لم يمتهن مخه أو دماغه ينبغي أن يعامل معاملة الأحياء فيبقى متمتعاً بالحماية الشرعية والقانونية الثابتة لغيره من الأحياء بحيث يتعرض من يعمل في الإجهاد على حياته أو يمرض أو يساعد على ذلك في الفترة ما بين الموت (الكلينيكي) أو الطبي (والذي يتحقق بثبوت توقف عمل القلب والرئتين والموت القانوني أو الشرعي) والذي لا يثبت إلا بموت المخ أو الدماغ للجزء الجنائي الذي يوقع على كل من يعتدي أو يسهم في الاعتداء على حياة أي إنسان حي ذلك أن فعل الشخص يترتب عليه قيام جريمة القتل العمد بركنها المادي المتمثل في إزهاق روح إنسان حي والمعنوي المتمثل بالقصد الجنائي^(١).

الثانية:- قيام الطبيب برفع أجهزة الإنعاش الصناعي بعد موت خلايا مخه حيث تبقى بعض أعضائه دون تلف بفعل أجهزة الإنعاش الصناعي المركبة فيه فإن إيقاف هذه الأجهزة لا يعد جريمة قتل كما ذهب إلى ذلك بعض فقهاء القانون، بل أن ترك هذه الأجهزة لتعمل في جسم المريض بعد موت دماغه يعد ضرباً من العبث، بعد زوال مظاهر المصلحة في وجودها، ويمكن استخدامها في إسعاف غيره من المرضى الأحياء الذين هم في حاجة إلى مثل هذه الأجهزة. ذلك أن متى ماتت خلايا المخ انتهت الحياة الإنسانية ومن ثم يستحيل عودة الإنسان إلى وعيه وحالته الطبيعية التلقائية فهو شخص ميت بالفعل كما أن الإنعاش الصناعي لا يعيد للشخص الذي ماتت خلايا مخه حياته الإنسانية الطبيعية أو وعيه وكل ما يفعل مجرد إطالة لحياته العضوية بطريقة صناعية. لأن الطبيب لم يتعامل على حياة إنسانية قائمة بالفعل، لأن المريض فقدتها بموت خلايا مخه^(٢).

وهذا أيضاً ما وافق عليه المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي في دورته العاشرة المنعقدة بمكة عام ١٤٠٨ هـ، حيث جاء في فتواه حول هذا الموضوع أنه إذا لم يكن هناك أمل في عودة المريض إلى حالته الطبيعية لموته دماغياً، وإنما يعيش فقط بالأجهزة التي تعمل على بقاء أعضائه دون تلف فلا حرج في نزع هذه الأجهزة منه لأنه بحكم الميت، لأن

(١) د. خالد جمال احمد، إرادة المريض في العمل الطبي بين الإخلاص والتنفيذ، مجلة الحقوق، مجلد ٥، ع ٢، البحرين، ٢٠٠٨، ص ٢١٥.

(٢) د. محمود ابراهيم محمد مرسي، مصدر سابق، ص ٢٩١.

هذه الأجهزة التي لا تزال تعمل لديه إنما تعمل بفعل الأجهزة المركبة له^(١)، كما أنه هو نفس ما حكم به مجلس الدولة الفرنسي في حكمه الصادر في ١٩٩٣/٧/٢م وهو نفس ما أقره مؤتمر جنيف الذي عقد في عام ١٩٧٩، الذي عرف الموت بتوقف جذع المخ بغض النظر عن نبض القلب بالأجهزة الصناعية^(٢).

فيما ذهب آخرون إلى عدم جواز نزع الأجهزة الصناعية عن مات مخه، ما دامت فيه بعض مظاهر الحياة في بعض أعضائه، الأمر الذي يثبت له معها الجريمة، فلا يجوز من ثم المساس بهذه المظاهر بأي صورة من الصور ولو بنزع هذه الأجهزة الصناعية المركبة للإنسان بحيث يعد الإجهاز على ما بقي من مظاهر الحياة في هذا الإنسان، ولو كانت حياته صناعية فعلاً غير جائز شرعاً وقانوناً، ويصير بهذا الفعل معتدياً على حق إنسان حي، ولاسيما إذا يثبت أن المريض يمكن أن يظل له مظاهر الحياة مع موت دماغه لفترة طويلة قد تصل إلى خمسة عشرة عاماً^(٣)، وهذا أيضاً ما افتى به مفتي الديار المصرية (الدكتور علي جمعة) حيث يقول (لا يجوز نزع الأنابيب التي تمد المريض بالغذاء إلا في حالة التأكد من الوفاة، مشدداً على أن توقف خلايا المخ عن العمل لا يكفي لوقف هذه الأجهزة)^(٤).

(١) فتوى المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي، حكم ٩٠٠٥، ١٤٢٢هـ . منشورة في موسوعة الفتاوى بالشبكة الإسلامية: Islamweb.net مركز الفتوى، ص ١.

آخر زيارة (٢٠١٨/١٢/١٨)

(٢) نقلاً عن: د. محمد جمال طحان، القتل الرحيم ومشكلات الخوف والألم، ص ٢، بحث منشور على الموقع التالي: www.arabworldbooks.com.

آخر زيارة (٢٠١٩/١/١٤)

(٣) المصدر نفسه، ص ٣.

(٤) ينظر: الموقع الإلكتروني: Islamweb.net. آخر زيارة (٢٠١٩/١/٢٦)

المطلب الثالث

المسؤولية الجنائية الناشئة عن إيقاف أجهزة الإنعاش

الصناعي بفعل الغير

تقتضي الحالة الصحية للمريض تحت أجهزة الإنعاش الصناعي الاستعانة بأشخاص آخرين من الكادر الطبي لمتابعة الحالة الصحية فهل يعتبر طبيب الإنعاش بصفته رئيساً للفريق الطبي، مسؤولاً عن أعمال من يقع تحت رقابته وإشرافه من المساعدين ؟ ففي الأصل لا يسأل المرء جنائياً عما يمكن أن يصيب الغير من فعل تابعة إلا إذا أمكن أن ينسب إلى شخصه نوع من أنواع الخطأ العمدي أم غير العمدي ولذا فإن طبيب الإنعاش لا يسأل جنائياً عن فعل يقوم به مساعدة أو ممرضة، إلا إذا أمكن أن ينسب إلى الطبيب نفسه خطأ عمدي أم غير عمدي^(١).

لذلك سوف نتناول مسؤولية الطبيب الجنائية عن فعل الغير في حالة قيامه برفع أجهزة الإنعاش الصناعي في هذا المطلب من خلال تقسيمه إلى ثلاثة فروع، الأول: يتناول تحديد المقصود بالغير والثاني : يتضمن تعريف المسؤولية الجنائية للطبيب عن فعل الغير، والثالث يتناول أساس المسؤولية الجنائية للطبيب عن فعل الغير وكما يلي :

الفرع الأول

المقصود بالغير

يقصد بالغير هنا أعضاء الفريق الطبي من الممرضين والمساعدين ومن في حكمهم، ولقد نظم المشرع العراقي مهنة التمريض في نظام ممارسة المهن الصحية رقم ١١ لسنة ١٩٦٢ ولممارسة مهنة التمريض في العراق يلزم فضلاً عن الشروط المنصوص عليها في نظام ممارسة المهن الصحية السابق ذكره توفر أحد الشروط الخاصة الآتية :-

(١) د. علي عصام غصن، المسؤولية الجنائية للطبيب، ط١، بيروت، ٢٠١٢، ص ٢٨٥.

١- التخرج من معهد عال في التمريض^(١).

٢- التخرج من مدرسة ممرضات^(٢).

٣- التخرج من دورة التمريض.

٤- مدربة في مستشفى حكومي أو أهلي.

فمسؤولية طبيب الإنعاش الجنائية لا تقوم فقط إذا ارتكب خطأ ، بل نتناول مسؤوليته أيضاً فعل الغير من أعضاء الفريق الطبي.

فإذا قام الطبيب بنزع أجهزة الإنعاش الصناعي عن شخص من غيابة عميقة قبل التأكد من وفاته بشكل نهائي بالاستناد إلى أجهزة تخطيط المخ والقلب والتشخيص السريري وافضي إلى وفاة المريض فإنه يسأل عن جريمة قتل عمد إذا توافر لديه نية إزهاق روح، وقتل خطأ إذا نسب إليه إهمال أو تقصير^(٣).

وإنه إذا كان ما أصدره الطبيب من أوامر للمساعد صحيحاً في ذاته، ونفذه ضد الأخير بطريقة سيئة، فإنه يمكن نسبة الخطأ إلى الطبيب وذلك في الأحوال التي توجب على الطبيب أن يكون حاضراً عند تنفيذ الأمر من قبل المساعد، وبطبيعة الحال إذا كان الممرض قد نفذ أوامر خاطئة للطبيب فإنه لا يرتكب خطأ يسأل عنه، بل الذي يسأل عن النتيجة هو الطبيب المخطئ. وتقوم مسؤولية الطبيب الذي يهمل الرقابة والتوجيه والدراسة الذي يفرض عليه التحقق من سلامة الأعمال التي تقوم بها الفريق الطبي الموضوع بأمرته وتصرفه وإشرافه فإذا حصل خطأ من أحد أعضاء ضد الفريق اعتبر الطبيب مسؤولاً جنائياً عن الإيذاء الحاصل لمريضته بفعل مساعدة إذا ثبت بحقه إهمال أو قلة احتراز وكان هذا مرتبطاً بعلاقة سببية بالحادث. فإذا تم رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض بناءً على طلب الطبيب المسؤول عن المريض الموضوع تحت أجهزة الإنعاش الصناعي تحقق

(١) نص المادة (١٣) من نظام ممارسة المهن الصحية رقم (١١) لسنة ١٩٦٢.

(٢) فتحت أول مدرسة ممرضات في بغداد سنة ١٩٣٣ وكانت مرتبطة بوزارة الصحة مدة الدراسة فيها ٣ سنوات.

(٣) د. صفوان محمد شديفات، المسؤولية الجنائية عن الأعمال الطبية، دراسة مقارنة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط١، عمان، ٢٠١١، ص ٩٢.

مسؤولية الطبيب الجنائية ولكن إذا تم رفع هذه الأجهزة من قبل المساعد وبدون صدور أوامر من الطبيب تحققت المسؤولية الجنائية للمساعد ومن الطبيب.

الفرع الثاني

تعريف المسؤولية الجنائية للطبيب عن فعل الغير

عرفت المسؤولية الجنائية عن فعل الغير بأنها (المعاقبة على أعمال ترتكب من قبل شخص آخر)^(١)، كما عرفها البعض الآخر بأنها (مسلك شخصي مخالف لواجب يفرضه القانون على المخاطب بقاعدته يتمثل في امتناع كان سبباً في النتيجة الإجرامية التي تترتب بفعل الغير)^(٢).

إذن مسؤولية الطبيب الجنائية عن فعل الغير تنشأ عندما يعمل مع الطبيب شخص آخر تحت أمرته وإشرافه أو من عمل كما في حالة الطبيب الجراح إذ أن هذا الطبيب عندما يباشر عمله في غرفة العمليات يعاونه عدة أطباء وعدة ممرضات أو ممرضين بالفريق الطبي تتوزع الأدوار والمهام فيما بينهم إذ أن الطبيب الجراح لا يستطيع القيام بكل الأمور^(٣).

(١) سمير عبد السميع الأودن، مسؤولية الطبيب الجراح وطبيب التخدير ومساعدتهم مدنياً وجنائياً وإدارياً، منشأة المعارف، الاسكندرية، ٢٠٠٤، ص ١٧٧.

(٢) د. محمود عثمان الهمشري، المسؤولية الجنائية عن فعل الغير، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٦٩، ص ١٥٧.

(٣) المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمرضين (المسؤولية الطبية)، الجزء الأول، المؤتمر العلمي السنوي لكلية الحقوق، جامعة بيروت العربية، منشورات الحلبي الحقوقية، ط٢، لبنان، ٢٠٠٤، ص ٥٥٠.

الفرع الثالث

أساس المسؤولية الجنائية للطبيب عن فعل الغير

اختلف الفقهاء والقضاء حول الأساس القانوني للمسؤولية عن فعل الغير إلى عدة آراء:

أولاً- آراء الفقهاء:

اختلف آراء الفقهاء في تفسير أساس المسؤولية الجنائية للطبيب عن فعل الغير وبنيت على أشكال متعددة^(١)، نعرضها كما يلي :

١- التتابع والاشتراك في المسؤولية:

تقوم فكرة التتابع في المسؤولية، على ترتيب الأشخاص المسؤولين وفق نظام معين بحيث لا يسأل شخص مادام قد وجد غيره قدمه القانون عليه بالترتيب وغالباً ما تطبق في جرائم النشر، وقد انتقدت ضده الفكرة لأنها تقوم على أساس المسؤولية المفترضة التي وردت على خلاف الأصل فهي استثناء لا يجوز التوسع فيها، أما الاشتراك في المسؤولية فتري أن الشخص المسؤول عن فعل الغير ما هو إلا شريك لهذا الغير، يؤيد هذا الاتجاه الفقهي جانب من القضاء^(٢).

٢- الفاعل المعنوي وازدواج الجريمة:

يذهب أصحاب هذا الرأي إلى أن من ارتكب الفعل الإجرامي هو الفاعل المادي للجريمة أما من يقرر القانون مسؤوليته فهو الفاعل المعنوي، ولا يمكن قبول هذا الرأي لأن الفاعل المعنوي هو من ينفذ الجريمة بوساطة غيره، فيكون هذا الغير بمثابة آلة في يده يستخدمها في تحقيق العناصر التي تتكون منها، أي الفاعل المعنوي يسخر شخص آخر مستفيداً من فقدان أهليته أو مستغلاً حسن نيته، في حين أن الغير قد لا يكون فاقداً للأهلية في حالة المسؤولية عن فعل الغير، كما أنه يشترط أن يصدر نشاط

(١) د. هدى سالم الأطرقي، مسؤولية مساعدي الطبيب الجزائية، دراسة مقارنة، رسالة

ماجستير مقدمة إلى كلية القانون، جامعة الموصل، ١٩٩٦، ص ٦١.

(٢) د. محمود عثمان الهمشري، مصدر سابق، ص ٩٤، ٩٥، ١٤١.

أو سلوك من الفاعل المعنوي يحمل فيه الغير على اتیان الفعل الإجرامي، وقد لا يصادف مثل هذا النشاط في المسؤولية الجنائية عن فعل الغير^(١).
 أما فكرة ازدواج الجريمة فتقوم على وجود جريمة سلبية يعاقب عليها الشخص المسؤول إلى جانب الجريمة التي يقترفها الغير ولا يمكن قبول هذه الفكرة لأن هناك حالات يسأل فيها الشخص المسؤول عن فعل الغير على الرغم من أنه لا يشكل ذلك الفعل جريمة للغير^(٢).

٣- نظرية الإثم (السلوك الخاطيء) :

ذهب أغلب الفقه إلى تفسير المسؤولية الجنائية عن فعل الغير في ضوء الأصل العام، إذ تصبح المسؤولية على سلوك وخطأ شخص (الإثم) ووفقاً لمبدأ المسؤولية الشخصية ويتمثل هذا السلوك والخطأ الشخصي بأن ذلك المسؤول ملزم قانوناً بمراقبة نشاط شخص آخر والإشراف عليه، بحيث إذا أخل بهذا الالتزام قامت بامتناعه جريمة ركنها المادي الامتناع عن القيام بالواجب المكلف به قانوناً وركنها المعنوي يتمثل أما بالقصد الجنائي إذا تعمد الإخلال بهذا الالتزام أو يتمثل بالخطأ غير العمدى، إذا لم يتعمد الإخلال بهذا الالتزام، وإذا كان نشاط الغير هو أيضاً نشاط خاطئاً فتقوم مسؤوليته أيضاً على خطئه الشخص^(٣).

ثانياً- موقف القضاء:

تركز موقف القضاء في تفسير أساس المسؤولية الجزائية عن فعل الغير حول فكرتين أساسيتين هما :

١- فكرة النيابة القانونية : وهو اتجاه القضاء الفرنسي على عد المباشر ممثلاً للمسؤول، ويعيب هذا الرأي بأنه إن كان يمكن قبول هذه الفكرة في القانون المدني فلا يمكن

(١) د. محمود نجيب حسني، مصدر سابق، ص ٧٠٩.

(٢) د. محمد عثمان الهمشري، مصدر سابق، ص ١٤١ وما بعدها .

(٣) د. محمود نجيب حسني، مصدر سابق، ص ٧١٢؛ رمسيس بهنام، النظرية العامة للقانون الجنائي، ط ٢، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٦٨، ص ٧٩٥؛ د. محمد عثمان الهمشري، مصدر سابق، ص ٣٠٦.

قبولها في القانون الجنائي لأنه لا يوجد شخص يمثل شخصاً آخر في ارتكاب الجريمة والمسؤولية عنها.

٢- **فكرة الخضوع الإرادي:** وتذهب هذه إلى أن كل من يتولى إدارة المشروع أو يباشر مهنة، إنما يرتضي سلفاً الخضوع لما تفرضه القوانين عليه من التزامات تتصل بنشاطه كما يقبل تبعاً لذلك تحمل كافة النتائج المترتبة على الإخلال بهذه الالتزامات أو عدم الوفاء بها، ومن بين هذه النتائج المسؤولية الجنائية التي تنشأ بهذا الإخلال، ويعيب هذا الرأي بأنه يخلط بين اتجاه الإرادة إلى الفعل واتجاهها إلى تحمل المسؤولية، فالقانون يعترف بالأولى ويرتب عليها العقاب أما الثانية فلا يعترف بها القانون^(١)، فأساس المسؤولية الجنائية عن فعل الغير هو خطأ شخصي ارتكبه هذا الشخص أدى إلى وقوع الغير بالخطأ^(٢).

ونحن بدورنا نرى أن المسؤولية الجزائية لا يمكن أن تنهض إلا بخطأ شخصي يرتكبه الانسان سواء كان هذا الخطأ عمدياً ام غير عمدي (اهمال) وحسب نوع الجريمة المرتكبة ومن ثم لا يمكن بأي حال من الأحوال ان تكون هناك مسؤولية جزائية عن فعل الغير بل هي في حقيقتها مسؤولية جزائية شخصية عبر الغير.

الخاتمة

بعد أن انهينا بحمد الله تعالى بحثنا توصلنا إلى جملة من النتائج والتوصيات :

أولاً- النتائج :

١- الإنعاش الصناعي: هو نوع من أنواع العلاج يقوم به الاختصاص أو مجموعة المختصين لإنقاذ حياة المصاب الذي يكون في حالة ستفضي به حتماً إلى الموت، إذا لم يتلق العناية التي تنشله من وضعيته الخطيرة التي هو عليها.

(١) د. محمود نجيب حسني، مصدر سابق، ص ٧١١؛ د. محمد عثمان الهمشري، مصدر سابق، ص ١٣٠؛ د. هدى سالم الأطرقي، مصدر سابق، ص ٦٣-٦٤.

(٢) مصطفى العوجي، المسؤولية الجنائية في المؤسسة الاقتصادية، ط١، بيروت، ١٩٨٢، ص ٧٢.

٢- أجهزة الإنعاش الصناعي متعددة ويتوقف استخدام بعضها أو كلها على حالة المريض وتتضمن ثلاثة أنواع هي أجهزة النفس (المنفسه)، وأجهزة إنعاش وتنظيم ضربات القلب، وأجهزة الكلية الصناعية.

٣- يمكن حصر أحوال المريض تحت أجهزة الإنعاش الصناعي في أربع حالات في الأولى تعود أجهزة المصاب إلى حالتها الطبيعية، بحيث لا يحتاج معها لأجهزة الإنعاش، وفي الثانية تتحسن حالة المريض مع حاجته لأجهزة الإنعاش فتبقى أجهزة الإنعاش عليه حتى يستغني عنها ويشفى بشكل تام، وفي الثالثة حالة موت الدماغ لكن بواسطة أجهزة الإنعاش الصناعي ، يبقى القلب ينبض والتنفس مستمر نبضاً وتنفساً صناعيين لا حقيقيين، وفي الرابعة مرضى ميؤوس من شفائهم طبياً لا يجوز رفع أجهزة الإنعاش عن هؤلاء المرضى لأن جذع الدماغ ما زال حياً فعلاطات الحياة لا تزال موجودة في هؤلاء المرضى.

٤- اعتمد الطب معياران في تحديد لحظة الوفاة، وبالتالي إمكانية البت في مشروعية رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الذي توقف قلبه ورتتيه، الأول: المعيار التقليدي والثاني المعيار الحديث للوفاة (الموت الدماغى) وذهب الرأي الراجح والذي أيدته وأجازه المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامى في دورته العاشرة سنة (١٤٠٨) إلى الاعتماد على توقف قلب المريض ودورته الدموية لتسري عليه أحكام الميت ولا يجوز رفع هذه الأجهزة إلا بعد أن تقر لجنة من أطباء اختصاصيين أن تعطيل القلب والدماغ لا رجعة فيه، وإن كان القلب والتنفس لا يزالان يعملان ألياً بفعل الأجهزة المركبة.

٥- على الصعيد القانونى، اختلفت القوانين في تحديد معيار الوفاة، فذهب بعضها إلى اعتماد المعيار الحديث (موت الدماغ) كالقانون العراقى والأمريكى والإسبانى في حين اتجهت قوانين أخرى إلى عدم تقديم معيار محدد للوفاة وتركت سلطة تحديد لحظة الوفاة للطبيب، باعتبارها مسألة علمية فنية بحتة كالقانون الفرنسى والإنكليزى والأردنى.

٦- تتحقق المسؤولية الجنائية للطبيب عند إيقافه أجهزة الإنعاش الصناعى في حالتين، الأولى عند قيامه برفع وإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعى عمداً فيعتبر عندها مرتكباً لجريمة القتل العمد لأنه يحرمه من وسائل علاجه ولأنها وسيلة يقتل بها غالباً من كان

يمثل حالتهم، الثانية: عند امتناعه عن المساعدة، فيعتبر مرتكباً لجريمة الامتناع عن القيام بواجب من الواجبات المفروضة عليه قانوناً وتتحقق هذه المسؤولية إذا ترتب على هذا الامتناع وفاة المريض.

٧- تتحقق المسؤولية الجنائية للطبيب أيضاً في حالة إيقافه أجهزة الإنعاش الصناعي بناءً على طلب المريض، فلا يجوز للمريض أن يطلب من الطبيب عدم تركيب أو إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عليه، ذلك أن الدساتير والقوانين الوضعية والوثائق الوطنية والإقليمية والدولية نصت على حق الإنسان في الحياة ومنعت أي اعتداء على هذا الحق، وليس عندها الطبيب عن جريمة قتل عمد إذا قام بهذا الفعل بعد توقف القلب والتنفس ودون موت المخ أما إذا قام بالفعل بعد موت خلايا المخ فإن فعله لا يعد جريمة قتل، فالمريض فقد هذه الحياة بعد موت خلايا مخه.

٨- في حالة علاج المريض من قبل أعضاء فريق طبي، فإن على الطبيب المشرف التحقق من سلامة الأعمال التي يقوم بها الفريق الطبي الموضوع بإمرته وإشرافه، فإذا حصل خطأ من أحد أعضاء هذا الفريق، تحققت المسؤولية الجنائية للطبيب المشرف عن الإيذاء الحاصل لمريضه بفعل مساعدة، إذا ثبت بحقه إهمال أو قلة احتراز وارتبط بعلاقة سببية بالحادث، فإذا تم رفع هذه الأجهزة عن المريض بناءً على طلب الطبيب المسؤول قامت مسؤوليته الجنائية، أما إذا تم رفع هذه الأجهزة من قبل المساعد وبدون إصدار أوامر من الطبيب المشرف تحققت المسؤولية الجنائية للمساعد دون الطبيب المشرف.

ثانياً- التوصيات:

١- عدم رفع أجهزة الإنعاش الصناعي من قبل الطبيب أو الفريق الطبي المسؤول عن (مرضى الموت الدماغي) إلا بعد التأكد من توقف القلب والدورة الدموية لتسري عليهم أحكام الميت، حيث أن رفع هذه الأجهزة عن مرضى (موت الدماغ) قبل ذلك يؤدي إلى فقدان الثقة في الطبيب وإحجام المرضى عن التوجه إلى المستشفيات مما يضر بالتالي بالمصلحة العامة، كما أن الأخذ بمعياري (الموت الدماغي) يفتح المجال للإتجار بالأعضاء ويؤدي ذلك إلى استغلال القادرين مالياً لغير القادرين مما يساعد على تزايد التفكك الاجتماعي.

٢- إقامة مؤتمرات وندوات وحلقات نقاشية تعالج القضايا الطبية وخاصة المستمدة منها، بالإضافة إلى تكثيف اللقاءات والمشاورات بين اللجان الطبية والقانونية من أجل مواكبة التطور في القوانين في المجال الطبي.

٣- ضرورة تدخل المشرع من أجل وضع قانون خاص ينظم المسائل الطبية الحديثة لأنها في تطور مستمر بالإضافة إلى التشدد في مجال المسؤولية الجنائية للطبيب لعدم إتاحة المجال أمام ضعاف النفوس من الأطباء باستغلال حالات موت الدماغ والمرضى الميؤوس من شفائهم والإتجار بأعضائهم البشرية ذلك أن بعض هذه الحالات قد تعود إلى الحياة الطبيعية، فالبحث العلمي والطبي يأتي كل يوم بما هو جديد في مجال الطب ومعالجة، المرضى كما نرجو من الطبيب.

أصادر

أولاً- المراجع اللغوية:

- ١- د. إبراهيم مصطفى وآخرون، المعجم الوسيط، ج١، دار الدعوة ، تركيا، ب. س.
- ٢- ابن منظور، أبو الفضل جمال الدين محمد بن منظور، لسان العرب المحيط، ج٨، دار الحديث، القاهرة، ٢٠٠٣.
- ٣- العلامة نشوان بن سعيد الحميري، شمس العلوم ودواء كلام العرب من الكلوم، ج١، دار الفكر المعاصر، بيروت، ب. س.

ثانياً- الكتب القانونية:

- ١- د. إبراهيم صادق الجندي، الموت الدماغى، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠٠١.
- ٢- د. إيهاب يسري، المسؤولية المدنية والجزائية للطبيب، مطبوعات الفكر المعاصر، بيروت، ٢٠٠٩.
- ٣- د. احمد شوقي أبو خطوة، القانون الجنائي والطب الحديث، ط١، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٦.
- ٤- د. أسامة عبد الله فايد، المسؤولية الجنائية للأطباء، دراسة مقارنة، ط٢، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠.

- ٥- د. أشرف عبد القادر قنديل احمد، جرائم الامتناع، دراسة مقارنة، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، ٢٠١٠.
- ٦- د. حسام الدين كامل الأهواني، المشاكل القانونية التي تثيرها عمليات زرع الأعضاء البشرية، دراسة مقارنة، مطبعة جامعة عين شمس، القاهرة، ١٩٧٥.
- ٧- د. حسن عودة، التصرف غير المشروع بالأعضاء البشرية في القانون الجنائي - دراسة مقارنة، الدار العلمية الدولية، عمان، ٢٠٠١.
- ٨- د. حمدي عبد الرحمن، معصومية الجسد، بحث في مشكلات المسؤولية الطبية ونقل الأعضاء، مطبعة جامعة عين شمس، القاهرة، ١٩٨٧.
- ٩- د. رمسيس بهنام، النظرية العامة للقانون الجنائي، ط٢، ١٩٦٨.
- ١٠- سمير عبد السميع الأودن، مسؤولية الطبيب الجراح وطبيب التخدير ومساعدتهم مدنياً وجنائياً وإدارياً، منشأة المعارف، الاسكندرية، ٢٠٠٤.
- ١١- د. سميرة علي الديات، عملية ونقل زراعة الاعضاء بين الشرع والقانون، ط١، مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ١٩٩٩.
- ١٢- د. صفاء حسن العجيلي، الاهمية الجنائية لتحديد لحظة الوفاة، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٠.
- ١٣- د. صفوان محمد شديفات، المسؤولية الجنائية عن الأعمال الطبية، دراسة مقارنة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط١، عمان، ٢٠١١.
- ١٤- د. صفوت حسن لطفي، أسباب تجريم نقل وزراعة الأعضاء الأدمية، القاهرة، ١٩٩٢.
- ١٥- د. علي حسين نجيدة، التزامات الطبيب في العمل الطبي، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٢.
- ١٦- د. علي عصام غصن، المسؤولية الجزائية للطبيب، ط١، بيروت، ٢٠١٢.
- ١٧- محمود ابراهيم محمد مرسي، نطاق الحماية الجنائية للميؤوس من شفائهم والمشوهين خلقياً في الفقه الجنائي الإسلامي والقانون الجنائي الوضعي، دار الكتب القانونية، مصر، ٢٠٠٩.

- ١٨- محمد عبد الوهاب الخولي، المسؤولية الجنائية للأطباء عند استخدام الأساليب المستحدثة في الطب والجراحة، ط١، ١٩٩٧.
- ١٩- محمود عثمان الهمشري، المسؤولية الجنائية عن فعل الغير، ط١، دار الفكر العربي، ١٩٦٩.
- ٢٠- مجد علي البار، موت القلب أو موت الدماغ، الدار السعودية للنشر والتوزيع، ١٩٨٦.
- ٢١- محمود نجيب حسني، شرح قانون العقوبات-القسم العام، ط٤، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٧٧.
- ٢٢- د. مصطفى العوجي، المسؤولية الجنائية في المؤسسة الاقتصادية، ط١، بيروت، ١٩٨٢.
- ٢٣- ندى محمد نعيم، موت الدماغ بين الطب والاسلام، دار الفكر، القاهرة، ١٩٩٧.

ثالثاً- الرسائل والأطاريح الجامعية:

- ١- شعبان بنية متولي، الحماية الجنائية لحق الإنسان في الحياة، أطروحة دكتوراه، القاهرة، ١٩٩١.
- ٢- محمد سامي الشوا، الحماية الجنائية للحق في سلامة الجسم، أطروحة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة عين شمس، ١٩٨٦.
- ٣- هدى سالم الاطرقجي، مسؤولية مساعدي الطبيب الجزائية، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، كلية القانون، جامعة الموصل، ١٩٩٦.

رابعاً- البحوث المنشورة في الدوريات:

- ١- د. احمد شرف الدين، الحدود القانونية والإنسانية للإنعاش الصناعي، المجلة الجنائية القومية، المجلد التاسع عشر، ع٣، ١٩٧٦.
- ٢- د. خالد جمال احمد، إرادة المريض في العمل الطبي بين الإطلاق والتقييد ، مجلة الحقوق، البحرين، المجلد ٥ ، العدد ٢، ٢٠٠٨.

- ٣- بلحاج العربي، الأحكام الشرعية والطبية للمتوفي في الفقه الإسلامي، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، الرياض، العدد ٤٢، ١٩٩٩.
- ٤- عبد الفتاح محمود إدريس، الإنعاش، مجلة الوعي الإسلامي، وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، الكويت، ع٣٢، ٢٠١٠.
- ٥- محمد السلامي، الإنعاش، مجلة مجمع الفقه الإسلامي، ع١، السنة الأولى، ٢٠١٣.
- ٦- محمود الصالحي، مفهوم المسؤولية الجزائية في القانون الجنائي، مجلة القضاء الأردنية، عمان، ع٣٢، ١٩٩٦.
- ٧- محمد علي البار، أجهزة الإنعاش، مجلة مجمع الفقه الإسلامي، ع٢، ج١، ١٩٨٥.
- ٨- نادين عبد الوهاب المرشد، مسؤولية الطبيب عن إيقاف أجهزة الإنعاش القلبي الرئوي في نطاق دراسة الأنظمة الصحية بالمملكة العربية السعودية، الرياض، ١٤٣٢.

خامساً- القوانين والتعليمات:

- ١- مبادئ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ١٩٤٨.
- ٢- الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥.
- ٣- تعليمات السلوك المهني العراقية لعام ١٩٨٥.
- ٤- قانون زراعة الأعضاء البشرية رقم ٨٥ لسنة ١٩٨٦ العراقي.
- ٥- قانون العقوبات العراقي رقم ١١١ لسنة ١٩٦٩ المعدل.
- ٦- الاتفاقية الدولية للحقوق المدنية والسياسية ١٩٦٦.
- ٧- لائحة أداب مهنة الطب في مصر الصادرة بقرار وزير الصحة والإسكان رقم ٢٣٨ لسنة ٢٠٠٣.

سادساً: المواقع الالكترونية:

- ١- د. محمد جمال طجان ، القتل الرحيم ومشكلات الخوف والألم ، مقال منشور على

www.arabworldBooks.com

الرابط التالي:

٢- د. محمود محمد عوض سلامة، رد شبهة المجيزين لنقل الأعضاء من الناحيتين الطبية والبيئية، ص٩ ، بحث منشور على الموقع التالي:

www.arablawninfo.com

٣- فتوى المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي رقم ٩٠٠٥ ، ١٤٢٢هـ، منشور في موسوعة الفتاوى بالشبكة الإسلامية، ص١، منشورة على الموقع التالي:

Islamweb.net