

# المركز القانوني



للميت دماغيا

سمر الأشقر



© حقوق النشر الإلكتروني محفوظة ل

[www.nashiri.net](http://www.nashiri.net)

© حقوق الملكية الفكرية محفوظة للكاتب

نشر إلكترونيًا في يناير 2004

## المحتويات

- \* حول البحث
- \* المقدمة
- \* الفصل الأول : لحظة بداية الحياة ونهايتها طبياً وشرعياً وقانونياً
- \* المبحث الأول : بداية الحياة ونهايتها من الناحية الطبية .
  - المطلب الأول : مستويات الحياة .
  - المطلب الثاني : لحظة بداية الحياة الإنسانية من الناحية الطبية .
  - المطلب الثالث : لحظة نهاية الحياة الإنسانية من الناحية الطبية .
- \* المبحث الثاني : لحظة بداية الحياة ونهايتها من الناحية الشرعية .
  - المطلب الأول : تعريفات الحياة والروح من الناحية الشرعية .
  - المطلب الثاني : لحظة بداية الحياة من الناحية الشرعية .
  - المطلب الثالث : لحظة نهاية الحياة من الناحية الشرعية .
  - المطلب الرابع : علامات وسكرات الموت (خروج الروح) .
  - المطلب الخامس : الأحكام الشرعية المترتبة على الموت .
- \* المبحث الثالث : بداية الحياة ونهايتها من الناحية القانونية :
  - المطلب الأول : لحظة بداية الحياة من الناحية القانونية .
  - الفرع الأول : لحظة بداية الحياة من الناحية المدنية .
  - الفرع الثاني : لحظة بداية الحياة من الناحية الجزائية .
  - المطلب الثاني : لحظة نهاية الحياة من الناحية القانونية .
  - الفرع الأول : لحظة نهاية الحياة في القانون المدني .
  - الفرع الثاني : لحظة نهاية الحياة في القانون الجزائي .
- \* الفصل الثاني : الجانب الطبي لموت الدماغ .
  - المبحث الأول : تشريح الدماغ ووظائفه وأهميته .
  - المبحث الثاني : الوعي وأهميته في حياة الإنسان .
    - المطلب الأول : مركز الوعي عند الإنسان ودرجاته .
    - المطلب الثاني : الغيبوبة وأنواعها .
    - المطلب الثالث : أسباب اختلال الوعي عند الإنسان .
    - المطلب الرابع : كيفية التفرقة بين الغيبوبة المؤقتة وموت الدماغ .
  - المبحث الثالث : موت الدماغ تعريفه وأسبابه .
    - المطلب الأول : تعريف الموت الدماغى .
    - المطلب الثاني : التفرقة بين الموت الدماغى وبعض الآفات التي تصيب الدماغ .

- المطلب الثالث : أسباب الموت الدماغي .
- المطلب الرابع : طرق تشخيص الموت الدماغي .
- المطلب الخامس : معايير الموت وتطورها .
- الفرع الأول : المعيار التقليدي للموت .
- الفرع الثاني : المعيار الإكلينيكي (الطبي) .
- الفرع الثالث : المعيار المزدوج (الشرعي) .

\* الفصل الثالث : حكم الموت الدماغي من الناحية الطبية والشرعية والقانونية .

المبحث الأول : حكم الموت الدماغي من الناحية الطبية .

- المبحث الثاني : حكم الموت الدماغي من الناحية الشرعية .
- المطلب الأول : مستويات الحياة في ظل الشريعة الإسلامية .
- المطلب الثاني : آراء الفقهاء المعاصرين في الموت الدماغي .
- الفرع الأول : رأي من لم يعتبره موتاً" .
- الفرع الثاني : رأي من أعطاه حكم المذبوح .
- الفرع الثالث : رأي من اعتبره موت الدماغ موتاً .

المبحث الثالث : حكم الموت الدماغي من الناحية القانونية .

- المطلب الأول : الحكم القانوني للموت الدماغي في الأردن .
- المطلب الثاني : موقف القوانين المقارنة من الموت الدماغي .

\* الفصل الرابع : الإنعاش وحكم إزالة أجهزة الإنعاش .

- المبحث الأول : حكم الإنعاش من الناحية الطبية والشرعية والقانونية .
- المطلب الأول : حكم الإنعاش من الناحية الطبية .
- المطلب الثاني : حكم الإنعاش من الناحية الشرعية .
- المطلب الثالث : حكم الإنعاش من الناحية القانونية .
- المبحث الثاني : حكم وقف وإزالة أجهزة الإنعاش .
- المطلب الأول : حكم وقف وإزالة أجهزة الإنعاش من الناحية الطبية .
- المطلب الثاني : حكم وقف وإزالة أجهزة الإنعاش من الناحية الشرعية .
- المطلب الثالث : حكم وقف وإزالة أجهزة الإنعاش من الناحية القانونية .

\* الفصل الخامس : التكييف القانوني للموت الدماغي في ظل التشريعات الأردنية المعمول بها حالياً .

المبحث الأول : الموت الدماغي وفقاً للقانون المدني الأردني والقوانين الأخرى المنظمة له .

المطلب الأول : الموت الدماغي وفقاً لنصوص القانون المدني الأردني .  
المطلب الثاني : الموت الدماغي وفقاً لقانون الصحة العامة .  
المطلب الثالث : الموت الدماغي وفقاً لقانون الأحوال المدنية الأردني .  
المطلب الرابع : الموت الدماغي وفقاً لقانون الانتفاع بأعضاء جسم الإنسان الأردني .

المبحث الثاني : الموت الدماغي وفقاً للتشريعات الجزائية .

المبحث الثالث : الوضع الشرعي للميت دماغياً وفقاً لقانون الأحوال الشخصية الأردني .

\*التوصيات

\* الخلاصة

-  قائمة المراجع بالعربية .
-  القرارات
-  النشرات والندوات
-  قائمة المعاجم والقواميس
-  قائمة المراجع الأجنبية والنشرات الطبية .

السيرة الذاتية للكاتبة

## حول البحث

قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات التدريب الى نقابة المحامين الاردنيين للحصول على اجازة المحاماة في تشرين الثاني 1998 وكانت ثمرته حصول المحامية سمر الأشقر على اجازة المحاماة بمعدل 92%

تكونت اللجنة التي ناقشت البحث من كل من:-

- 1- الدكتور محمود السرطاوي - عميد كلية الشريعة بالجامعة الاردنية
- 2- الدكتور /اشرف الكردي - وزير صحة سابق واستشاري امراض الدماغ والاعصاب
- 3- الاستاذ /احمد طبيشات - مساعد النقيب في نقابة المحامين بالاردن

بسم الله الرحمن الرحيم

قال الله تعالى :-

" ويسألونك عن الروح قل الروح من أمر ربي ، وما أوتيتم من العلم إلا قليلا"

صدق الله العظيم

المقدمة

كان الموت يعرف - من الناحية الطبية - بعلامتين : هما توقف القلب والتنفس (1) ، بغض النظر هل كان السبب الرئيسي والأولي لهذا التوقف خللاً في الرئة أم القلب أم الدماغ ، ذلك لأن هذه الأعضاء مرتبطة مع بعضها ارتباطاً وثيقاً ، مما يجعل توقف أحدها عن العمل سبباً لتوقف العضوين الآخرين في بضع دقائق ، ثم تتوقف بقية أعضاء الجسم .

فتوقف القلب مثلاً يؤدي إلى توقف وصول الدم إلى الدماغ مما يؤدي إلى تلف المراكز العصبية بما فيها مركز التنفس ، وبالتالي توقفه عن العمل . أما إذا كان أصل الإصابة في الدماغ فإن موت المراكز العصبية فيه سيؤدي إلى توقف تام للتنفس ، أما القلب فيستمر في النبض لدقائق معدودة ، ثم يتوقف لنقص في الأكسجين الذي يحتاجه ، وهكذا فإن كان أي عضو من هذه الأعضاء السبب في التعطل فإن النتيجة تكون الموت في بضع دقائق من حدوث الخلل . ولكن ، مع تقدم طرق الإنعاش أصبح من الممكن الفصل بين موت الدماغ وموت القلب فعندما يتوقف القلب والرئتان عن العمل ، يتم إنعاش الشخص على يد الطبيب المختص بإجراء تمسيد خارجي للقلب مع تنفس اصطناعي ، للتعويض عن عمل الرئتين ، وعند نجاح عملية الإنعاش هذه في بعض الأحيان يعود القلب ثم التنفس للعمل ، ويتبين أن الشخص لم يموت بعد وفي حالة إخفاق عملية الإنعاش تتحقق وفاة هذا الشخص .

وقد يعود النبض للقلب دون التنفس ، ويتبين من الفحوصات أن دماغ هذا الشخص قد مات ولكن بتعويض عمل الرئة بأجهزة التنفس الصناعية ، يستمر القلب في النبض بفعل مركز ذاتي لتحريض النبض ما دام الدم الغني بالأكسجين يصل إليه .

وهذا التطور في طرق الإنعاش جعل اعتبار توقف القلب والتنفس غير كاف لحدوث الموت ، إلا بإضافة شرط التوقف الدائم للقلب والرئتين ، كما أنه خلق حالة لم تكن معروفة من قبل في عالم الطب هي حالة الموت الدماغي .

ونشطت الأوساط الطبية في دراسة هذا النوع من الموت ، حتى انتهت إلى تعريفه ووضع شروط لتشخيصه ثم اعتماده معياراً دقيقاً للموت كما حدث في الأردن منذ عام 1985م (2) .

ويعتبر الموت الدماغي في عصرنا الحديث الموت الحقيقي والفعلي للإنسان ، فبموت الدماغ تنتهي حياة الإنسان وتتعرض أجهزته تعطلاً لا عودة بعده ، ولكن كيف لنا التحقق من ذلك وقد ظل الموت - كالحياة - سرّاً من أسرار الخالق

1 . Anew definition of Death based on the basic mechanisms of Consciousness generation in human beings

وانظر أيضاً ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام .

2 . لجنة تعريف الموت - نقابة الأطباء الأردنيين .



لارتباطها بالروح ، والروح من أمر الله سبحانه وتعالى ؟ هذا ما سأحاول الإجابة عنه في هذه الدراسة والتي أرجو أن يوفقتني الله في النجاح بعرضها .

### أهمية البحث :

اخترت البحث في هذا الموضوع لحدائته وأهميته بالرغم من قلة المراجع ، وحملت نفسي مسؤولية الخوض في غماره للتوصل إلى تصور المركز القانوني للشخص الذي توفي دماغياً وتم إبقاؤه على أجهزة الإنعاش .  
والحق أقول - بأنه - وفي بدايات البحث - قد اختلط الموضوع علي ، وأن نفسي راودتني بالتراجع عن الكتابة فيه ، فالخوض في موضوع الموت لا يتوقف عند الحقائق العلمية الثابتة فقط بل ، يستتبعه الخوض في الأحكام الشرعية والدينية والروحية والفلسفية ، بالإضافة إلى الأحكام القانونية ، وهذا بحد ذاته كان كافياً لتعميق حجم المشكلة ، ونشوء مشكلة أخرى تتمثل في كيفية صياغة هذا البحث بشكل منطقي يوصلني ، والقارئ الكريم ، إلى قناعة تامة بأن موت الدماغ هو موت حقيقي للإنسان ، وأن مسألة وضع الميت دماغياً على أجهزة الإنعاش التي تضي عليه شكل الحياة ، لن تغير من واقعة موته شيئاً .

### خطة البحث :

#### أ. المنهج المتبع (دراسة مقارنة):

لقد واجهتني صعوبة حقيقية في جمع المعلومات المتعلقة بهذه الدراسة ، لندرة المراجع العربية التي تولت دراسة موضوع الموت الدماغي من الناحية القانونية ، وإن كان قد تطرق إليها بعض القانونيين بصورة عرضية في معرض شرحهم قانون الانتفاع بالأعضاء ، وكذلك غيابها في اجتهادات محكمة التمييز الأردنية ، الأمر الذي دعاني للاستعانة بمجموعة من الدراسات الطبية الأردنية ، المتعلقة بالموت الدماغي ، و بعض الدراسات الشرعية والقانونية غير الأردنية ، بالإضافة إلى أعمال بعض المؤتمرات الطبية العالمية التي نظمت هذا الموضوع .

#### ب. عناصر الخطة :

لقد درست عناصر هذا البحث في خمسة فصول ، تناولت في الفصل الأول : تحديد لحظة بداية الحياة ونهايتها من الناحية الطبية والشرعية والقانونية بصورة موجزة كانت أقرب إلى أن تكون مدخلاً ضرورياً لموضوع البحث ، أما الفصل الثاني فقد خصصته لدراسة كل ما يتعلق بموضوع الموت الدماغي من الناحية الطبية ، وقد تناولت في المبحث الأول منه تعريف الجهاز العصبي وتشريح الدماغ ووظائفه ، كما أوضحت - في المبحث الثاني - أهمية الوعي في حياة الإنسان ومعنى الغيبوبة وأنواعها باعتبارها أساساً لتشخيص حالات موت الدماغ

، بهدف التفرقة بين الغيبوبة الناجمة عن أسباب مرضية والغيبوبة الناجمة عن موت الدماغ ، ثم أفردت المبحث الثالث لدراسة موضوع موت الدماغ من الناحية الطبية ، حيث قمت بتعريف الموت الدماغي وأسبابه ومعايير تشخيصه ، ثم أوضحت الفرق بينه وبين الحالة النباتية المستمرة ، كما أوضحت الفرق بينه وبين حالات فقد المخ الخلقي ، للتوصل إلى إجابة عن التساؤل حول ماهية موت الدماغ وهل يعد موتاً حقيقياً ؟ وذلك باستعراض المعايير الخاصة بالموت التقليدي منها والإكلينيكي والحديث والمعياري المزدوج ، في محاولة للتوصل إلى أدق هذه المعايير في تحديد الموت الإنساني .

وقد خصصت الفصل الثالث لدراسة حكم الموت الدماغي من الناحية الطبية والشرعية والقانونية أما الفصل الرابع فقد خصصته لدراسة موضوع الإنعاش وحكمه ، وحكم إزالة أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً من الناحية الطبية والشرعية والقانونية .

وأخيراً ، كان لابد لي من أن أفرد الفصل الخامس لدراسة التكيف القانوني للموت الدماغي في ظل التشريعات الأردنية المعمول بها حالياً ، لغياب النصوص القانونية التي تنظم هذا الموضوع بهدف كشف أوجه القصور والنقص التي تعترى تشريعاتنا في تنظيم موضوع الموت الإنساني بصورة عامة ، وشدة الحاجة لنصوص حديثة تتولى تعريف الموت بشكل واضح ، بحيث تشمل مفهوم الموت الدماغي تجنباً للإلراكات القانونية ، التي من الممكن أن تظهر مستقبلاً نتيجة التطور العلمي والطبي في تحديد الموت الإنساني .

## الفصل الأول

### لحظة بداية الحياة ونهايتها في الطب، والشرع، والقانون.

لا بد أن نوضح معنى الحياة والموت من الناحية الطبية والشرعية والقانونية ، وأن نحدد أيضاً لحظة بداية الحياة الإنسانية ولحظة نهايتها ، وما ينبني على هاتين اللحظتين من آثار هامة ، تقودنا في النهاية إلى تحديد المركز القانوني للشخص الميت دماغياً ، وما إذا كان ينطبق عليه وصف الحياة فيعد حياً أو وصف الموت فيعد ميتاً ، وترتيب الآثار القانونية التي تنطبق على حالته .

## المبحث الأول بداية الحياة ونهايتها من الناحية الطبية

### تعريف الحياة :

الحياة في اللغة : تدل كلمة الحياة " في أصل معناها اللغوي على خلاف الموت(3) ، وقد عرفت لجنة مجعية بأنها : " مجموع ما يشاهد في الحيوانات والنباتات من مميزات تفرق بينها وبين الجمادات ، مثل : التغذية والنمو والتناسل ونحو ذلك " (4) جاء في قاموس دورلاند (5) الطبي في تعريف الحياة : " أنها تراكم الظواهر الحيوية ، أو حالة مثارة متميزة من المادة المنظمة ، أو الأساس الغامض الذي تمتلك به الكائنات قوى ووظائف خاصة لا تمتلكها المادة غير العضوية . وعموماً فإن الأشياء الحية تشترك فيما بينها بدرجات مختلفة بالأمور التالية : التنظيم ، والتهيج والحركة ، والنمو ، والتكاثر ، والتأقلم " .

### المطلب الأول : مستويات الحياة :-

اعتبر الطب أن الحياة (6) لدى الإنسان يمكن أن تتدرج في مستويات مختلفة على النحو التالي :

1. حياة الجسد كاملة ، وهي أعلى هذه المستويات ، وهي الحياة الطبيعية المعروفة ، حيث تعمل أجهزة الجسد كلها في تناسق وتناغم مع بعضها مع وجود الوعي والإدراك .

2. الحياة النباتية (7) أو ما يسمى طبياً بالحالة النباتية المستمرة ، وهي حالة تحدث عندما يتلف قشر المخ بشكل دائم ، فتتلف تبعاً له مراكز الإرادة والوعي كلها إلا أن جذع الدماغ والذي يحوي المراكز الحيوية ، يبقى سليماً ، ويعد المريض في هذه الحالة حياً من الناحية الطبية بالرغم من غيبوبته الدائمة التي قد تمتد أشهراً وسنين .

وقد تكون هذه الغيبوبة لا رجعة عنها إلا أن ما يفرق بين مريض الحالة النباتية المستمرة و حالة الموت الدماغى هو قدرة الشخص على التنفس وحده بدون أجهزة ، أو على الأقل لديه منعكس التنفس ، إضافة إلى أن بقية وظائف جذع دماغه تبقى حيوية .

3. معجم مقاييس اللغة لابن فارس ، تحقيق : عبد السلام هارون 122/2 ، طبعة أوفست / د.ت .

4. المعجم الوسيط (مجمع اللغة العربية بالقاهرة) : مادة (حي) منه ، ط30 /د.ت .

5 . 27th Edition Dorland illustrated Medical Dictionary W.B Saunders Company 1988 Harcourt Brace Jovanovich Inc .

6 . انظر ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام - دار الفكر المعاصر لسنة 1997 .

7 . Young B, Blume W, Lynch A , Brain death and Prersistent Vegetative state, Similarities and Contrasts Can J Neurol Sci , 1988, 16 , pages 388- 393

وقد يفيق المريض من الغيبوبة ويعود إلى الحياة الطبيعية .

### 3. حياة الأعضاء :

وهو ما تبقى من حياة في بعض أعضاء الجسم بعد أن يتلف الدماغ بما فيه جذعه وهو لا يزال تحت أجهزة الإنعاش ، وكلمة الحياة ، كما يراها الأطباء هنا ، لا تعود إلى الإنسان فرداً(8) ، بل إلى ما تبقى من أعضائه حياً وهذه الحالة تعرف بحالة "موت الدماغ" وهي مناط بحثنا هذا .

### 4. حياة الخلايا (9) :

أي سريان الحياة في الخلايا فقط ، فبعد موت الإنسان تتوقف أعضاؤه ، إلا أن الخلايا المكونة لتلك الأعضاء لا تموت مباشرة ودفعة واحدة مع موت الجسد دائماً ، بل تبقى حية لمدد تختلف حسب نوعها وتستمر من دقائق إلى أيام .

فشعر الميت وأظافره يتابعان نموها بعد الوفاة لعدة ساعات ، وكذلك الجلد يظل حياً مدة 24 ساعة من توقف القلب ، الأمر الذي يمكن الأطباء من أخذه وزرعه لشخص آخر ، أما العظام فيمكن زرعها خلال 48 ساعة بعد توقف القلب ، وكذلك الشرايين حيث يمكن زرعها خلال 72 ساعة من توقف القلب .

---

8- انظر دكتور محمود محمد عوض سلامة - حكم نقل الأعضاء من الميت إلى الحي دراسة مقارنة ، ص39  
9 . د . أبو خطوة النشرة السعودية لأمراض وزرع الكلى ، 1992 ، ص 177 - 179 .

## المطلب الثاني : لحظة بداية الحياة الإنسانية من الناحية الطبية (10) :-

لقد برزت عدة نظريات طبية تبحث في موضوع بداية الحياة ، وهذه النظريات تطورت بتطور العلوم الطبية.

والسؤال الذي طرحه علماء الطب هنا هو : متى تبدأ حياة الإنسان ؟ هل تبدأ وهو جنين في بطن أمه ؟ أم أنها تبدأ بتمام ولادته ؟ وما هو الحد الفاصل بين الجنين والإنسان ، أو بمعنى آخر متى يصبح الجنين إنساناً ؟ لقد راجت في هذا المجال نظرية هامة مفادها : الأصل أن الحياة تبدأ في ذات اللحظة التي تنتهي فيها مرحلة اعتبار المولود جنيناً .

لكن متى يتم اعتبار الجنين مولوداً حياً ؟ تتحقق الإجابة عن هذا التساؤل بتوفر شرطين هما :

1. خروج الطفل بكامل جسمه للعالم الخارجي .

2. وجود تكوين مستقل للطفل عن أمه .

وحيث لا توجد نظرية حديثة تبحث عن هذا الوجود المستقل ، فقد اجتهد القضاء الإنجليزي<sup>(11)</sup> في تفسير هذه النظرية ، وفسر الوجود المستقل في بعض الأحوال بحالة التنفس المستقلة ، أو الدورة الدموية المستقلة، وأغلب الآراء الطبية ذهبت إلى أن وجود تنفس مستقل عند المولود هو دلالة على أنه مولود حي .

وبتقدم الطب، وبظهور أجهزة التصوير بالموجات فوق الصوتية ، تمكن الأطباء من اختراق عالم الأرحام غير المرئي، وصار بإمكانهم دراسة أحوال الجنين ومتابعة مراحل تطوره مرحلة تلو الأخرى ، الأمر الذي أدى بهم إلى التوصل إلى حقائق مذهلة عن حياة الأجنة في الأرحام ، فظهر علم مستقل بذاته سمي علم الأجنة ، ومكنهم من سماع نبض قلب الجنين وهو في بطن أمه بعد 42 يوماً من حدوث التلقيح ، الأمر الذي أدى إلى القول بأن الحياة تبدأ عند الجنين منذ تلك اللحظة<sup>(12)</sup> إلا أن نظرية طبية أخرى برزت واعتبرت أن الحياة تبدأ قبل وجود البويضة الملقحة التي تكون منها الإنسان على اعتبار أنها خلية حية .

تلتها نظرية طبية حديثة مفادها أن لحظة بداية الحياة هي اللحظة التي يتم بها تلقيح البويضة بالحيوان المنوي لكونهما خلايا حية وبلقائهما تتشكل البويضة الملقحة وتتكاثر لتعطي خلايا تبدأ بالتمايز وتشكيل الأعضاء . مهما يكن من أمر

10 . تم تجميع هذه المعلومات من كتاب قضايا طبية معاصرة في ضوء الشريعة الإسلامية الصادرة عن جمعية العلوم الطبية الإسلامية التابعة لنقابة الأطباء الأردنية / عن دار النشر - المجلد الأول - الموضوع : الرؤية الإسلامية للإجهاض .

11 . انظر محاضرات الدكتور محمد الجبور - في الجرائم الواقعة على الأشخاص والأموال في قانون العقوبات ، ص (17) - الجامعة الأهلية .

12 . انظر قضايا طبية معاصرة - جمعية العلوم الطبية - المجلد الأول - دار البشير - سنة النشر 1995 .

هذه النظريات ومدى صحتها فإننا نلاحظ أن معظمها لم يعرف لحظة بدء الحياة تعريفاً محدداً إلا من خلال الوجود المادي للجسد ولم يستطع أن يحقق تقدماً في مجال كنه الروح (سبب الحياة) كما فعل وفقهاؤنا والذي سيرد تفصيله في المبحث التالي .

### المطلب الثالث : لحظة نهاية الحياة من الناحية الطبية :-

الموت في اللغة : وتدل كلمة "الموت" في أصل معناها اللغوي على : ذهاب القوة من الشيء(13) وهي - عند اللغويين - تعني معاني منها ضد الحياة ، وظلمة القلب ، ويراد بها أيضاً : ما يضعف الطبيعة ولا يلائمها كالخوف والحزن ، والأحوال الشاقة كالفقر والذل والهزم والمعصية(14).

عرف قاموس دورلاند الطبي(15) الموت من الناحية الطبية بأنه : " توقف الحياة ، أو التوقف الدائم لكل وظائف الجسد " وكانت لحظة الوفاة تعرف من الناحية الطبية بأنها انتهاء الحياة بسبب توقف جهاز التنفس والدورة الدموية والجهاز العصبي توقفاً تاماً وما يتبع ذلك من ظهور علامات وتغيرات بمظاهر الجثة تنتهي بتحلل الجسد تحللاً كاملاً .

وعلامات الوفاة المعروفة في علوم الطب الشرعي هي (16) :

1. توقف الدورة الدموية .
2. توقف التنفس .
3. حدوث تغيرات بالعين .
4. بهاتة لون الجثة .
5. فقد حرارة الجثة الحيوية .
6. الزرقة الرمية .
7. التيبس الرمي .
8. التعفن الرمي .
9. التصبب الرمي .
10. التحول إلى مومياء .

إلا أنه ومع تقدم الطب وظهور غرف العناية المركزة خلال العقدين الماضيين أصبح الموت يعرف بأنه موت الدماغ والذي يستتبعه ظهور علامات الموت السابق ذكرها ، إلا أن هذه العلامات لا يمكن أن تظهر على الشخص المتوفى دماغياً طوال مدة إبقائه على أجهزة الإنعاش إلا بعد إزالتها كما سيرد تفصيله لاحقاً .

13 . معجم المقاييس ، مرجع سابق ، 283/5 .

14 . المعجم الوسيط ، مرجع سابق ، مادة (موت) منه .

15 . قاموس دورلاند الطبي ، ص(434) Harcourt Brace 1988 Saunders Company Medical Dictionary W.B

Jovanovich Inc

16 . عبد الحميد الشواربي / المسائل الجنائية في الطب الشرعي / الناشر دار المعارف بالإسكندرية / إيداع رقم 89/ 2846

## \* تشخيص الموت (17):

قديمًا لم يكن تشخيص الموت عملاً يحتاج لأناس متخصصين ، إلا أنه ، وفي مطلع القرن التاسع عشر الميلادي ، ابتدأت بعض الدول باشتراط شهادة طبيب ممارس لإعلان الوفاة ، ومع تطور العلوم أصبح تشخيص الموت عملاً متعلقاً أساساً بالأطباء . وقد تضمنت قوانيننا الصحية والطبية نصوصاً تؤيد هذا المبدأ حيث اشترطت قيام طبيب بتشخيص الوفاة قبل إجراء معاملات الدفن .

ففي نظام المقابر ودفن الموتى ونقل الجثث ونبش القبور رقم 22 لسنة 1970

:-

نصت المادة (8) من نظام المقابر على ما يلي : "على المسؤول أن يحصل على شهادة من الطبيب الذي فحص المتوفى يذكر فيها سبب الوفاة " .

أما المادة (9) من ذات النظام فقد نصت على أنه : " لا يجوز دفن أي ميت قبل توفر الشروط التالية :

تصريح بالدفن من طبيب الصحة في الأماكن التي يوجد فيها دائرة صحة استناداً إلى شهادة من طبيب موضح فيها أن الوفاة طبيعية أو أن المدعي العام أجاز الدفن " ... الخ

من هاتين المادتين يتضح لنا أن تشخيص الموت في الأردن لا بد أن يتم بواسطة طبيب تابع لوزارة الصحة العامة ، وإن تضمن قانون الأحوال المدنية رقم 32 لسنة 1966<sup>(18)</sup> نصوصاً تجيز لمختار البلدة ولأمين سجل الأحوال المدنية تشخيص الوفاة في الأماكن التي ليس فيها وحدات صحية ، وفي ظني أن هذه النصوص لا بد أن ينالها التعديل ، لتتوافق مع التقدم العلمي والطبي الذي تشهده الأردن في الوقت الحالي وتوفر وحدات صحية مجهزة في معظم مناطق المملكة . كما أن قانون نقابة الأطباء الأردنيين رقم 13 لسنة 1972 تضمن نصاً يؤيد ذلك ، حيث ورد في المادة (15) منه : ما يلي : " لا يجوز للطبيب إعطاء تقرير عن متوفى لم يشهد نزعه أو لم يطلع على مرض موته السابق لوفاة إلا بعد أن يقتنع بسبب الوفاة حسب خبرته الطبية ...."

وكان توقف القلب والتنفس عن العمل هو الأساس في تشخيص الموت ، ومع ظهور أجهزة الإنعاش المتطورة خلال العقدين الماضيين عرف الطب موت الدماغ ، فأصبح موت الدماغ أساساً في تشخيص الموت في معظم الدول المتقدمة .

## المبحث الثاني

17 . انظر ندى الدقر - الموت الدماغى بين الطب والإسلام - دار الفكر 1997

18 . انظر قانون الأحوال المدنية رقم 32 لسنة 1966 المواد 48 ، 50 و 58 منه .



## لحظة بداية الحياة ونهايتها من الناحية الشرعية :

### المطلب الأول : تعريفات الحياة والروح من الناحية الشرعية:-

رأى العرب أن الحركة أصل الحياة ، ففي لسان العرب : "الحي كل متكلم ناطق ، والحي من النبات ما كان طرياً يهز ، والعرب تصف كل ذي روح بالحياة " ، وفي لسان العرب (19) والقاموس المحيط (20) وتاج العروس (21) عرفت الحياة : "بأنها نقيض الموت" فإذا عرفنا الحياة كان ما يخرج من التعريف هو الموت (22) .  
وقد عرفها علي بن محمد السيد (23) في كتابه التعريفات : "بأن الحياة هي صفة توجب للموصوف بها أن يعلم ويقدر" .

والحياة شرعاً : " يعد الكائن حياً إذا ما كان فيه روح " ودليلنا على ذلك قوله تعالى : (( ثم سواه ونفخ فيه من روحه وجعل لكم السمع والأبصار والأفئدة قليلاً ما تشكرون )) سورة السجدة آية [9] .

فالروح لغة : " هي النفخ وسمي روحاً لأنه ريح يخرج من الروح " .  
والروح : " هو جسم نوراني (24) ينفذ في الأعضاء ويسري فيها سريان الماء في الورد ، وما دام البدن سليماً قابلاً لنفاذ تلك الروح بقي حياً فإذا فسد البدن انفصلت عنه الروح وعرض الموت" .

وقد ذهب بعض الآراء إلى أن الروح هي الحياة ، غير أن ذلك تنقصه النصوص الشرعية والرأي السائد أن الروح غير الحياة .

وقد أوجز الدكتور شرف القضاة (25) في كتابه (متى تنفخ روح الجنين) الفرق بين الروح والحياة وذكر أن النبات كائن حي كما ورد في النصوص الشرعية ، فهو يتغذى ويتنفس وينمو ويتكاثر ولكن لا إرادة له ولا اختيار ، فهو كائن حي لا روح فيه ، والجنين قبل نفخ الروح فيه كائن حي يتغذى وينمو منذ التلقيح ، وقلبه ينبض منذ الأسبوع الرابع تقريباً ، فالحياة موجودة فيه .

ويقول ابن القيم عن الجنين قبل نفخ الروح فيه : " كان فيه حركة النمو والاعتداء كالنبات ولم تكن حركة نموه واغتناؤه بالإرادة ، فلما نفخت فيه الروح ، انضمت حركة حسيته وإرادته إلى حركة نموه واغتناؤه " فالجنين منذ التلقيح كائن حي ، لكنه لا روح فيه كما توضح النصوص الشرعية ، لذلك فهو غير قادر على أن يتحرك حركات إرادية ، لأن الحركات الإرادية دليل على وجود الروح .

19 . انظر لسان العرب - ابن منظور ، بيروت ، دار صادر .

20 . انظر القاموس المحيط - الفيروز آبادي ، بيروت - مؤسسة الرسالة .

21 . انظر تاج العروس - الزبيدي ، ط 1 ، المطبعة الخيرية القاهرة ، لسنة 1306 .

22 . كما ورد في أعمال ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي ص 132 .

23 . علي بن محمد السيد الجرجاني - التعريفات - دار الكتب العلمية - بيروت - طبعة 2 ، ص 94 .

24 . ابن القيم - الروح - دار الكتاب العربي - ص 84

25 . انظر قضايا طبية معاصرة المشار إليه سابقاً ص 152

وكما أن الحياة موجودة في الجنين قبل نفخ الروح فإن الحياة تبقى في الجسد بعد خروج الروح منه ، ويختلف ذلك من عضو إلى آخر ، فبعض الأعضاء تستمر فيه الحياة دقائق معدودة بعد خروج الروح ، وبعضها قد تستمر الحياة فيه ساعات .

## المطلب الثاني : لحظة بداية الحياة من الناحية الشرعية :-

بحث فقهاء الإسلام أطوار الجنين الذي أوضحته النصوص الشرعية من آيات كريمة وأحاديث نبوية ، في محاولة للتوصل إلى لحظة بدء الحياة عند الجنين ، لما لهذه اللحظة من أهمية في إضفاء الصفة الإنسانية عليه ، وقد اهتمت شريعتنا الغراء بالجنين منذ بداية تكوينه ، لأنه أصل خلق أكرم كائن ، وإمارة وجود خالقه ، ودليل على القدرة الإلهية وآية من آيات الإعجاز في كل طور من أطواره ، كما عنيت الشريعة بحياته وشرعت له من الأحكام ما يكفل استمراره وبقائه واطراد نموه ، كما حافظت على دمه ، فأوجبت عقوبة على من يعتدي عليه .

لقد اعتمد جمهور العلماء حديث ابن مسعود رضي الله عنه التالي : "حدثنا الصادق المصدوق رسول الله صلى الله عليه وسلم : "إن أحدكم يجمع خلقه في بطن أمه أربعين يوماً ، ثم يكون علقه مثل ذلك ، ثم يكون مضغة مثل ذلك ، ثم يبعث الله ملكاً فيؤمر بأربع كلمات ، ويقال له اكتب عمله ورزقه وشقي أو سعيد ، ثم ينفخ فيه الروح .... الخ " .

واختلف الفقهاء المعاصرون في تفسير حديث ابن مسعود ، مع الأحاديث النبوية الأخرى التي تحدثت عن نفخ الروح ، وفيما يلي عرض موجز لتلك الآراء :-

الرأي الأول : بدء الحياة عند الجنين بعد 120 يوماً (26) من تكونه في الرحم :

ويكون نفخ الروح وفقاً لهذا الحديث بعد انقضاء 120 يوماً من حياة الجنين ، وهذا يدل على أن وصف الإنسانية لا يمنحه الله تعالى للمخلوق وهو في أحشاء أمه قبل مرور تلك الفترة كما هو ظاهر في الحديث الشريف ، كما أنه يدل على أن المقصود بنفخ الروح : خلق الله تعالى للسبب الذي ينقل الجنين : من مرحلة الحياة المطلقة إلى مرحلة الحياة المقيدة بوصف الإنسانية (27) .

## الرأي الثاني : بدء الحياة بنفخ الروح عند الجنين بعد أربعين يوماً :

26 . انظر قضايا طبية معاصرة - جمعية العلوم الإسلامية - دار البشير - المجلد الأول - ص 152 .

27 . انظر قضايا طبية معاصرة - متى تنفخ الروح على الجنين (د. محمد نعيم ياسين) - ، من ص 190-207 ، وكذلك الجنين وأطواره للدكتور/محمد مدكور .

وأيد هذا الرأي بعض أساتذة الشريعة : (28) الشيخ محمد سليمان الأشقر والدكتور أشرف القضاة ، وقد دعموا رأيهم هذا بعدة أحاديث وردت عن النبي صلى الله عليه وسلم بشأن نفخ الروح، لم يأخذ العلماء بها بالرغم من أنها وردت في كتاب القدر في صحيح مسلم / الباب الأول ومسند الإمام أحمد(29) ، وإن مجمل تلك الأحاديث يدل على أن نفخ الروح - عدا حديث ابن مسعود المذكور آنفاً - يكون بعد الأربعين يوماً الأولى لا بعد الأربعين الثالثة ، وهو ما أكده العلم الحديث بوسائله المتطورة إذ تمكن من سماع نبض الجنين بعد 42 يوماً من حدوث الحمل

### أما الرأي الثالث :

والذي أجد فيه من المنطق ما دعاني إلى ترجيحه والاعتقاد بصوابه ، لما فيه من حسم للخلاف بين الرأيين الأول والثاني ، وهو الرأي الذي قال به الدكتور /محمد علي البار(30) بعد أن أجرى دراسة مستفيضة اعتمد فيها على أبحاث ودراسات في الأمراض العصبية قام بها أطباء في جامعة نيويورك ، مفاده أنه في حالة الجنين نكون أمام مستويين من تكوين الجهاز العصبي :

**الأول :** مستوى تكون جذع الدماغ وبداية عمله ، ويبدأ في اليوم الثاني والأربعين

**الثاني :** مستوى تكون الدماغ أو الملكات العليا ، وتبدأ عملها بعد اليوم المائة والعشرين (أي بعد نفخ الروح). وهذا هو المستوى الإنساني الذي يبدأ فيه الإحساس والشعور والذكاء ، وتبدأ فيه حركات الجنين الإرادية .

وهذا الرأي باعتقادي لا يتناقض مع الآراء الفقهية التي ثارت حول لحظة بداية الحياة الإنسانية ولا يخالف الحقائق الطبية الثابتة في هذا العصر ، بل إنه أثبت أن شريعتنا كان لها السبق في إظهار هذه الحقائق عن حياة الجنين منذ ألف وأربعمائة سنة ، وأن شريعتنا قد رتبت على هذه الحقائق أحكاماً شرعية لحمايته من أي اعتداء على حقه في الحياة، واعترفت له بأهلية وجوب ناقصة تمكنه من

28 . الشيخ محمد سليمان الأشقر والدكتور أشرف القضاة - قضايا طبية معاصرة .

29 . عن حذيفة بن أسيد رضي الله عنه قال : سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول : إذا مر بالنطفة اثنتان وأربعون ليلة بعث الله إليها ملكاً فصورها وخلق سمعها وبصرها وجلدها ولحمها وعظامها ثم قال يا رب ذكر أم أنثى؟ فيقضي ربك ما شاء ويكتب الملك ... الخ (صحيح مسلم الجزء 4 ، ص 2036 -كتاب القدر ، الباب الأول رقم الحديث 2643)

وعن حذيفة ابن أسيد رضي الله عنه قال : سمعت رسول الله (صلى الله عليه وسلم ) بأذي هاتين يقول : إن النطفة تقع في الرحم أربعين ليلة ثم يتصور عليها الملك (صحيح مسلم 2038/4 المرجع السابق) .

عن جابر بن عبد الله قال : قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم) : إذا استقرت النطفة في الرحم أربعين يوماً أو أربعين ليلة بعث الله إليها ملكاً فيقول يا رب ما رزقه؟ فيقال..... الخ.(مسند الإمام أحمد 397/3) .

30. انظر ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام - دار الفكر - دمشق - ص 125.

ثبوت الحق له وهو في بطن أمه ، كحقه في ثبوت نسبه لأبيه ووقف نصيبه من الإرث والوصية لحين تحقق ولادته حياً (31) .

### المطلب الثالث : لحظة نهاية الحياة من الناحية الشرعية :-

الموت شرعاً : " هو مفارقة الروح للجسد " أو "تقيض الحياة" (32) .  
ونلاحظ من التعريفين السابقين بأن الفقهاء لم يعرفوا الموت تعريفاً دقيقاً ، وإنما عرفوا الموت بأنه ضد الحياة والحياة ضد الموت ، والحد الفارق بينهما وجود الروح أو خروجها ، فإن وجدت الروح في الجسد كان حياً ، وإن فارقت كان ميتاً .

الموت لغة : ورد الموت عند العرب على أنه ضد الحياة .  
ففي تاج العروس (33) : الموت ضد الحياة ، وهو خلق من خلق الله .  
أما في لسان العرب (34) : الموت ضد الحياة ، وأصل الموت في لغة العرب السكون ، وكل ما سكن فقد مات ، وورد في القاموس المحيط أن الميت ضد الحي ، والموت ما لا روح فيه ، والموت والحياة متناقضان تناقض النور والظلام ، والبرودة والحرارة .

أما الموت شرعاً : فهو مفارقة الروح للجسد ، وقد ورد في كتاب التعريفات للجرجاني (35) :  
" بأن الموت صفة وجودية خلقت ضد الحياة " لقوله تعالى ((الذي خلق الموت والحياة)) سورة الملك - آية [2] .

وورد في كشف الأسرار (36) : " أن الموت ضد الحياة " ، لأنه أمر وجودي عند أهل السنة ، ولهذا قيل إن تفسير الموت بزوال الحياة تفسير بلازمه ، لأنه لما كان ضد الحياة يلزم من وجوده زوال الحياة ويقول ابن عابدين في حاشيته : " أن الموت صفة وجودية" (37) .

وقد ورد ذكر الموت في آيات القرآن الكريم إما لذكر الحكمة من الوجود كقوله تعالى : ((الذي خلق الموت والحياة ليبلوكم أيكم أحسن عملاً)) سورة الملك آية [2] .

31. دكتور مصطفى السباعي وعبد الرحمن الصابوني - الأحوال الشخصية في الأهلية والتركات

32 . انظر ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام - دار الفكر - دمشق - ص 84 وما بعدها .

33 . أنظر تاج العروس - الزبيدي ، ط1 ، المطبعة الخيرية ، القاهرة ، لسنة 1306 .

34 . انظر لسان العرب - ابن منظور ، بيروت - دار صادر

35 . انظر علي بن محمد السيد شريف الجرجاني - التعريفات - دار الكتب العلمية - بيروت - طبعة 2 ، ص 94 .

36 . انظر علاء الدين عبد العزيز بن أحمد البخاري - (730هـ) - كشف الأسرار من أصول فخر الإسلام البزدوي - جزء 3 - ص 313 - دار الكتاب العربي - بيروت .

37 . انظر دكتور محمود محمد عوض سلامة - حكم نقل الأعضاء من الميت إلى الحي دراسة مقارنة ، ص 23 .

أو تأكيداً لحتمية الموت ، في قوله تعالى : ((نحن قدرنا بينكم الموت وما نحن بمسبوقين)) سورة الواقعة آية [60] وقوله تعالى : ((كل نفس ذائقة الموت وإنما توفون أجوركم يوم القيامة)) سورة آل عمران آية [185] ، وقوله تعالى : ((أينما تكونوا يدرككم الموت ولو كنتم في بروج مشيدة)) سورة النساء آية [78] .  
كما يعني الموت ذهاب الروح بالأجال وهو الموت الذي لا يعود صاحبه إلى الدنيا قال تعالى (إنك ميت وإنهم ميتون ) سورة الزمر آية [29] .  
ولكل إنسان أجل محدد وما من قوة في الدنيا تستطيع أن تقدمه أو تستأخره ، قال تعالى : ((فإذا جاء أجلهم لا يستأخرون ساعة ولا يستقدمون)) الأعراف آية [34] ، فكل ما توصل إليه الطب الحديث من علاج ووسائل إنعاش لا يطيل عمر الإنسان كما سيرد ذكره في المبحث الخاص بالإنعاش ، وحكمه من الناحية الشرعية .

### المطلب الرابع : سكرات الموت وعلامات (خروج الروح) :-

للموت سكرات وعلامات تنبئ بخروج الروح، وقد ورد ذكر هذه العلامات في القرآن الكريم والسنة النبوية ومجمل هذه الآيات والأحاديث إنما تدل على أن الموت يكون بخروج الروح ، وأن خروجها تصاحبه حالة شدة سميت "سكرات الموت" وأنها من شدتها تؤدي إلى غياب المحتضر عن الوعي وقال تعالى : ((وجاءت سكرة الموت بالحق ذلك ما كنت منه تحيد)) سورة ق آية [19] وقوله تعالى : ((ينظرون إليك نظر المغشي عليه من الموت فأولى لهم)) سورة محمد آية [20] .  
ومن الآيات الكريمة التي تدل على ذلك قوله تعالى : ((فإذا جاء الخوف رأيتهم ينظرون إليك تدور أعينهم كالذي يغشى عليه من الموت)) سورة الأحزاب آية [19] ، أما إذا ما خرجت الروح وحل الموت كان السكون والخمود ، قال تعالى : ((إن كانت إلا صيحة واحدة فإذا هم خامدون)) سورة يس آية [29] ، فالخمود : سكون الجسد وخلوه من الحركة والتنفس أو أية علامة للحياة .  
ومن علامات الموت أيضاً عدم الكلام ، قال تعالى : ((وكم أهلكنا قبلهم من قرن هل تحس منهم من أحد أو تسمع لهم ركزاً)) سورة مريم آية [98] ، والركز : هو الصوت الخافي .

وقد أخبرنا الرسول صلى الله عليه وسلم عن الموت وذلك في حديث أم سلمة رضي الله عنها قالت (38) :  
دخل رسول الله صلى الله عليه وسلم على أبي سلمة وقد شق بصره ، فأغمضه ثم قال : " إن الروح إذا قبض تبعه البصر" .  
وبالتدقيق في الأدلة الشرعية للموت الواردة في الآيات القرآنية والسنة النبوية ، فإننا نجد أن الموت هو مفارقة الروح للجسد ، وهي مفارقة غير مرتبطة بمظهر معين ، ولكن بعد مفارقة الروح الجسد وحدث الموت ، تظهر على الميت علامات تدل على أن صاحب هذا الجسد قد مات .

38 . أخرجه مسلم - كتاب الجنائز - رقم 1528 - كما ورد أيضاً في رياض الصالحين .

وقد أشارت الآيات بشكل غير مباشر إلى خمود الحركة وانقطاع الكلام كعلامتين تظهران على من نزل به الموت ، وفي الحديث المشار إليه أعلاه نجد أن علامات شخوص البصر لدى الميت تدل على قبض الروح .

وقد ذكر الفقهاء علامات عديدة تظهر على من فارقت روحه جسده ، منها : استرخاء قدميه واعوجاج أنفه وانخساف صدعيه ، وامتداد جلدة الوجه ، ومن علامات الموت : سكون الحركة في البدن ، وتغير لونه وانقطاع نفسه ، ويعتبر موت الحامل بوضع كفة ميزان وما أشبهها على سرتها ، فما دامت الكفة تتحرك فهي حية .

ويكفي لظهور بعض هذه العلامات الحكم على من ظهرت عليه بأنه قد مات ، إلا في الحالات التي لا يتوقع فيها الموت ، كموت الفجأة أو المصعوق ، فهنا يجب الانتظار لظهور كل العلامات بالقدر الذي يتيقن فيه حلول الموت وخاصة تغير الرائحة .

ومن الملاحظ أن هذه العلامات لا تدل على لحظة مفارقة الروح الجسد - لأن هذا مما استأثر الله بعلمه - بل تدل على حدوث المفارقة ، وإن هذه العلامات ظنية الدلالة على حلول الموت ولهذا اشترط الفقهاء ، في بعض الحالات غير العادية للموت ، الانتظار إلى أن يحصل اليقين بتغير الرائحة وشكل الجثة .

كما أن الفقهاء ، في جميع ما ذكروه عن الموت وعلاماته ، لم يذكروا (39) أن توقف القلب علامة من علامات الموت إلا بعد أن أثبت الطب أنه علامة من علامات الموت المبكرة ، فأخذ الفقهاء بذلك .

وقد أورد الفقه الإسلامي تعريفات عديدة للموت وما يترتب عليه من آثار على الشخصية القانونية نورد منها :

"الموت من أهم عوارض الأهلية ، إذ هو ينافي الوجوب والأداء معاً ويهدمهما فلا يبقى على ذمة الميت شيء غير ما كان متعلقاً بأعيان ، كالودائع والمغصوبات ، أو متعلقاً بمال تركه ، كالديون والوصايا وحقه في التجهيز والتكفين " (40) .  
وفي تعريف آخر : "هو عارض طبيعي ، إذا حل بالشخص فإنه يعدم الأهلية بنوعها (الأداء والوجوب) " (41) .

وقد رتب الفقه على الموت أحكاماً شرعية وأخرى دنيوية نوردها هنا بشكل موجز ، لأن الخوض فيها أمر يؤدي إلى خروجنا عن موضوع البحث :

## المطلب الخامس : الأحكام الشرعية المترتبة على الموت :-

39 . انظر ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام المشار إليه سابقاً ، ص 141 .

40 . انظر الأحوال الشخصية في الأهلية والوصية والتركات - الدكتور مصطفى السباعي والدكتور عبد الرحمن الصابوني - مطبعة جامعة دمشق - 1966 ، ص 17 .

41 . علي رمضان ازيديه - النظرية العامة للأهلية - دراسة مقارنة بين الشرع والقانون ، المنشأة العامة للنشر والتوزيع والإعلان - طبعة الأولى لسنة 1984م - طرابلس - ليبيا .

\* أولاً: الأحكام الشرعية (42) :-

1. حرمة التعدي على الميت .
2. تحديد القاتل عند اشتراك الجناة على التابع عليه .
3. بدء العدة لزوج الميت ، والعدة تبدأ من لحظة وفاة الزوج حقيقة أو حكماً ، وإن كانت حاملاً انقضت عدتها بالوضع .
4. سقوط التكليف عنه .
5. توجيهه للقبلة إستعداداً للدفن .
6. عدم ترك الميت وحده قبل الدفن .
7. تجهيز الميت ، أي تهيئة أمور الجنائز من تغسيله وتكفينه والصلاة عليه ودفنه .
8. تعزية أهل الميت .

\* ثانياً: الأحكام الدنيوية فهي :

1. وجوب القصاص أو الدية إذا كان موته بسبب جناية .
  2. انقضاء أهليته .
  3. خروج ماله عن ملكه إلى ملك غيره من ورثة وموصى لهم .
  4. نهاية الوكالة .
  5. انفساخ بعض العقود التي أبرمها الميت كالقروض والإيجار .
  6. نهاية سريان الأحكام الصادرة عليه قبل موته .
  7. عدم توريثه من مورثه الذي تأخر عنه بالوفاة ، لأنه يشترط في الإرث أن يكون الوارث حياً ، في الوقت الذي مات فيه المورث ، حياة تقديرية أو حقيقية .
  8. حلول بعض الديون المؤجلة مثل مؤخر الصداق إذا نص عليه في أقرب الأجلين : الموت أو الطلاق ، وتسديد ديونه من التركة .
  9. سقوط النفقات التي تجب عليه وهو حي .
  10. تولية خليفة أو تنصيب إمام أو قاضي بدلاً عن الميت .
- مما سبق يتبين لنا أن هنالك أحكاماً كثيرة تترتب على الموت، مما يدل على أهمية تحديد لحظة الوفاة بدقة متناهية والكشف عن الإمارات الباكرة إن أمكن ذلك

وفيما يلي مثالان يوضحان أهمية الدقة في تحديد لحظة الوفاة :

1. امرأة توفي زوجها وهي حامل ، فولدت واهلّ المولود ثم مات ، فلها ثلث ماله الذي ورثه عن أبيه المتوفى ولها ثمن تركه زوجها ، ولو نزل ميتاً وليس لزوجها المتوفى ولد ، فلها الربع والباقي للبقية .
2. امرأة ولدت وأهلّ الصغير وماتت بعد إهلاله ، يرثها ويحجب غيره إن لم يكن له أخوة (43) .

## المبحث الثالث بداية الحياة ونهايتها من الناحية القانونية :

### المطلب الأول : لحظة بداية الحياة من الناحية القانونية :-

يثور في الفقه القانوني تساؤل حول لحظة بداية الحياة ولحظة نهايتها ، لما لهاتين اللحظتين من أهمية في تحديد بدء الشخصية القانونية وانقضائها . وتبرز أهمية الشخصية القانونية كونها الحد الفاصل في اعتبار الإنسان أهلاً لتحمل الحقوق واكتسابها وأداء الواجبات ، ، ووفر له القانون الحماية من الناحية المدنية وفقاً لنص المادة (48) من القانون المدني الأردني : "لكل من وقع عليه اعتداء غير مشروع في حق من الحقوق الملازمة لشخصيته أن يطلب وقف هذا الاعتداء مع التعويض عما يكون قد لحقه من ضرر" ، وكذلك كون هذا الشخص محمياً جزائياً كإنسان حي بنصوص القانون الجنائي ، التي تمنع أي اعتداء مهما بلغ شأنه على جسد الإنسان وكيانه.

ولو عدنا إلى التشريعات الأردنية ، لنعرف ما هي اللحظة التي تبدأ فيها الحياة لدى الإنسان واللحظة التي تنتهي فيها حياته ، فإن ذلك يتطلب منا أن نخوض في هذين الموضوعين من ناحيتين الأولى من الناحية المدنية ، والثانية من الناحية الجزائية .

### الفرع الأول : لحظة بداية الحياة من الناحية المدنية :

نصت الفقرة الأولى من المادة (30) من القانون المدني الأردني على أنه : " تبدأ شخصية الإنسان بتمام ولادته وتنتهي بوفاته " . أما الفقرة الثانية من نفس المادة فقد نصت على : " ويعين القانون حقوق الحمل المستكن " .

وبالرجوع إلى المذكرة الإيضاحية للقانون المدني الأردني (44) لهذه المادة نجدها قد ذكرت بأنه تبدأ الشخصية الطبيعية للإنسان بتمام ولادته حياً ، إذ تثبت له منذ ذلك الوقت أهلية الوجوب وهي صلاحية الشخص لأن تكون له حقوق وعليه واجبات ، فيجب لبدء الشخصية أن يولد الإنسان حياً ولادة تامة ، فقبل أن تتم

43 . انظر د. محمود إبراهيم خليل - أحكام الموارث والوصايا الاختيارية والواجبة - دار الكتاب العربي بمصر - الطبعة 1 - 1957

44 . انظر المذكرات الإيضاحية للقانون المدني الأردني - الجزء الأول - مطبعة التوفيق - ص 55 .



الولادة لا تبدأ الشخصية ، وإذا تمت الولادة ولكن الجنين ولد ميتاً فلا تبدأ الشخصية أيضاً .

والشخصية ، بمعناها العام ، هي الصفة القانونية التي تثبت للشخص منذ ولادته حتى وفاته دون انقطاع ، على أن وجود الشخص الحقوقي إذا كان يوجب حتماً وجود شخصية حقوقية فإن هذه الشخصية قد لا تكون كاملة دوماً من بعض النواحي المتعلقة بالممارسة والأداء كما هو معمول به في مسألة الأهلية ، فأهلية الوجوب قد توجد قبل الولادة ، فالجنين يجوز أن يوصى له ويجوز أن يوقف عليه فيكون مستحقاً في الوقف ، ويرث فيملك الميراث .

والأصل أن يكون الشخص إنساناً ، والإنسان هو المخلوق البشري ، وشخصية الإنسان ، كما ذكرنا حسب نص المادة (30) ، تبدأ عادة بتمام ولادته أي في الوقت الذي ينفصل فيه عن أمه وأما قبل ذلك ، أي حينما يكون جنيناً ، فإنه تثبت له بعض الحقوق الشخصية بصورة ناقصة كما هو واضح من نص الفقرة الثانية من المادة (30) المشار إليها أعلاه .

ويثور هنا تساؤل هام مفاده : هل لكل مولود شخصية حقوقية مع بدء الولادة أي الانفصال عن الأم مهما كان وضع هذه الولادة ؟ ... للإجابة عن هذا التساؤل علينا أن نتطرق لأحكام الشريعة الإسلامية ونص المادة (30) المأخوذ عنها ، إذ يكفي وفقاً لها أن يولد الإنسان حياً لتبدأ شخصيته ولو كان سيموت حتماً بعد لحظات أي ولو كان غير قابل للحياة . وفي هذا يختلف نص هذه المادة عن نص القانون الفرنسي الذي اعتد بقابلية المولود للحياة .

هذا وقد اختلفت المذاهب في الفقه الإسلامي في الإجابة عن التساؤل المطروح متى يتحقق للمولود أن يولد حياً ؟ فذهب أبو حنيفة وصحبه إلى أن ولادة الجنين حياً تتحقق بظهور أكثره حياً ، ولا يضير أن يموت المولود إثر ذلك مباشرة ، أما الأئمة الثلاثة : مالك والشافعي وأحمد فقد ذهبوا إلى أن ولادة الجنين حياً لا تتحقق إلا بولادته كله حياً لا أكثره فقط ، وهو الرأي الذي يعتمده القانون المدني الأردني في مادته رقم (30) ، حين نص على أن ولادة الجنين حياً بصورة مطلقة ، تنصرف على ولادته بكامله ، وبناءً عليه إذا ولد الجنين ميتاً لا تكون له شخصية ، سواء أكان انفصاله عن أمه ميتاً بدون جناية أم بجناية .

ولم ينص في القانون الأردني على علامات معينة تعلم فيها الحياة ، كما ورد في المذكرة التفسيرية لقانون الموارث المصري " (45) أنه تعلم حياة المولود بأعراض ظاهرة للحياة كالنبكاء والصراخ والشهيق حتى لو مات إثر ذلك مباشرة ، فإن لم يثبت شيء من ذلك كان للقاضي الرجوع إلى أهل الخبرة من الأطباء " .

كما اختلف القانون المدني الأردني عن القانون الفرنسي في تعريف لحظة الحياة ، إذ اشترط لثبوت الشخصية للمولود الجديد أن يتحقق فيه شرطان (46) :

45 - انظر عدنان القوتلي - الوجيز في الحقوق المدنية - الجزء الأول - مطابع دار الفكر بدمشق - لسنة 1963 ، ص 444

46 - انظر عدنان القوتلي - المرجع السابق ، ص 444

1. أن يولد الإنسان حياً فلا تفارقه الحياة حين انفصاله عن أمه ، أي أن يتحقق ما اشترطه قانوننا المدني ، ويعتبر كذلك إذا تنفس بعد ولادته تنفساً كاملاً .

2. أن يكون قابلاً للحياة (Viable) ويكون ذلك حين تتوافر للمولود جميع الأعضاء التي تكفل له الحياة ، أو تجعل بقاءه حياً ممكناً ، ولهذا الشرط أهمية خاصة ، فقد يولد المولود حياً يتنفس ولكن وفاته تكون محققة لنقص في تكوينه أو تشكيله ، وفي هذه الحالة تعتبر شرعاً وقانوناً شخصيته قد بدأت حتماً لتنتهي بموته المحتم ، في حين أن القانون الفرنسي لا يعتبر له وجوداً مطلقاً ، ولا تبدأ شخصيته ، ولا يترتب عليها حكم لعدم قابليته للحياة منذ البدء .

مما سبق يتضح لنا بأن المشرع الأردني قد تبني موقف التشريعات المدنية العربية في عدم اشتراطه قابلية المولود للحياة المعمول به في فرنسا ، ولم يوسع من دائرة بحثه لهذه اللحظة لتشمل قدرة المولود على التنفس بصورة مستقلة وانقطاع حبله السري عن أمه كما فعل القانون الكويتي .

وقد نظم القانون المدني الأردني خصائص الشخصية الطبيعية من المادة 33 إلى المادة 49 منه ، فكل شخص طبيعي ينتمي إلى جنسية معينة وإلى دين معترف به ، وينتسب إلى أسرة تتكون من ذوي قرابه ، ويتميز باسم يعرف به ، ويقوم في موطن يخصص له ، وتتحدد له أهلية أداء لمباشرة حقوقه المدنية ، وقد سن القانون المدني الأردني المبادئ الرئيسية للأهلية ونظم الأدوار التي يمر بها الإنسان بالنسبة لأهلية الأداء ، ومن خلالها يتحدد مركزه القانوني ، فهو منذ الولادة إلى السابعة من عمره فاقد التمييز فيكون معدوم الأهلية ، ومن السابعة إلى الخامسة عشرة ناقص التمييز فتكون له أهلية ناقصة ، فإذا بلغ سن الرشد وهي ثماني عشرة سنة شمسية كاملة متمتعاً بقواه العقلية استكمل التمييز والأهلية ويكون أهلاً لمباشرة حقوقه المدنية ، إلا إذا أصيب بعاهة كالغفلة والسفه والعتة والجنون فحينها يفقد التمييز ويفقد الأهلية تبعاً لذلك حيث أن الأهلية تتمشى مع التمييز توجد بوجوده وتندم بانعدامه .

### الفرع الثاني: لحظة بداية الحياة من الناحية الجزائية :

خلت القوانين الجزائية الأردنية من أي تعريف للحظة بدء الحياة ، ومن ضمنها قانون العقوبات الأردني (47) ، حيث لم يرد في نصوصه أي تعريف يوضح المقصود بها ، بالرغم من أنه يترتب على لحظة بدء الحياة الإنسانية حق من أهم الحقوق وهو حق الإنسان بالحياة ، وحمائته من أي اعتداء يقع على هذا الحق الذي أحاطته الشرائع والدساتير بكل عناية وحماية .

47 . انظر قانون العقوبات الأردني رقم (16) لسنة 1961م .

48 . انظر محمد زكي أبو عامر - قانون العقوبات - القسم الخاص - مطبعة التوفي - طبعة ثانية - لسنة 1989م

وإيماناً من رجال الفقه القانوني بأهمية هذه اللحظة ، التي أغفلت التشريعات الجزائية تعريفها فقد استندوا إلى نص المادة (30) من القانون المدني في تحديد لحظة بداية الحياة ، وبهذا اعتبروا أن الإنسان الحي هو :كل كائن تضعه المرأة بطريق الولادة ، وعندها يعتبر هذا الإنسان حياً بنظر القانون ، ويعترف له بالحياة منذ لحظة ميلاده إلى وفاته ، وتكون هذه الحياة هي محل الحماية في القانون الجزائي ، ومن هنا كان لتحديد لحظة الولادة أهمية كبيرة في القانون الجزائي إذ أنها الخط الفاصل بين الجنين الذي يعتبر قتله إسقاطاً ، وبين الإنسان الذي يعتبر الاعتداء على حياته قتلاً (48) ، لهذا اعتبرت القوانين الجزائية بداية الحياة هي بداية عملية الولادة الطبيعية لإتمامها ، أي أن النصوص التي تجرم القتل تمتد لتشمل المولود أثناء عملية الولادة ما دام الجنين قد استقل بكيانه عن كيان أمه بتمام نضجه واستعداده للخروج للحياة مهما تعسرت ولادته وأياً كان الوقت الذي استغرقتة عملية الولادة .

وبرأيي فإن القصور التشريعي في تحديد لحظة بدء الحياة الإنسانية في قانون العقوبات الأردني أمر يجب أن يكون محل نظر واهتمام من قبل المشرع الأردني .

### المطلب الثاني : لحظة نهاية الحياة من الناحية القانونية :

الفرع الأول : لحظة نهاية الحياة في القانون المدني الأردني  
الموت هو انتهاء حياة الإنسان ، وفقاً لنص المادة (30) من القانون المدني الأردني الفقرة الأولى: "(تبدأ حياة الإنسان بتمام ولادته حياً وتنتهي بوفاته)" .  
ولئن كان الإنسان يتمتع بالشخصية القانونية التي أسبغها عليه المشرع إلا أن هذه الشخصية تنتهي بوفاته هذا الإنسان .

ولكن ما هو معيار وفاة الإنسان ؟ (سلب شخصيته القانونية) التي من الممكن الاستدلال عليها من هذا النص ؟ والتي يحكم بناءً عليها بموت الشخص وانتهاء شخصيته القانونية ؟ هذا ما لم أجد جواباً شافياً وافياً عنه في المراجع القانونية والمذكرات التفسيرية ، وقد أوضح الدكتور منذر الفضل(49) هذا بقوله " بأن عزوف الشراح والفقهاء القانونيين عن الخوض في مسألة الموت يعود لتعلقها بالروح، والروح من أمر الخالق ، ولهذا تركوا أمر بحثها إلى فقهاء الشريعة الذين أولوها الكثير من الاهتمام والدراسة لتعلقها بنواح شرعية على جانب كبير من الأهمية نظمها قانون الأحوال الشخصية " .

وبالعودة للفقرة الأولى من المادة 30 من القانون المدني الأردني نلاحظ أن المشرع الأردني لم يتطرق لتعريف الوفاة حسب المفهوم التقليدي الذي كان سائداً آنذاك ، والمتمثل بتوقف جهازَي القلب والتنفس .

49 . انظر د. منذر الفضل - التصرف القانوني في الأعضاء البشرية - مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع - ص142 ، لسنة 1994 .

وقد أورد القانون نصاً عاماً لتحديد الوفاة بقوله: (تبدأ شخصية الإنسان بتمام ولادته حياً وتنتهي بوفاة)، واکتفى بالصمت حيال تعريف الوفاة ، و ترك مسألة تحديد الموت لما ذهب إليه الراجح من الفقه الإسلامي .

وقد عرف الفقه الإسلامي الوفاة بأنها (زوال الروح أو مفارقة الروح للجسد) ولم يوضح كيف تحدث هذه المفارقة كما أوضحت سابقاً ، ومن الناحية الطبية فإنه لم يتم تحديد لحظة الموت على هذا الأساس أي بمفارقة الروح للجسد ، وإن كان قد حدد علامات لحدوث الموت يتم تشخيصها سريرياً بواسطة الأجهزة .

والموت حسب ما ورد في القانون المدني الأردني إما أن يكون موتاً طبيعياً وهو المقصود في المادة (30) أو موتاً حكماً كما ورد في المادة (32) منه التي نصت على :

" 1. من غاب بحيث لا يعلم أحي هو أم ميت يحكم بكونه مفقوداً بناء على طلب كل ذي شأن .

2. وأحكام المفقود والغائب تخضع للأحكام المقررة في القوانين الخاصة فإن لم توجد فأحكام الشريعة الإسلامية(50) .

والمفقود حسب ما ورد في القانون إما أن يكون شخصاً يقوم الشك حول حياته أو مماته ، أو شخصاً تكون حياته محققة ولكن مكانه في هذه الدنيا غير معروف وهو الغائب " .

وقد اهتم القانون المدني بتنظيم أحوال المفقود والغائب لتحديد أوضاعهما القانونية تجاه أسرهما وتجاه الآخرين ممن تربطهم بهم روابط قانونية(51) ، فإذا ترتب على غياب الشخص مثلاً أن تعطلت مصالحه أو مصالح الغير ، جاز لكل ذي مصلحة أن يطلب من المحكمة أن تعين له وصياً أو قيماً يتولى شؤونه القانونية إلى حين عودته .

ولعل الخوض في موضوع الموت الحكمي قد يخرجنا عن موضوع البحث ، إلا أنني قد ارتأيت أن أشير إليه لتعلقه بموضوع هذه الدراسة ، هذا من ناحية تناول القانون أحوالاً معينة غير عادية تحيط بالأشخاص وتخلق صعوبات في تحديد أوضاعهم القانونية وفيما إذا كانوا أحياء أم أمواتاً .

وهو - وإن نص على حالتي المفقود والغائب - لم ينص على حالات أخرى أكثر تعقيداً كحالات الحرب أو الكوارث التي تؤدي إلى وفاة الأشخاص أو فقدانهم جملة بصورة يتعذر فيها معرفة أوضاعهم القانونية ، من حيث تعيين تاريخ وفاة كل منهم ، في حين أن الشريعة الإسلامية قد بحثت في موضوع الإرث بين الغرقى والحرقى والهدمى والقتلى ، الذين يموتون معاً بسبب كارثة واحدة ، واعتبروا

50. انظر نص المادة (177) من قانون الأحوال الشخصية لسنة 1976م

51. انظر المدخل إلى علم القانون - الدكتور عباس الصراف والدكتور جورج حزيون - الجامعة الأردنية - لسنة 1985 ، ص 172

كأنهم ماتوا جميعاً في وقت واحد ولا يرث بعضهم بعضاً إلا إذا عرف ترتيب موتهم (52).

ولعل إغفال تعريف محدد للوفاة ، ولمعيار حدوثها ، من شأنه أن يخلق جدلاً قانونياً محلاً للاجتهادات الفقهية والقضائية ، ومن الجدير بالذكر أن تحديد لحظة الوفاة مهمة لنا نحن- القانونيين - لأنها اللحظة التي تنتهي فيها شخصية الإنسان القانونية ، وتنقضي بها أهليته (الوجوب والأداء) ، وإن كان القانون قد افترض بالنسبة للموت الحقيقي امتداد شخصية المتوفى اعتبارياً لمدة من الزمن ، تطبيقاً للقاعدة الشرعية بأنه "لا تركة إلا بعد سداد الديون " ، ولذلك فقد يكون باعتماد البعض أنه لم تعد - لتحديد لحظة الوفاة - تلك الأهمية ما دامت أن شخصية المتوفى الحقوقية تمتد امتداداً اعتبارياً بشكل يقتضي معه القول ببقاء الشخص حياً بعد وفاته على سبيل الافتراض حتى تصفى تركته ما دامت أمواله باقية دون أن توزع مباشرة بعد وفاته على ورثته ، وذلك للانصراف إلى الوفاء بالديون التي بذمة المتوفى ، وعلى هذا يفترض أن المتوفى يظل مالكاً لهذه الأموال بعد وفاته إلى أن تصفى تركته (53).

وبرأيي فإن الإنسان ليس شخصاً قانونياً له حقوق وعليه التزامات فحسب ، بل هو - فوق ذلك وقبل ذلك- روح وجسد ، لحياته ولصحته قدسية أثناء الحياة ولجنته كرامة بعد الوفاة فالإنسان أولاً ، والأموال ثانياً ، من حيث الأهمية ، ولهذا أؤكد على أن تحديد المشرع معياراً للوفاة فيه حماية للإنسان من اعتباره كذلك بدون التحقق من حدوث الوفاة فعلاً ، ومن هنا برزت الحاجة إلى التوسع في تعريف الوفاة ، وتحديد معيارها المعتمد به قانوناً ، الأمر الذي أتمنى على المشرع الأردني أن يأخذه في الاعتبار .

وحيث إن لتعيين تاريخ الوفاة أهمية كبيرة وأثراً في النتائج القانونية ولا سيما في موضوع الميراث اشترط القانون المدني الأردني تسجيل واقعة الوفاة في سجل الوفيات حيث نصت المادة (31) منه على ما يلي :

"1. تثبت الولادة والوفاة بالسجلات الرسمية .  
2. فإذا لم يوجد هذا الدليل أو تبين عدم صحة ما أدرج بالسجلات جاز الإثبات بأية وسيلة من وسائل الإثبات .

وهذا النص يؤكد أهمية إثبات الشخصية (مبدئها ومنتهائها) ، بقيدتها في سجل واقعات الولادة والوفاة .

ولهذه القيود قوة إثباتية يمكن أن يستند إليها في إثبات الوقائع المتعلقة بها ، كالوفاة وبلوغ الطفل سن الحضانة والنسب... الخ .

52 . انظر عدنان القوتلي - الوجيز في الحقوق المدنية

53 . انظر دكتور عباس الصراف والدكتور جورج حزبون - المدخل إلى علم القانون رقم 1 ، ص172

هذا ، وقد نظم قانون الأحوال المدنية (54) رقم 32 لسنة 1966م إجراءات القيد في سجل الوفيات وإجراءات الدفن ، بحيث لا يتم دفن الميت بدون رخصة طبية تثبت حدوث الوفاة .

هذا وسوف أتناول هذه المواد بشيء من التفصيل في فصل لاحق بصورة تعكس مدى الحاجة إلى تعديلها بما يتوافق والتطور العلمي الذي يشهده الأردن في العصر الحالي .

### الفرع الثاني : لحظة نهاية الحياة في القوانين الجزائية :

لحظة الوفاة هي اللحظة التي تنتهي فيها حماية القانون الجزائي لهذا الإنسان كإنسان حي ، وعلى الرغم من أهمية هذه اللحظة إلا أن القوانين الجزائية الأردنية قد أغفلت تعريف الوفاة في نص قانوني يوضح ماهيتها وماهية معيار الوفاة المعتمد به قانوناً وخصوصاً جرائم القتل حيث تكون حياة المجني عليه هي محل الجريمة ، واكتفى قانون العقوبات الأردني في نص المادة 326 منه بتحديد السلوك الإجرامي المكون لجريمة القتل قصداً وذلك على النحو التالي :-  
(من قتل إنساناً قصداً عوقب بالأشغال الشاقة خمس عشرة سنة) والقتل قصداً هو: إزهاق روح إنسان بريء عمداً .

والمقصود بإزهاق الروح هنا هو نزع الحياة من المجني عليه (55) ، وقد عرف جانب من الفقه القانوني الوفاة بقولهم : " تنتهي حياة الإنسان بوفاته ، أي بتوقف قلبه وجهازه التنفسي توقفاً تاماً ونهائياً (56) " .

ويبدو أن المشرع الأردني قد اكتفى بنص المادة (30) من القانون المدني الأردني ، وبرأيي فإن هذا النص محل نظر لاعتبارات كثيرة وأنه - وإن كان مقبولاً من الناحية الحقوقية المدنية إذا أخذنا في الاعتبار مسألة امتداد الشخصية

54 . انظر قانون الأحوال المدنية رقم 32 لسنة 1966 .

55 . انظر الدكتور عبد الرحمن توفيق والدكتور محمد صبحي نجم ( شرح القانون الخاص في قانون العقوبات الأردني).

56 . انظر محمد زكي أبو عامر - قانون العقوبات - القسم الخاص - مطبعة النوني - لسنة 1989 ، ص401 ، حيث أورد المؤلف في هامش الصفحة

ما يلي :

" من الجدير بالذكر أن تحديد لحظة الوفاة هي مسألة طبية بالدرجة الأولى والفكرة الجوهرية فيها هي التوقف التام والنهائي للقلب والجهاز التنفسي فإذا كان موقوتاً أو محتملاً مداواته فلا تكون الوفاة قد تمت " .

الحقوقية لما بعد الوفاة ولحين سداد الديون التي على ذمة المتوفى - فإن هذا النص غير مقبول من الناحية الجزائية ، وأنه لا بد من تلافي هذا القصور التشريعي في تشريعاتنا الجزائية بإضافة نصوص جديدة تتضمن تعريف الوفاة ومعيارها ، لا سيما أن مفهوم الموت قد تطور بتطور العلوم ، حيث أثبت الطب أن اعتبار توقف القلب عن النبض وتوقف التنفس دلالة على الموت لم يعد كافياً هذه الأيام بل إن المعيار هو الموت الدماغي وهذا ما سأوضحه في الفصل التالي .

## **الفصل الثاني**

### **الجانب الطبي لموت الدماغ**

## المبحث الأول تشريح الدماغ ووظائفه وأهميته :

جسم الإنسان يتألف من خلايا تجتمع الملايين منها لتشكل عضواً من الأعضاء يتكون على شكل معين ليحقق وظيفة معينة ، وتتكامل كل مجموعه من الأعضاء بعضها مع بعض لتحقيق وظيفة ما ، ولتشكل ما يعرف بالجهاز كالجهاز العصبي وجهاز الهضم وجهاز التنفس إلى غيرها وبمجموع هذه الأجهزة يتشكل الجسد البشري ، ويعمل كل عضو من أعضاء الجسد في تناسق دقيق مع الخلايا الأخرى في العضو نفسه لتحقيق وظيفة هذا العضو على أكمل وجه ، ويعمل كل عضو بنظام مع بقية أعضاء الجسد لتحقيق الفائدة العامة لهذا الجسد ، ويشرف على ذلك كله الدماغ ، وذلك بالاتصال المباشر مع كافة أعضاء الجسد بواسطة ما يعرف بالأعصاب ، حيث تنطلق الأعصاب من الدماغ لتصل كافة أنحاء الجسد ، وأيضاً عن طريق إرسال إشارات وهرمونات من الدماغ إلى تلك الأعضاء ، تحمل معها أوامره وتعليماته ، هذا بالإضافة إلى وظيفة الدماغ الخاصة بكونه مركزاً للإدراك والوعي (1) .

فما هو الدماغ؟؟ يطلق لفظ الدماغ (Brain) على الجهاز العصبي المركزي الذي يتألف من الأقسام التالية (2) :

(1) المخ : (Cerebrum) وهو أكبر جزء من الدماغ ، يحتوي قشره على مراكز الحس والحركة الإرادية والذاكرة والوعي والمراكز المسؤولة عن طباع الإنسان وشخصيته .

(2) المخيخ (Cerebellum) : وفيه مراكز التوازن .

(3) جذع الدماغ (Brain Stem) : ويتألف من الدماغ المتوسط (mid brain) والجسر (Pons) والبصلة (Medulla Oblongata) ، وهو مكون أساساً من الألياف النخاعية الصاعدة والنازلة والمتصالبة ، فهو بذلك يشكل صلة الوصل الأساسية بين المراكز العلوية : المخ والمخيخ وبين النخاع الشوكي وبقية أجزاء الجسد ، إضافة لذلك فهو يحوي مراكز عصبية في غاية الأهمية مثل المراكز المنظمة للقلب ومركز التنفس ومراكز السيطرة على الذاكرة والسلوك ، وأيضاً مراكز بصرية وسمعية ، وفيه مراكز واعي مثبتة في شبكيته .

وهذه الأقسام الثلاث : المخ والمخيخ وجذع الدماغ موجودة داخل قحف الرأس وبداية العمود الفقري .

1. دكتور أشرف الكردي وزير الصحة السابق واستشاري أمراض الدماغ في مقابلة شخصية أجرتها معه الباحثة .

2. انظر ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام - دار الفكر بدمشق - لسنة 1997 ، من ص 41-46 .



4) النخاع الشوكي (Spinal Cord) ويقع في القناة الشوكية داخل العمود الفقري ، ويتضمن عمله أمرين أساسيين :  
الأول : أنه صلة الوصل بين الدماغ العلوي وبقية الجسم ما عدا الرأس .

الثاني : أنه مركز لمعظم المنعكسات العصبية الاضطرابية ، ولا يتضمن عمله أي فعل اختياري على الإطلاق .

ومن المهم أن أوضح مسألة جوهرية وهامة قبل الخوض في تفاصيل الموت الدماغية ، تتلخص بأن المقصود بموت الدماغ هو موت كل الدماغ بأقسامه المذكورة آنفاً بصورة نهائية لا رجعة عنها وليس موت أحد منها .

## المبحث الثاني الوعي وأهميته في حياة الإنسان

من المؤكد أن المقدرة على الوعي والتفكير والتصور والشعور والاستجابة وتنظيم وظائف الجسم وتنسيقها من الأمور الجوهرية التي تؤخذ في الاعتبار لتقرير الحياة الإنسانية في الجسد، فإذا اختفت هذه الوظائف اختفاء نهائياً لا عودة عنه لم يعد بالإمكان اعتبار الجسد ككل شخصاً حياً بالمعنى الشامل للكلمة ، والتشخيص المبكر والصحيح لغيوبية موت الدماغ له أهمية كبيرة لاعتبارات طبية وشرعية ، ويترتب عليه آثاراً على جانب كبير من الأهمية لتقرير الحياة الإنسانية ولا بد أن نعرف الوعي ودرجاته ومعاييرها كمقدمة منطقية للموت الدماغية ، الذي تشكل فيه مسألة غياب الوعي ، الذي لا رجعة عنه ، أساساً جوهرياً في تشخيصه ، وهداً فاصلاً بين الحياة والموت (3) .  
فالوعي لغة : هو القدرة على الإدراك والفهم .

وتدل كلمة الوعي في أصل معناها اللغوي على ضمّ الشيء (4) ، وهي - في مصطلح اللغويين - : شعور الكائن الحي بما في نفسه وما يحيط به (5) ، وله أدوات ثلاث : الفهم ، وسلامة الإدراك والحفظ والتقدير .

3. انظر ورقة العمل المقدمة من الدكتور أشرف الكردي في المؤتمر الأول للتخدير .

4. معجم المقاييس ، مرجع سابق : 124/6

5. المعجم الوسيط ، مرجع سابق : مادة (وعي) منه

أما من الناحية الطبية فهو : إدراك الشخص كل ما يدور حوله ، والتفاعل معه تبعاً لذلك الفهم (6) .

### المطلب الأول : مركز الوعي عند الإنسان ودرجاته :

يتركز الوعي عند الإنسان في جذع الدماغ ، الذي يحتوي على عدد هائل من الخلايا وظيفتها إضفاء الوعي والإدراك لدى الإنسان حيث تربط الإحساس بالوعي لديه ، كما تنظم ردود أفعاله تجاه المؤثرات الخارجية .

### درجات الوعي عند الإنسان (7) :

تختلف نسبة الوعي عند الإنسان ، وتتراوح بين 1 و 5 درجات ، ويمكن تقسيمها على النحو التالي :

- |                  |                      |
|------------------|----------------------|
| Full Conscious   | 1. الوعي الكامل      |
| Sub Conscious    | 2. وعي شبه كامل      |
| Stuperions       | 3. حالة انشدها وذهول |
| Superficial Coma | 4. غيبوبة سطحية      |
| Deep Coma        | 5. غيبوبة عميقة      |

وقد عرف الأطباء الغيبوبة (الكوما) بأنها : فقد الوعي المديد غير القابل للعكس بسهولة ، وهي بذلك تختلف عن الغشي (الإغماء) الذي هو : فقد وعي عابر ، وعن النوم الذي هو فقد وعي قابل للعكس بسهولة بمجرد الاستيقاظ .  
وتشخص الغيبوبة بالفحص الطبي ، وخاصة عند عدم الاستجابة للمنبهات الخارجية مثل الصوت والهز والألم ، ولهذا يفرق بين الغيبوبة والهديان ( Delirium ) واختلاط الذهن (Confusion) حيث يستجيب المريض للمنبهات الخارجية ، ولكن بشكل غير مناسب (8) .

6 . أنظر بحث ندى الدقر - المرجع السابق من ص 44-46 .

7 . الدكتور هاني عبد العزيز - أخصائي أمراض الدماغ - مستشفى الأردن - مقابلة شخصية أجرتها معه الباحثة .

## المطلب الثاني : الغيبوبة وأنواعها :

تختلف الغيبوبة في شدتها من حالة لأخرى ، وكونها مؤقتة أو دائمة ، وما إذا كانت ناشئة عن سبب عضوي أو اضطراب استقلابي :  
وفيما يلي عرض لحالات الغيبوبة (9) :

1. الغيبوبة المؤقتة :

أ . الغيبوبة بسبب انسمام أو اضطراب استقلابي :  
وهي الغيبوبة الناجمة عن تناول الإنسان كميات كبيرة من الأدوية أو أي مواد تدخل في عمل قشر المخ مثل الإنسمام بالباربيتورات أو الأدوية المهدئة أو المخدرات ، أو عند حدوث اضطرابات استقلابية كما في حالة هبوط سكر الدم أو الفشل الكلوي الحاد .  
ب . غيبوبة بسبب اضطراب عضوي كما يحدث في حال حدوث رضوض في الرأس أو نزف داخل المخ ، وفي الحالتين المتقدمتين يعود الإنسان لوعيه عند زوال السبب الأصلي للغيبوبة .

2. الغيبوبة الدائمة : وتحدث عندما يصاب الشخص بتلف دائم لقشر المخ أو جذع الدماغ فلا أمل من عودته إلى وعيه كما في الحالة النباتية المستمرة التي تحدث عندما يكون هناك تلف دائم في قشر المخ ، أو في حالة موت الدماغ الذي يشخص عندما يكون هناك تلف دائم في كل الدماغ .  
وسوف أوضح الفرق بين الحالة النباتية المستمرة ، وبين موت الدماغ بشكل تفصيلي في موضع لاحق في هذا البحث ، لما لهذه التفرقة من أهمية كبيرة في تحديد ما إذا كان الشخص الواقع في الغيبوبة حياً أو ميتاً ، وما يترتب على هذه التفرقة من نتائج .

## المطلب الثالث : أسباب اختلال الوعي عند الإنسان :

أما عن أسباب اختلال الوعي عند الإنسان (10) فإن من الثابت طبياً أن هناك أسباباً مرضية كثيرة تؤدي ، عند الإصابة بها ، لاختلال وعيه ثم إدخاله في حالة غيبوبة ، ولا مجال لحصرها في معرض بحثي هذا ، أورد منها على سبيل المثال الحالات التالية :

أ . حدوث نزف في الدماغ (كالإصابة مثلاً بالتهاب السحايا وإصابات الرأس الناجمة عن الحوادث) .  
ب . النقص في نسبة الأكسجين وبالتالي تعطل وصوله للدماغ لدقائق معدودة تؤدي إلى تلفه (كحالات الغرق والاختناق بالطعام وغيرهما) .

9. انظر ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام - ص(45) .

10 . معلومات تم الحصول عليها من الدكتور هاني عبد العزيز والدكتور أشرف الكردي في مقابلة شخصية أجرتها معهما الباحثة .

- ج . خلل في كيميائية الجسم وهرموناته كحالات القصور الحاد أو تعطل الغدة الدرقية عن العمل بصورة طبيعية .
- د . نقص في كمية الأملاح (كالبوتاسيوم والصوديوم ) أو السكر أو غازات الدم التي يحتاجها الدماغ .
- هـ . الهبوط الحاد في ضغط الدم .
- و . النزف الداخلي بأنواعه (كنزف البطن أو الرئة) .
- ي . نقصان درجة حرارة الجسم بحيث تصل إلى 35 درجة مئوية أو أقل أو ارتفاعها عن 42 درجة مئوية .
- نخلص مما تقدم إلى أن تعطل الوعي لدى الإنسان ، أو حدوث خلل فيه ، قد يعزى لأسباب كثيرة ربما يكون من الممكن تداركها بالعلاج بالوسائل المقررة لكل حاله على حدة ولمدى تجاوب الجسم للوسائل العلاجية ، في مدة قد تطول وقد تقصر .

#### المطلب الرابع : كيفية التفرقة بين الغيبوبة المؤقتة وموت الدماغ :

ويثور هنا سؤال هام يتعلق بكيفية التفرقة بين الغيبوبة ، التي من الممكن معالجتها أو بالأحرى من الممكن أن يفيق منها المصاب بها ، وبين الغيبوبة التي لأرجعة عنها نتيجة تلف الدماغ الذي اعتبرته معظم التشريعات الغربية وبعض التشريعات العربية الموت الحقيقي والفعلي للإنسان ، وهو ما سار عليه الفقه الإسلامي أيضاً .

وللإجابة عن هذا التساؤل كان لا بد أن نفترض أن شخصاً ما أدخل إلى المستشفى في حالة غيبوبة كاملة لم تعرف أسبابها ، فكيف يمكن التعامل مع حالته للكشف عن أسبابها ؟ ومتى يصح اعتباره ميتاً دماغياً ومن ثم إعلان وفاته ؟ وكان لا بد أن نعتد المعيار المعمول به في الأردن وفي الدول المتقدمة لكشف حالة هذا الشخص والتوصل إلى أسباب غيبوبته لتحديد ما إذا كان (حيّاً أو ميتاً) حسب المفاهيم الطبية الحديثة .

هذا ، وسوف نكون قادرين على الإجابة عن هذا السؤال لاحقاً ، بعد تعريف الموت الدماغي وشروط تشخيصه ومعاييره ، وهذا ما سوف أوضحه في المبحث التالي .

## المبحث الثالث

### موت الدماغ : تعريفه ، أسبابه ، طرق تشخيصه ، ومعايره .

#### المطلب الأول : تعريف الموت الدماغي :

عرفت لجنة تعريف الموت ، التابعة لنقابة الأطباء الأردنيين ، الموت الدماغي على النحو التالي(11) : "الموت الدماغي هو تعطل جميع وظائف الدماغ تعطلاً نهائياً لا عودة فيه ، وحكم الأطباء ذوو الاختصاص بذلك" .  
أما اللجنة الرئاسية الأمريكية(12) فقد عرفت موت الدماغ بأنه " تلف دائم في الدماغ يؤدي إلى توقف دائم لجميع وظائفه ، بما فيها جذع الدماغ" .  
كما صرح وزير الصحة الفرنسي (13) في قراره رقم 1986/76م : "بأن الوفاة تحدث عند توقف وظائف المخ بالانعدام التام لأي رد فعل تلقائي واسترخاء العضلات وانعدام العدسات الحلقية" .  
وعرفه قانون نقل وزرع الأعضاء العراقي(14) فقال : " إن الوفاة لا تتحقق إلا بموت جذع الدماغ" .  
ثم جاءت تعليمات وزير الصحة لتفسير هذا النص على النحو التالي :  
"الموت هو حالة فقدان اللاعائد لقابلية التنفس التلقائي والانعدام التام للأفعال الانعكاسية لعرق الدماغ" .

#### المطلب الثاني : التفرقة بين الموت الدماغي وبعض الآفات التي تصيب الدماغ :

وإذا أردنا أن نصف المصاب بموت الدماغ فهو إنسان (15) :

1. في غيبوبة عميقة لا يستجيب لأي شكل من أشكال المنبهات .
2. ليس لديه أي شكل من أشكال الوعي والإدراك .
3. ليس لديه أي شكل من أشكال الحركة الإرادية .
4. لديه توقف دائم للتنفس العفوي .
5. لديه استرخاء تام في جميع عضلاته .
6. لديه شخوص في البصر مع غياب كافة المنعكسات المتعلقة بالعينين .
7. لديه انفرط دائم لعقد النظام والتنسيق بين أجهزته العضوية بعضها مع بعض .  
ووصفته الباحثة ندى الدقر بقولها بأنه مريض في العناية المركزة موضوع على جهاز تنفس اصطناعي (Respirator) جثة هامة لا حراك فيها ، يتغذى بشكل

11 . انظر محضر اجتماع لجنة تعريف الموت بتاريخ 27-3-1986 .

12 . في عام 1981 أصدر الرئيس الأمريكي رونالد ريغان أمراً بتشكيل لجنة مكونة من كبار الأطباء ورجال القانون ورجال الدين لدراسة موضوع موت الدماغ فأصدرت اللجنة قرارها المذكور أعلاه في حزيران من نفس العام 1981 ، (انظر د. منذر الفضل - التصرف القانوني في الأعضاء البشرية - ص147) .

13 . انظر دكتور عبد الوهاب عمر البطراوي - مجموعة بحوث جنائية حديثة ، ص28 هامش (8) من رسالة د. أحمد شوقي ص177 .

14 . انظر المرجع السابق - هامش رقم (22) ، ص28 .

15 . انظر ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام - المشار إليه سابقاً - ص56 .

اصطناعي ، كما يتم تنظيم حرارة جسده وضغط دمه بشكل اصطناعي بالأدوية ووسائل التدفئة والتبريد الفيزيائية ، وبالتالي فإن المصاب بموت الدماغ قد فقد - بشكل دائم - مقومات الحياة الإنسانية بفقده كل شكل من أشكال الاتصال بالعالم الخارجي ، إضافة لفقده الوعي والإدراك ، كما أنه فقد بشكل دائم مقومات الحياة البيولوجية بفقده القدرة على التنفس والتنسيق بين الأجهزة وتفاعلها مع محيطه ، وهو بهذا يختلف عن المصاب بحالة "الحياة النباتية المستمرة" وهي حالة تحدث عندما يتلف قشر المخ بشكل دائم فتتلف مع ذلك مراكز الإرادة والوعي ، ولكن جذع الدماغ يكون سليماً وبالتالي فإن المراكز العصبية التي تنظم العمليات الحيوية في الجسد ، كالحرارة والضغط ونبض القلب والتنفس وترابط أعضاء الجسم مع بعضها ، تبقى عاملة وسليمة .

وفيما يلي وصف دقيق لحالة المصاب بالحالة النباتية المستمرة : فهو إنسان :-

1. في غيبوبة دائمة وعميقة ولا يستجيب لأي شكل من أشكال المنبهات .
2. ليس لديه أي شكل من أشكال الوعي والإدراك .
3. يتنفس بشكل عفوي وحده .
4. يغذى من أنبوب يدخل إلى معدته من أنفه .
5. لديه منعكسات خاصة ببعض الأعصاب التي تنشأ من الدماغ (القحفية) كالمنعكسات المتعلقة بالعينين .
6. لا يحتاج عناية مركزة ، فهو جسد يتنفس وحده ، وإذا أصاب عضو من أعضائه أثنان ارتفعت درجة حرارته (أصيب بالحمى) وتسارعت نبضات قلبه ، كما أن آليات ضبط ضغط الدم لديه تعمل بانتظام ، أي أن فيه كل مقومات الحياة البيولوجية الحيوية ، إلا أنه من الجهة الأخرى ، جسد انعزل عن المحيط الخارجي ، بفقده كل أشكال الوعي والإدراك حتى لا يبقى لديه إبطار ولا سمع ولا نطق ولا حركة إرادية ، أي هو بمعنى آخر فاقد لمقومات الحياة الإنسانية .

ومن هذه المقارنة بين حالة موت الدماغ والحالة النباتية المستمرة ، يتضح الفرق بينهما ، كي لا يصيب القارئ خلط بينهما كما حدث بالنسبة لي في بدايات الأمر ، ولكي يفهم أن المقصود من موت الدماغ هو الحالة الأولى ، المتمثلة بموت الدماغ كاملاً ، بحيث لا تدخل الحالة الثانية (النباتية المستمرة) في مفهوم موت الدماغ ، إذ أن المصاب بها هو إنسان حي لكنه فقد مقومات الحياة بفعل العطل الذي أصاب قشر دماغه .

كما أن موت الدماغ يختلف عن حالة فقد المخ الخلقي ، الناجم عن تشوه خلقي يلحق بالحالة النباتية المستمرة ، ويكون فيه غياب لمعظم أجزاء المخ والجمجمة وفروة الرأس ، كما يترافق مع تشوهات في أعضاء أخرى ، ومع أن جذع الدماغ قد يكون به بعض التشوهات إلا أن معظم الوظائف الحيوية فيه تكون سليمة ، وغالباً ما يموت الطفل المصاب بهذه الحالة بعد ولادته بفترة قصيرة ، ولا زالت

هذه الحالة محل جدل وخلاف في الأوساط الطبية والقانونية الغربية حول جواز استقطاع الأعضاء من الأطفال المصابين بهذه الحالة . ويجدر بي أن أوضح أن مناط بحثي هذا هو الموت الدماغي ، حيث إن الخوض في موضوع (الحالة النباتية المستمرة) يخرج من مفهوم الموت المقصود بهذا البحث ، وكذلك الحال في فقد المخ لخلقي وحالات أخرى معروفة طبيياً يكون الشخص فيها فاقداً للحيوية لا للحياة ، مثل الحالة الطبية المعروفة بمتلازمة الانغلاق Locked in syndrome والـ Vigil Coma، والتي أرى أنها تستحق أن يفرد لها بحث قانوني آخر من حيث إنها تتعلق بأشخاص أحياء بحاجة إلى تنظيم أوضاعهم القانونية لفقدانهم مقومات الشخصية الإنسانية .

### المطلب الثالث : أسباب الموت الدماغي :

يحدث موت الدماغ نتيجة إصابات مختلفة أهمها (16) :

1. رض شديد على الرأس كما يحدث في حوادث الطرق أو حوادث العمل ، وتمثل هذه الحوادث حوالي 50% من الأسباب .

2. النزف الحاد في الدماغ : وهذه تشكل حوالي 30% من حالات الموت الدماغي .

3. أسباب أخرى مثل : أورام الدماغ ، التهاب الدماغ ، التهاب السحايا ونقص تروية الدماغ بالدم نتيجة توقف القلب أو التنفس المؤقت عن العمل .

### المطلب الرابع : طرق تشخيص الموت الدماغي :

تمر عملية تشخيص الموت الدماغي بمراحل متعددة نوردتها كما يلي (17) :

أولاً : موت الدماغ : ويعنى توقف وظائف الدماغ بصورة نهائية عن العمل لا رجعة عنه ، ويجب أن تتوفر الشروط التالية لهذا التشخيص :

1. المريض في غيبوبة لا يستجيب لأي تحريض .
  2. المريض موضوع على جهاز التنفس الاصطناعي .
  3. المريض مصاب بتلف دماغي بنيوي لا يمكن شفاؤه منه .
  4. مرور وقت كاف للتأكد من أن التلف لا يمكن شفاؤه .
4. التأكد - بعد مراجعة دقيقة- من أن ما أعطي من أدوية للمريض في المستشفى وخارجه ليست سبباً في تعطل وظائف الدماغ وعلى الأخص التنفس ومنعكسات جذع الدماغ .

### ثانياً : استبعاد جميع الأسباب الأخرى للغيبوبة :

16 . Pallis C,Harly DH. ABC of Brainstem Death 2nd edition, BMJ Publishing Group , 1996, Page: 11-12 .

17 . طرق تشخيص الموت الدماغي المعمول به في الأردن كما أوردتها معالي الدكتور أشرف الكردي وزير الصحة السابق في ورقة العمل الأردنية المقدمة لمؤتمر التخدير الأول بإقرار لجنة تعريف الموت في جلستها المنعقدة بتاريخ 1986/3/27

1. العقاقير والأدوية والمواد الكيماوية .
3. نقص حرارة الجسم إلى درجة أقل من 35 م .
4. الاضطرابات الناجمة عن التغيير في الاستقلاب (Metabolism) كحالات الغيبوبة الناجمة عن قصور في وظائف الكلى أو الكبد ، واضطرابات الغدد الصماء مثل غيبوبة هبوط السكر أو ارتفاعه ، أو الغيبوبة الناجمة عن اضطراب غازات الدم (نقص الأوكسجين والتسمم بأول أكسيد الفحم (CO) والغازات السامة الأخرى ) .
4. استبعاد الغيبوبة عند الأطفال .

**ثالثاً : غياب منعكسات جذع الدماغ التالية (Absent Brainstem Reflexes):**

1. رد فعل الحدقة للضوء (يجب أن تكون قوة الضوء فعالة) .
2. المنعكس القرني .
3. المنعكس العيني الدماغي .
5. المنعكس الدهليزي العيني .
5. الاستجابات الحركية لأي تحريض ضمن منطقة توزع الأعصاب القحفية لأي تحريض مناسب من أي منطقة في الجسم وخاصة الوجه .
6. المنعكسات التنفسية .

**رابعاً : إثبات وقف التنفس :**

- ولإثبات ذلك يجب اتباع الطريقة التالية ، لضمان عدم نقص الأوكسجين وعدم ارتفاع معدل ثاني أكسيد الفحم في الدم لدرجة عالية تضر بدماغ المريض :
1. يجب إجراء فحوص للغازات في دم المريض وهو على جهاز التنفس للتأكد من فعالية التنفس الاصطناعي .
  2. يعطى المريض أوكسجين 100% على الجهاز لمدة عشر دقائق .
  3. يوقف جهاز التنفس الاصطناعي ويعطى المريض الأوكسجين من أنبوب مطاطي رفيع داخل الأنبوب الموجود في القصبة الهوائية بمعدل 6 لترات في الدقيقة .
  4. يجري تحليل غازات الدم كل 3 دقائق .
  5. يبقى المريض بعيداً عن جهاز التنفس الاصطناعي لمدة عشر دقائق ، على أن لا ينقص ضغط الأوكسجين في الدم عن 60 مم زئبق أو يزيد تركيز غاز ثاني أوكسيد الفحم في الدم عن نفس النسبة .
  6. إذا لم يتنفس المريض بعد مرور عشر دقائق فإن التنفس يعتبر متوقفاً .

**خامساً : السكون الكهربائي في تخطيط الدماغ :**



يجب أن يتم تخطيط الدماغ الكهربائي من قبل اختصاصي في علم أمراض الأعصاب ، وحسب الأصول المتبعة في ذلك العلم ، مع استبعاد هبوط ضغط الدم الشرياني والعقاقير وهبوط درجة الحرارة إلى أقل من 35 درجة مئوية كعامل في إحداث السكون الكهربائي في التخطيط ، وإذا ثبت بعد هذا أن تخطيط الدماغ الكهربائي ساكن في أكثر من تخطيط يجرى للمريض ، يكون قد تحقق شرط السكون الكهربائي في التخطيط الكهربائي للدماغ .

#### سادساً : المسؤولية الطبية في إعلان الوفاة :

ونظراً لما لهذا الموضوع من أهمية طبية وقانونية وشرعية وأخلاقية ، فإن موت الدماغ لا يمكن أن يعلن إلا بموافقة ثلاثة أطباء اختصاصيين هم : الطبيب الاختصاصي المعالج ، واختصاصي في أمراض الأعصاب والدماغ ، واختصاصي آخر له خبرة في موضوع موت الدماغ . وعلى اللجنة الثلاثية المذكورة أعلاه التأكد من إعادة الفحوصات السابقة بعد فترة لا تقل عن أربع ساعات من الفحص الأول لإثبات اكتمال جميع الشروط المذكورة آنفا .

فإذا أظهرت الاختبارات والفحوصات الأولى والثانية موت الدماغ ، فعلى اللجنة إعلان الوفاة وأخبار الأهل بذلك .

أما إذا اتضح - أثناء إجراء الفحوصات على الشخص المصاب- أن غيبوبته تعود لأحد الأسباب المرضية التي تم ذكرها ، كحالات تتسبب في اختلال الوعي لدى الإنسان ، فإن ذلك يعني أن الشخص على قيد الحياة ويتم معالجته بالطريقة المتعارف عليها وفقاً لحالته ، وبهذا نكون قد حصلنا على إجابة وأفية للفرضية التي وضعناها سابقاً جراء هذه الاختبارات لمعرفة كيفية التفرقة بين الموت الدماغى وبين الحالات المرضية التي تحدث اختلالاً في وعي الإنسان وتتسبب في غيبوبة طويلة له .

مما سبق نلاحظ أن الإجراءات وطرق التشخيص المعمول بها في الأردن للكشف عن حالات الموت الدماغى تمتاز بما يلي :

1. صرامة شروط التشخيص .
2. وجوب إجراء التشخيص في المستشفيات المركزية المجهزة لمثل هذا العمل .
3. التشديد على أهمية التشخيص المبكر .
4. اشتراط أن يكون أخصائيو الأمراض العصبية طرفاً رئيسياً في التشخيص ، وأن تجرى الفحوصات والاختبارات من قبل ثلاثة أخصائيين .
5. وجوب أن يكون التشخيص السريري مدعوماً بتخطيط الدماغ الكهربائي .

6. في حالة نقل الأعضاء التشديد على أن يكون سبب موت الدماغ تلفاً أولياً في الدماغ .

7. استبعاد أي طبيب ينتسب بأي علاقة للمريض الذي سوف ينقل العضو إليه ، أو أن يكون ضمن الفريق الطبي الجراحي الذي يؤدي عملية نقل الأعضاء .  
كما نلاحظ أن الدقة المتبعة في تشخيص الموت الدماغى بالأردن لا تترك مجالاً لأي خطأ محتمل في التشخيص ، الأمر الذي يطمئن المواطنين إلى أن إعلان الوفاة ، وفقاً لمعيار موت الدماغ ، هو أمر مؤكد وحقيقي لا احتمالي .

### المطلب الخامس : معايير الموت وتطورها

قد يثور هنا سؤال هام مفاده : هل يعتبر موت دماغ الإنسان موتاً له من الناحية الطبية ؟ وللإجابة عن هذا السؤال لابد لنا من أن نوضح معنى الموت وذلك من تحديد تعريف الموت ، أي ماذا يعني أن الشخص قد مات ؟  
وحيث إن معرفة حقيقة الموت والحياة أمر قد عجزت الحضارات القديمة والحديثة أن تتقدم فيه ، ولا زالت التعاريف الطبية الحديثة للموت مكتفية بوصف الموت دون التطرق لحقيقته ، فإنني سأعرض فيما يلي لتطور مفهوم الموت والخلافات التي أثرت حوله .

### الفرع الأول : المعيار التقليدي للموت :

الموت وفقاً لهذا المعيار هو الموت الطبيعي ، ويتحقق بمفارقة الروح الجسد الذي ينبنى عليه زوال كل مظاهر الحياة ، وهو المعيار المتعارف عليه فقهاً وقانوناً في معظم تشريعاتنا العربية ، ولحظة الموت الطبيعي تتحقق بتوقف القلب والدورة الدموية والجهاز التنفسي .

وقد ثبت بعد تطور العلوم الطبية عدم دقة هذا المعيار لتحديد لحظة الوفاة فلم يعد توقف جهازي القلب والتنفس كافياً لتقرير حالة الوفاة ، وخصوصاً بعد ظهور أجهزة الإنعاش المتطورة القادرة على تنشيط القلب وتنظيم التنفس ، وبالتالي قدرتها وكفاءتها بالمحافظة على استمرارية حياة الإنسان العضوية فترة محددة بالرغم من موت الدماغ (18) ، وقد انتقد الدكتور البطراوي (19) هذا المعيار فوصفه بالاتجاه الصامت قائلاً : "إن التزام بعض التشريعات الصمت في تحديد معيار الموت ، كما هو الوضع في تشريع بعض الولايات الأمريكية والقانون اللبناني والأردني والمصري والكويتي ، من شأنه تسليم الأطباء صكاً على بياض للاعتداء

18 . A new definition of Death based on the basic mechanisms of Consciousness generation in human being

19 . دكتور عبد الوهاب عمر البطراوي - أستاذ القانون الجنائي المساعد جامعة قار بتونس بحث شرعية عمليات نقل الأعضاء مقارن - يدرس لطلبة الماجستير بجامعة بغداد بكتابها رقم (90) في 27/1/1990 تنشر بمجلة القانون المقارن بجامعة بغداد وقد قال بذلك أبو إسحاق الشيرازي - المهذب (ط 760هـ) - الفتاوى الهندية .

على حق الإنسان في الحياة والذي هو من أعلى الحقوق الشخصية على الإطلاق وذلك دون أدنى مسؤولية تلاحقهم".

كما انتقد الاتجاه الإكلينيكي في تعريف الموت الذي يبني على زوال مظاهر الحياة ، ويثبت بعلاماته الظاهرية الإكلينيكية مثل توقف القلب وشخص البصر واسترخاء القدمين وتعوج الأنف وانخساف الصدع ، حيث أثبت الطب بعد تطور الأجهزة الصناعية - أن الموت الإكلينيكي هو أول مراحل الموت ، وحقيقته أن الجهاز العصبي يتوقف لأي سبب كان فلا يصل الدم إلى القلب فيتوقف هو الآخر مؤقتاً لا مؤبداً ، فإذا وقفنا عند هذا الحد فإننا نمنح الأطباء حقاً بقتل إنسان حي ، أو على الأقل بين الحياة والموت دون مسؤولية تلاحقهم(20) حيث إنه بهذه الحالة ، يمكن استخدام أجهزة تنشيط القلب أو الصدمات الكهربائية أو الإنعاش الطبيعي لتدليك القلب ، مما يؤدي -في أحيان كثيرة -إلى عودة القلب إلى وضعه الطبيعي ، وأضاف الدكتور البتراوي(21) أنه قد يتوقف القلب ولا يزال الدماغ حياً ، ولهذا طالب بوجود مساءلة الطبيب الذي يقرر الوفاة على إثر ظهور تلك العلامات دون التحقق من حدوثها فعلاً ، وذلك على جريمة قتل ووفقاً لقصده .

#### الفرع الثاني : المعيار الحديث (الطبي) :

الموت وفقاً لهذا المعيار يقع حين يموت الدماغ بكامله تماماً وفقاً للمدرسة الأمريكية ، وتنتهي بذلك حياة الإنسان .

ويرى أنصار هذا المعيار في الولايات المتحدة الأمريكية أن الإنسان لا يموت في لحظة واحدة ، بل تتحقق وفاته خلال فترة زمنية ، ويتحدد الموت الطبيعي للإنسان بتوقف خلايا الدماغ باعتبار أن الدماغ هو مركز الحياة لا القلب .  
ومن علامات موت الدماغ :

1. الإغماء وعدم الحركة 2. انعدام الوعي 3. انعدام رسام المخ 4. انعدام الانعكاسات

ويذهب أنصار هذا المعيار -كما أفاد الدكتور منذر الفضل - "إلى أنه باجتماع هذه العلامات يكون الشخص قد فارق الحياة ، وبعدها يبدأ جذع الدماغ والنسيج الشوكي بالتحلل إلى مادة سائلة ، الأمر الذي يستحيل معه أن تعود الحياة بعدها إلى الشخص وإن ظلت خلايا قلبه حية بفعل أجهزة الإنعاش الطبية المتطورة " .  
أما في بريطانيا فقد أسس الأطباء واقعة الموت على موت جذع الدماغ باعتباره العضو المسؤول عن التحكم في المراكز العصبية للبدن والقلب والجهاز التنفسي وإيصال الأكسجين لخلايا الدماغ وبهذا يكون الموت متحققاً بموت جذع الدماغ .

#### الفرع الثالث : المعيار المزدوج (الشرعي) (22) :

20 . د. منذر الفضل - التصرف القانوني في الأعضاء البشرية

21 . د. البتراوي - المرجع المشار إليه سابقاً ، ص 27

22 . انظر قرار مجلس مجمع الفقه الإسلامي .

نشطت الدول الإسلامية في بحث موضوع موت الدماغ ، وقد قرر مجلس مجمع الفقه الإسلامي في اجتماعه المنعقد في عمان من 11-16 أكتوبر 1986 في قراره رقم 5 د 86/7/3م على أنه يعتبر شرعاً بأن الشخص قد مات ، وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعاً للوفاة عند ذلك إذا تبينت في الشخص إحدى العلامتين التاليتين :

1. إذا توقف قلبه وتنفسه وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه .
  2. إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلاً نهائياً وحكم الأطباء الخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه ، وأخذ دماغه في التحلل .
- وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص ، وإن كان بعض الأعضاء -كالقلب مثلاً- لا يزال يعمل آلياً بفعل الأجهزة .
- وبهذا يتضح أن مجمع الفقه الإسلامي قد أخذ بالتقديم تحوطاً لما قد يسفر عنه الجديد ، واعتبر أن الموت يشمل الحالتين المذكورتين آنفاً .
- مما يعني أن الوفاة ، كواقعة مادية وفقاً للمعيار الشرعي ، لا تثبت إلا بالمعيار المزدوج ، أي بموت الدماغ ، وكذلك بالموت الإكلينيكي ، فالوفاة بمنظور معاصر يجب أن لا تثبت إلا بالمعيار المزدوج ، وذلك إمعاناً من المشرع في حماية الإنسان كما يرى د. منذر الفضل (23) بقوله : "ولو أردنا صياغة مفهوم الموت التقليدي وموت الدماغ وفقاً لهذا المعيار فإنه يمكننا القول بأنه وفقاً للمفهوم التقليدي كان التعريف الفلسفي للموت أنه توقف جريان السوائل الحيوية (الدم والهواء) أما معياره فكان توقف القلب والرئة عن العمل، ويشخص ذلك بغياب نبضات القلب أو غياب تخطيط كهربائية القلب مع ملاحظة انقطاع النفس ، والأساس المنطقي لذلك أن توقف جريان السوائل الحيوية يعني توقف وصول الأكسجين والغذاء إلى جميع أعضاء الجسم ، مما يؤدي بشكل حتمي لموت الأعضاء تدريجياً ، أما في حالة موت الدماغ فإنه يتبعه توقف الرئة والقلب بضع دقائق من حدوثه ثم بقية أعضاء الجسد ، إلا أن طرق الإنعاش مكنت من الفصل بين موت الدماغ وموت بقية أعضاء الجسد دون إمكانية إعادة الحياة للدماغ " .

وقد أكد الأطباء أن كل من أصيب بموت الدماغ انتهى به الأمر -مع بذل كل الإمكانيات الطبية الحديثة- إلى توقف قلبه بعد زمن قصير (من ساعات إلى أيام) ما عدا حالات قليلة أمكن الحفاظ على نبضات القلب فيها فترة تعد طويلة نسبياً أي من أسابيع إلى أشهر ، وكان ذلك بصعوبة بالغة وبواسطة ربط الجسد بأجهزة الإنعاش (24) وبمراجعة الأدب الطبي وجد د. باليس كريستوفر (25) (1036) حالة موت دماغ نشرت في ستة عشر تقريراً طبياً بين (1981 و 1986) كان مصيرها

23 . د. منذر الفضل - النصف القانوني في الأعضاء البشرية - ص 149

24 . انظر ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام - ص 69

25 . Pallis C. ABC of Brain Stem Death Prognostic Significance of a dead brain stem BR Med. J. . 25

جميعاً توقف القلب على الرغم من الاستمرار في علاج هذه الحالات وإبقائها على أجهزة الإنعاش .

وإن الأدب الطبي لم يسجل ولا حالة واحدة شخصت بشكل صحيح على أنها موت دماغي ثم عادت للحياة وإن ما ذكر من حالات عادت إلى الحياة كانت مما تم تشخيصه بطريقة خطأ لعدم الالتزام بالمعايير المتبعة لتشخيص الموت الدماغي أو في حالة الخلط بين موت الدماغ وموت قشر المخ ، الذي يسبب الحالة النباتية المستمرة ، فقد أظهرت كل الدراسات التي أجرت تشريحاً لجثث موتى الدماغ حدوث تحلل عام في الدماغ وتحوله لمادة سائلة بعد ساعتين من موته .

## الفصل الثالث حكم الموت الدماغي من الناحية الطبية والشرعية والقانونية :

بعد أن عرفنا الموت الدماغي وأسبابه وطرق تشخيصه ، لا بد أن نعرف حكم الموت الدماغي من الناحية الطبية والشرعية ، والقانونية ، وما إذا كان يعد موتاً حقيقياً تترتب عليه ذات الآثار التي تترتب على الموت بمفهومه التقليدي أو لا .

## المبحث الأول حكم الموت الدماغى من الناحية الطبية :

حيث إنني قد أسهبت في شرح الجانب الطبي للموت الدماغى في الفصل السابق ، فإنني لا أرى ضرورة للتوسع في توضيح حكمه من الناحية الطبية ، حيث اتفقت معظم الآراء الطبية على أن موت الدماغ هو موت حقيقي للإنسان وإن اختلفت آراؤهم في تحديد معياره الأمر الذي أدى إلى ظهور مدرستين للموت : الأولى : المدرسة الأمريكية : واعتبرت الموت الدماغى متحققاً حين يموت كل الدماغ وتغيب جميع منعكساته .

الثانية : المدرسة البريطانية : اعتبرت موت جذع الدماغ كافياً لإعلان وفاة الإنسان ، وأن ظهور بعض منعكسات الدماغ لديه لا تعني أنه على قيد الحياة أما في ألمانيا فإن الأطباء يعارضون المدرسة البريطانية على أساس أن مريض جذع المخ قد يكون في غيبوبة عميقة ولكنه يحتفظ بقدرته على التفكير والإحساس (1) . أما الرأي الطبي الأردنى فقد اعتبر موت جميع الدماغ وغياب جميع منعكساته بصورة لا رجعة عنها هو الموت الحقيقي للإنسان ، وبهذا يكون قد تبنى ما ذهب إليه المدرسة الأمريكية في تعريفها للموت الدماغى . ويعزى رفض أطبائنا لآراء المدرسة البريطانية - في اعتبار موت جذع الدماغ معياراً للموت- للسبب التالي :

1. إن موت جذع الدماغ لا يعد موتاً حقيقياً للإنسان ، إذ يشترط موت كل الدماغ وغياب أي فعالية كهربائية في تخطيط كهربائية الدماغ ، فحين يثبت تخطيط كهربائية الدماغ وجود بعض الفعاليات الكهربائية في الدماغ فذلك يدل على أن بعض الخلايا لا زالت حية ، مما يعني أن الشخص لا زال يتمتع برمق من الحياة .

وبرأيي فإن أطباءنا تحروا الدقة في تحديد حدوث الموت أكثر مما فعله الأطباء في إنجلترا ، حيث لم يحكموا بموت الشخص في حالة موت جذع دماغه .

ومن المهم أن أشير هنا إلى أن هناك فريقاً من الأطباء لا زال رافضاً لمفهوم الموت الدماغى ، ويعللون رفضهم هذا ببعض الأسباب التي تتعلق بالحركات اللاإرادية التي تصدر عن الموتى دماغياً بعد إزالة أجهزة الإنعاش عنهم والتي فسرها المؤيدون لهذا المفهوم بأنها حركات ارتكاسية معقدة منشؤها النخاع الشوكي، وكذلك انقباض عضلاتهم عند استقطاع أعضائهم، بالإضافة إلى احتفاظ أجسامهم بالحرارة.

1. انظر دكتور محمود محمد عوض سلامة - حكم نقل الأعضاء من الميت إلى الحي دراسة مقارنة ، ص35

## المبحث الثاني حكم الموت الدماغي من الناحية الشرعية :

قبل التعرض للحكم الشرعي للموت الدماغي وجدت أن من المناسب أن أوضح مستويات الحياة في الشريعة الإسلامية أسوة بما أوردته في الجانب الطبي ، بهدف التوصل إلى نتيجة بشأن موتى الدماغ ومعرفة مستوى الحياة الذي يمكن قياسه على حالتهم ، وذلك على النحو التالي :

### المطلب الأول : مستويات الحياة في ظل الشريعة الإسلامية :

لقد قسم الفقهاء مستويات الحياة لدى الإنسان إلى ثلاثة مستويات ، وفرقوا بينها وجعلوا لكل منها أحكاماً خاصة نوردتها باختصار على النحو التالي :

1. الحياة المستمرة : وهي حياة الإنسان العادي ، فمن أجهز على إنسان كانت حياته مستمرة وقضى عليه كان عليه القصاص .
2. الحياة المستقرة : وهي حياة من أصيب بجناية ، وغلب على الظن أنه لن تستمر حياته أكثر من أيام ، لكنه يتكلم ويبصر ويتحرك باختياره ، وقد وصفها الشيخ الشربيني بقوله (2) : " وهي التي يبقى معها الإدراك وهي المستقرة " .
3. الحياة غير المستقرة : (أو حركة المذبوح) وهي حياة من أصيب بجناية ، فلم يبق له نطق ولا إبصار ، ولا حركة اختيار وتسمى هذه الحالة حالة اليأس أو حركة المذبوح (3) .

وقد عالج الفقهاء حالة المذبوح هذه ، فاتفق الجمهور على أنه لا قصاص على من أجهز على ذي حياة غير مستقرة بسبب جناية ، وهو في ذلك كمن اعتدى على ميت ، فما عليه إلا التعزير لأنه انتهك حرمة ميت ، أما من أجهز على من كانت حياته غير مستقرة بسبب مرض فعليه القصاص ، لأنه غير مقطوع بموته ، وفي هذا قال الإمام الشافعي رحمه الله : " ولو انتهى المريض إلى سكرات الموت وبدت مخايله فلا يحكم له بالموت وان كان يظن أنه في حالة المقدود " .

وبمقارنة مستويات الحياة بحالة موت الدماغ (4) نجد أن الحياة غير المستقرة (حركة المذبوح) هي الأقرب إلى حالة الموت الدماغي بل إن حالة الموت الدماغي أشد من مستوى حركة المذبوح ، إذ أن ميت الدماغ لا يكون منه نطق ولو غير اختياري ، كما أنه لا يكون منه أي شكل من أشكال التنفس .

2 . انظر الشيخ محمد الشربيني - معنى المحتاج إلى معرفة معاني ألفاظ المنهاج - مطبعة مصطفى البابي الحلبي - مصر - لسنة 1958هـ - الجزء الرابع - ص 13 .

3 . انظر عبد الرحمن الجزيري - كتاب الفقه على المذاهب الأربعة - الجزء الخامس - كتاب الحدود - دار إحياء التراث العربي بيروت - ص 320 .

4 . انظر ندى الدقر - المرجع السابق - ص 151 .



هذا من حيث العلامات الظاهرة أما في حقيقة الأمر فإن الفرق بينهما كبير ، فمن كان بحالة المذبوح وكان مقطوعاً بموته في الماضي أصبح من الممكن علاجه اليوم بتطور أساليب العلاج ، ومن الممكن عودته إلى الحياة الطبيعية في بعض الحالات .

أما موت الدماغ فهو موت لا علاج له ولا يرد أنه قد يتطور الطب في المستقبل ، ويصبح بالإمكان علاج مثل هذه الحالات ، وذلك لأن إحياء الدماغ الميت هو كإحياء الجسد الميت ، وهو أمر خارج عن قدرة البشر ويختص به رب العالمين .

### المطلب الثاني : آراء الفقهاء المعاصرين في الموت الدماغي :

اختلف الفقهاء المعاصرون في حكمهم على موت الدماغ ، فبعضهم لم يعتبره موتاً بل اعتبره من مقدمات الموت ، وبعضهم أعطاه حكم المذبوح ، ومنهم من اعتبره موتاً ، وفيما يلي تفصيل لتلك الآراء التي وجدت أن من الضروري أن أوردتها في بحثي هذا لأهمية ما أثير فيها من مسائل تعكس مدى اهتمام فقهاءنا ببحث ودراسة القضايا الطبية والاكتشافات العلمية ، بهدف استجلاء الحكم الشرعي الذي توصل إليه الفقهاء في هذا الموضوع الذي يمس حياة الإنسان (5) .

### الفرع الأول : رأي من لم يعتبره موتاً :

#### 1- شيخ الأزهر(6) :

ناقش فضيلة شيخ الأزهر السابق جاد الحق علي جاد الحق -رحمه الله- حكم موت الدماغ ، وذلك في معرض رده على سؤال ورده من معهد الأورام القومي حول تعريف الوفاة في القانون المصري وضرورة تعديله، ليتناسب مع المفهوم الحديث لموت الدماغ ، بقوله : " إن الموت الذي تبني عليه الأحكام الشرعية لا يتحقق إلا بمفارقة الروح للجسد ، وبهذه المفارقة تتوقف جميع أجهزة الجسد وتنتهي كل مظاهر الحياة من تنفس ونبض وتماسك عضلات وغير ذلك ، وإن موت الجهاز العصبي ليس وحده آية موت ، بمعنى زوال الحياة ، بل استمرار التنفس وعمل

5 . تم تجميع آراء الفقهاء المعاصرين في الموت الدماغي من كتاب الباحثة ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام باعتباره المرجع الوحيد الذي بحث هذه المسألة بتوسع وتضمن ردوداً علمية على الآراء المطروحة بالإضافة إلى ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي .

6 . جاد الحق علي جاد الحق - تعريف الوفاة - الأزهر الشريف - لسنة 1965 ، الجزء الخامس ، ص 612-625 عام 1992 ، وكذلك ورد في مختارات من فتاوى والبحوث الإسلامية في قضايا معاصرة - مطبوعات مجمع البحوث الإسلامية ، ص 47 .

7 . توفيق الواعي - حقيقة الموت والحياة الإنسانية في القرآن والأحكام الشرعية ، أعمال ندوة (الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي - ص 461-484 ، انظر ندى الدقر موت الدماغ بين الطب والإسلام ، ص 162-165 .

القلب والنبض دليل استقرار الحياة في الجسد و استمرارها ، إذ أن الإنسان لا يعتبر ميتاً بتوقف الحياة في بعض أجزائه بل يعتبر كذلك أي ميتاً ، وتترتب آثار الوفاة متى تحقق موته كلية ، فلا يبقى في الجسد حياة ، لأن الموت زوال الحياة ، أما قطع كبد أو قلب أو رئة فهو قتل متى توقفت الحياة إثره " .

## 2. الدكتور توفيق الواعي(7) : (كلية الشريعة والدراسات الإسلامية - جامعة الكويت)

ذكر في بحثه عدة تعريفات تمهيدية ضمنها علامات الحياة عند علماء المسلمين ، وخص بالحديث الحركة والتنفس فقال : " إن الشافعيين والحنابلة والحنفية قرروا أن التنفس يأخذ حكم الحركة في إثبات الحياة لأن التنفس حياة وحركة تلقائية يتحرك فيها الصدر وينبض بها القلب تلقائياً في الجسد ، فكان ذلك دلالة حياة صاحب الجسد .

أما الحركة فقد اتفقت المذاهب على أن الحركة في الجسد من علامات الحياة غير أن بعضهم اعتبر الحركة الطويلة أي التي تستمر لأكثر من دقيقة ، وبعضهم اعتبر مطلق الحركة في الجسد ، ومما سبق يمكننا أن نستخلص ما يلي :

1. أن الجسد هو المعول عليه في معرفة الحياة والموت حيث إن الحركة تنبعث منه .

2. اعتبر العلماء مطلق الحركة أو الحركة الطويلة هي الدالة على الحياة " .

أما عند نهاية الحياة فقد ذكر الدكتور الواعي في ذلك أقوال الفقهاء بهذا الصدد ، وكيف بنوا تيقنهم من موت الشخص ، وعلامات ذلك : انقطاع النفس وانفراج الشفتين وخمود الحركة وإلى غير ذلك من العلامات التي تم ذكرها سابقاً، وفي ذلك حرص على أن لا يحكم بالموت على شخص إلا بعد أن يفقد الجسم الحياة فقداناً كاملاً ، فإن كان هناك أدنى ريب ، يترك الجسد حتى تتغير رائحته وينتفي معه أي شك في الموت ، أما أن يكون الجسد حياً والصدر يعلو وينخفض والنفس يتردد والقلب ينبض والغدد تعمل وكل شيء ما عدا المخ كما يقال ثم يأتي من يقول من الأطباء : إن الإنسان قد مات وهو ما زال راقداً وفيه ما فيه من الحياة ، فهذا أمر لم يقل به فقيه أو حتى طبيب احتراماً للحياة وللإنسان والأدمية .

ثم ذكر الدكتور الواعي تكريم الشريعة للنفس الأدمية ، وأشار إلى مبدأ استصحاب الأصل وأن ما يثبت باليقين لا يزول بالشك ، وهذا مبدأ قد جاء ضد أن نحكم بموت المصاب بموت دماغه ، وأشار إلى أن فاقد الحياة العاقلة فاقد للتكليف وفاقد للأهلية في التعاملات ، إلا أنه ليس فاقداً للحقوق ، فيصح أن يوهب له وأن يرث ويورث بقوله : " فأهليته للوجوب هي إنسانيته أي هي حياته الجسدية لا حياته العقلية ، فما دام له جسد حي فله أهلية وجوب كاملة " .

وقد ناقشت الباحثة ندى الدقر الأسس التي اعتمدها الدكتور الواعي في أن ميت الدماغ لا يزال حياً على النحو التالي :

1. أن الجسد هو المعول عليه في معرفة الحياة والموت لا العقل هو أمر لم يرد فيه أي خلاف .

2. أن فاقد الحياة العاقلة فاقد للتكاليف وللأهلية في التعاملات إلا أنه ليس فاقدًا للحقوق ، وهذا أمر متفق عليه في حالة من أراد اعتبار ميت المخ (الحالة النباتية المستمرة ميتاً) إلا أنه لا يتعارض مع الأخذ بوفاة ميت الدماغ ، لأن الأساس في موت جذع الدماغ هو فقد مقومات حياة الجسد إضافة لفقد الحياة العاقلة .

3. إن مطلق الحركة ، أو الحركة الطويلة ، علامة لوجود الحياة : وهو أمر تخالفه آراء معظم الفقهاء حيث إنهم اعتبروا من الحركات الدالة على الحياة الحركات الإرادية فقط ، ومع ذلك فهذا لا يتعارض مع الرأي القائل بوفاة ميت الدماغ ، إذ أن ميت الدماغ جسد لا حركة فيه .

4. أنه لا يحكم بالموت إلا بعد التيقن من فقد الجسم للحياة فقداناً كاملاً : وهذا الشرط غير متحقق في تشخيص الموت بالمفهوم التقليدي القديم أيضاً ، فشرع الميت وأظافره يتابعان نموها لساعات بعد وفاة الشخص .

5. أما عن وصف المصاب بموت الدماغ : " بأن صدره يعلو وينخفض ونفسه يتردد وقلبه ينبض وغدده تعمل" فمردود عليه بأن ارتفاع الصدر وانخفاضه وتردد النفس عند ميت الدماغ ليس فيه أي دلالة على الحياة ، لأن ذلك يحصل بفعل الأجهزة لا بفعل حركة ذاتية منه ، وأن وضع ميت الدماغ سيستمر على هذا النحو ما دامت الأجهزة موصولة بجسده ، وأن هذه الحركة ليس فيها دلالة على بقاء الروح ما دامت تتم بفعل الأجهزة أما مسألة نبض القلب فإنها مسألة تحتاج إلى إعادة تقييم ، لأن القلب المغروس في جسم مريض يبقى ينبض سنوات بعد دفن جسده .

6. أما القول بوفاة المصاب بموت الدماغ فأمر لم يقل به فقيه أو حتى طبيب ، فهذا فيه مخالفة صريحة للواقع ، لأنه قد تم بحث هذه المسألة في "تدوة بداية الحياة الإنسانية ونهايتها في القرآن والأحكام الشرعية" بناءً على آراء آلاف من الأطباء وصدور عدة قوانين تشريعية في دول مختلفة ومنها دول إسلامية ، تم تبني موت الدماغ فيها .

7. أما عن مبدأ استصحاب الأصل وأن ما يثبت بيقين لا يزول بالشك فالأصل هو استمرار ثبوت الحياة إلى أن يأتي دليل على زوالها ، وهذا يجب أن يكون يقيناً ، وهنا يكون مجال البحث للتحقق من أن موت الدماغ موت أو لا برأي الأطباء وهم أصحاب الاختصاص والخبرة في إثبات هذا الأمر ، وهو الأمر المتفق عليه بينهم .

واتفق مع الباحثة ندى الدقر في كل ما ذكرته من ردود عدا مسألة اعتمادها موت جذع الدماغ وأرى أن هذه الردود تنطبق على موت كل الدماغ بما فيها جذعه حسب الرأي الطبي المعتمد في الأردن .

3. أورد الدكتور عقيل العقيلي(8) رأيه بموت الدماغ أثناء تناوله حكم نقل الأعضاء ، فاعتبر أن موت الدماغ إمارة من إمارات الموت بقوله : " على أي حال لا يجوز الحكم بموت من سكن مخه عن العمل سواء أكان ذلك لإغماء أو بداية وفاة لا يعلمها إلا الله ، إذ كيف يحكم بالموت والجسد حي يقبل الدواء والغذاء ويظهر عليه آثار التقبل والنمو ؟ فالأعضاء البشرية لا تستجيب لوسائل الحياة إلا إذا لم تمت ، فالحياة الجسدية هي المعتبرة لا الحياة الإدراكية والعقلية ، إذ أن الحياة العقلية والفكرية مناط التكليف لا الحياة الجسدية " .

واستدل الدكتور العقيلي على أن الوفاة لا تحصل بموت الدماغ وأن الإدراك والعقل ومسألة وجودهما أو غيابهما ليس لها دليل على وجود الروح أو خروجها ، ولكن مع صحة الدليل لا يصح للاستدلال به في حالة موت الدماغ بل يصلح في الحالة النباتية المستمرة ، أما عن تقبل الجسم للدواء والغذاء فهذا يشبه حياة الجنين في أشهره الأولى قبل أن تنفخ فيه الروح .

6. الشيخ سعد الحجاوي أفتى برأيه في موضوع موت الدماغ بقوله(9): "إن الغيبوبة ليست دليلاً كافياً على الموت وأن اتخاذ القرار من ثلاثة أطباء بقتل مريض هو اعتداء على الإنسان والحياة والأطباء يحملون رسالة العلاج والرحمة وأدوات خدمة المريض وليس قتلهم والإجهاز عليهم كما أنهم لا يملكون حياة المريض التي هي هبة الله تعالى ولا يملكون أعضائه ، وهذا اعتداء آخر أيضاً ويفتح أبواب الشر وإحكام الأهواء ، وهو ما يخالف أحكام الشرع الإسلامي الحنيف الذي يحترم الحياة ويحفظ كرامة الإنسان حياً وميتاً "

وأرى أن هذا الرأي ينطبق على الحالة النباتية المستمرة والتي سبق وأوضحت أنها شكل من

8 . عقيل العقيلي - حكم نقل الأعضاء في الفقه الإسلامي - ص 154 - جدة - مكتبة الصحابة ، طبعة 1991 .

9. انظر جريدة المسلمون الصادرة بتاريخ 1977/4/11م وكذلك الدكتور محمود عوض سلامة-حكم نقل الأعضاء من الميت إلى الحي ص 63.

أشكال الحياة ولا يعتبر المصاب بها وفقاً للرأي الطبي السائد في الأردن موتاً دماغياً .

الفرع الثاني : رأي من أعطاه حكم المذبوح (ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها)(10).

تضمنت توصيات ندوة الحياة الإنسانية ونهايتها المنعقدة في 24 كانون الثاني لعام 1985م معالجة لحكم موت الدماغ ، فذكرت في بندها الخامس : " اتجه رأي الفقهاء تأسيساً على عرض الأطباء ، إلى أن الإنسان الذي يصل إلى مرحلة مستيقنة من الموت - وهو موت جذع الدماغ - يعتبر أنه قد استدبر الحياة ، وأصبح صالحاً لأن تجرى عليه بعض أحكام الموت قياساً مع الفارق على ما ورد في الفقه ، خاصاً بالمصاب الذي وصل إلى حركة المذبوح" .  
أما تطبيق بقية أحكام الموت عليه فقد اتجه الفقهاء المشاركون في هذه الندوة إلى تأجيله حتى تتوقف الأجهزة الرئيسية لديه (القلب والرئتين) .  
كما أوصت الندوة بأن تجرى دراسة تفصيلية أخرى لتحديد ما يعجل وما يؤجل من الأحكام الخاصة بهذا الموضوع .

الفرع الثالث : رأي من اعتبر موت الدماغ موتاً :

1. رئيس لجنة الفتوى بالأزهر(11): أفتى رئيس لجنة الفتوى بالأزهر برأيه في موضوع موت الدماغ في معرض رده على سؤال وجهه له مساعد المستشار الثقافي للدراسات العليا اليمني لمعرفة الرأي الشرعي في تشريح جثث الإنسان لغرض تدريس طلبة كلية الطب بجامعة صنعاء حيث قال : " يلاحظ في جواز تشريح جسم الإنسان أنه حكم اقتضته الضرورة والحاجة ، وما أبيع لضرورة أو حاجة يقدر قدره ، ولا يتوسع فيه أكثر مما تدعو إليه الضرورة والحاجة فإذا أوصى الإنسان بجثته للتشريح لطلبة كلية الطب فلا مانع من تنفيذ هذه الوصية ، ولا يتوقف ذلك على إذن أهله ، فإن لم يوص لا يجوز التشريح ونقل الأعضاء إلا بموافقة أهله وذويه حتى لا يؤدي الأمر إلى الفتنة ، ( والفتنة أشد من القتل) وعلى أن يكون ذلك بعد تحقق وفاة الميت بتوقف مخه عن أداء وظيفته لا بتوقف قلبه ، لأن القلب قد يتوقف والمخ لا زال قائماً بوظيفته فلا تتحقق الوفاة حينئذ " .

10 . توصيات أعمال ندوة (الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي) ، ص 677 وما بعدها .

11 . رئيس لجنة الفتوى الأزهر - انظر ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام ، هامش ص 171 .

ويفهم من هذا النص أن رئيس لجنة الفتوى بالأزهر قد اعتمد في فتواه هذه على معيار موت الدماغ لا القلب كما هو واضح من نص الفتوى ، وهو إقرار بصحة وقوع الموت عند موت الدماغ لدى الإنسان .

## 2. مجلس المجمع الفقهي الإسلامي(12):

ناقش مجلس المجمع الفقهي الإسلامي موت الدماغ في دورة مؤتمره الثالث عام 1986، فأفتى باعتبار موت الدماغ موتاً في قراره رقم (5 د 3 /86/7) الذي جاء فيه :

إن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره الثالث بعمان عاصمة المملكة الأردنية الهاشمية من 11- 16 أكتوبر 1986م، وبعد تداوله في سائر النواحي التي أثيرت حول موضوع أجهزة الإنعاش واستماعه إلى شرح مستفيض من الأطباء المختصين قرر ما يلي : " يعتبر شرعاً أن الشخص قد مات وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعاً للوفاة عند 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 بأن هذا التعطل لا رجعة فيه وأخذ دماغه في التحلل وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص وإن كان بعض الأعضاء كالقلب مثلاً لا يزال يعمل آلياً بفعل الأجهزة المركبة " .

## 3. الدكتور محمد علي البار(13) :

اعتبر الدكتور البار موت الدماغ أمراً مسلماً به وقال بوجود الاعتراف بموت الدماغ بدلاً من موت القلب كعلامة على موت الشخص في الحالات الخاصة التي تستدعي وضع أجهزة الإنعاش عليه ، وبذلك يمكن إعلان الوفاة متى ما تم تحديد موت الدماغ والاتفاق عليه من قبل مجموعة من الأطباء المختصين .

## 4. الدكتور محمد نعيم ياسين (14):

لخص الدكتور ياسين تصور علماء الشريعة عن الروح وعلاقتها بالجسد فقال : " إن الإنسان - في تصور علماء الشريعة - جسد وروح ولا يكتسب وصف الإنسانية بواحد من العنصرين دون الآخر ، ولاستنتاج الحكم انطلق من مبدئين : 1. إن حياة الإنسان تنتهي بعكس ما بدأت به أي بخروج الروح من الجسد .

2. أنه يصح البحث في الروح من حيث خصائصها وصفاتها وأنشطتها ، وأن من أهم خصائص الروح العلم والإدراك ، ومن أهم آثارها

12 . انظر قرار مجلس مجمع الفقه الإسلامي رقم (5د) (86/7/3) في دورة مؤتمره الثالث المنعقد في عمان 1986

13 . محمد علي البار - موت القلب وموت الدماغ - الدار السعودية للنشر والتوزيع - جدة - ص 102 .

14 . محمد نعيم ياسين - نهاية الحياة الإنسانية في ضوء اجتهادات علماء المسلمين والمعطيات الطبية - أعمال ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي ، ص 403 - 428 .

الحركة الاختيارية لا الاضطرارية ، وأن الجسد الإنساني لا يصدر عنه أي نشاط اختياري في هذه الدنيا بغير أمر الروح ، وأن وجود أي نوع من الحس والإدراك والحركة الاختيارية يدل على بقاء الروح في الجسد ، وغياب هذه المظاهر غياباً كاملاً يدل على مفارقة الروح للجسد .

وأن وجود حركات اضطرارية لا معنى له سوى وجود بقايا الحياة المجردة عن معية الروح ، وإن ملازمة الروح للجسد مرهونة بصلاحيته لخدمة الروح ، وكنتيجة لذلك إذا حدد العلم اللحظة التي يصبح فيها الإنسان عاجزاً عن القيام بكافة وظائفه الإرادية بصورة نهائية ، فإنه يحدد بذلك لحظة نهاية الحياة الإنسانية ."

كما أورد الدكتور ياسين قول الأطباء في عمل الدماغ ووظائفه وجمع ما ذكره الفقهاء في الروح وما ذكره الأطباء عن الدماغ ، فلم يجد بينها تناقضاً بل تكاملاً ، ونبه إلى أن الدماغ ليس الروح ، وإنما تقوم الروح بكثير من وظائفها عن طريقه ، واستدل على ذلك بأن جميع التصرفات الإرادية الصادرة عن الإنسان فيها عنصر معنوي غير إرادي وهو الإرادة .

وبما أن المادة - وهي في مثالنا هنا خلايا وأجزاء الدماغ - لا يمكن أن تنتج المعاني ، فلا بد أن يكون هناك مخلوق غير عادي في جسد الإنسان ، يستفيد من الحركات المادية التي تقوم بها الأعضاء ، وتجتمع محصلتها في الدماغ ، فالجسد الإنساني عبارة عن مجموعة من الأعضاء الحيوية المتشابكة جعلها الله عز وجل في خدمة مخلوق اسمه الروح .

وتسيطر الروح على الجسد بواسطة الدماغ ، فإذا أصاب الدماغ تلف جزئي عجز - بشكل جزئي أيضاً - عن الانفعال لأوامر الروح ، أما إذا أصابه تلف كامل ودائم وعجز بصورة كلية عن الاستجابة لإرادة الروح ، لم يعد الجسم صالحاً لسريان الروح فيه ، فترحل عنه بإذن ربها .

وكنتيجة لهذا فإن لحظة موت الدماغ يمكن اعتبارها لحظة مفارقة الروح للجسد ، أي أن موت الدماغ يعني موت الإنسان .

وهذه النتيجة مبنية على غلبة الظن ، وأنه ليس بين علماء المسلمين خلاف يعول عليه في أن الأحكام العملية تبنى على غلبة الظن المحصلة بالإمارات والدلائل .

## 5. رأي دائرة الإفتاء العام(15) التابعة لوزارة الأوقاف والشؤون والمقدسات

### الإسلامية في المملكة الأردنية الهاشمية :

قامت دائرة الإفتاء العام ، التابعة لوزارة الأوقاف والشؤون والمقدسات الإسلامية في المملكة الأردنية الهاشمية، بدراسة هذا الموضوع دراسة مستفيضة ، فقد عقد مجلس الإفتاء عدة جلسات لمناقشة الحالات التي يحكم فيها بموت الإنسان ،

15 - انظر قرار دائرة الإفتاء العام رقم 1988/1 المؤرخ 1988/6/22م

ومدى دلالة موت الدماغ وتوقف القلب والتنفس عليه في ضوء النصوص الشرعية والقواعد الفقهية ، وبعد التداول في سائر النواحي التي أثرت حول هذا الموضوع ، لما له في العصر الحاضر وفي عالم الطب ومنجزاته من أهمية ونتائج ذات بال ، وبعد الاستماع إلى شرح مستفيض من الأطباء المختصين والجهات الطبية المختصة (وزارة الصحة العامة ومستشفى الجامعة الأردنية ونقابة الأطباء ومدينة الحسين الطبية) والاستئناس بقرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي في دورته الثالثة المنعقدة في عمان خلال الفترة من 11 - 16/تشرين الأول 1986 ، انتهى إلى إصدار القرار رقم 1988/1م المؤرخ 1988/6/22 والذي جاء نصه كما يلي :

"يعتبر شرعاً أن الشخص قد مات ، وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعاً للوفاة عند 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 وأخذ دماغه في التحلل وحكم الأطباء المختصون والخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه ، و لا عبرة حينئذ بكون أعضاء الميت كالقلب لا يزال يعمل عملاً آلياً بفعل أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص ، ولا يحكم الأطباء بالموت في هذه الحالة إلا بعد الاستيثاق والتأكد من الأمور التالية :

1. توافر جميع شروط تشخيص موت الدماغ .  
2. استبعاد الأسباب الأخرى للغيوبة .  
3. غياب جميع منعكسات جذع الدماغ .  
4. القيام بجميع الفحوصات اللازمة طبياً لإثبات وقف التنفس .  
5. السكون الكهربائي في تخطيط الدماغ .  
6. إجراء أي فحوص لازمة للتأكد من موت الدماغ .  
7. أن تتم هذه الفحوص في مستشفى مؤهل تتوافر فيه الإمكانيات اللازمة لهذه الفحوص .

8. ونظراً لما لهذا الموضوع من أهمية شرعية وقانونية وطبية وأخلاقية واجتماعية فإن الحكم بموت الدماغ يجب أن يتم من لجنة طبية مختصة لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة وألا يكون لأحد منهم أي علاقة بالموضوع تورث شبهة .  
9. وأن تقوم اللجنة بإعادة الفحوصات السابقة بعد فترة كافية من الفحوص الأولى يقررها الأطباء المختصون للتأكد من إثبات اكتمال جميع الشروط المذكورة آنفاً ، وتعتبر ساعة توقيع اللجنة الطبية المختصة المذكورة هي ساعة وفاة الشخص في حق الأمور التي ترتبط بتاريخ الوفاة .

ويؤكد المجلس على ضرورة إصدار قانون لمعالجة هذا الأمر لضمان تنفيذ الشروط الواردة في هذه الفتوى واتخاذ الإجراءات القانونية بحق المخالفين لها ."

وباستعراض هذا النص نلاحظ ما يلي :



1. اعتبر هذا القرار أن الموت يتحقق شرعاً وتترتب عليه جميع الأحكام الشرعية للوفاة إذا تبينت لدى المتوفى إحدى العلامتين التاليتين :  
الأولى : إذا توقف قلبه وتنفسه توقفاً تاماً وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه .

الثانية : إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلاً نهائياً وأخذ دماغه في التحلل وحكم الأطباء المختصون بأن هذا التعطل لا رجعة فيه .

واعتبر أن الشخص الذي تظهر عليه إحدى هاتين العلامتين ميتاً شرعاً ، وبهذا يكون مجلس الإفتاء العام قد أقر معيار الموت الدماغي واعتبره موتاً حقيقياً للإنسان ، ويفهم من هذا القرار أن مجلس دائرة الإفتاء العام قد تبني المعيار الشرعي المزدوج في إثبات واقعة الموت ، فقد أخذ بمفهوم الموت الإكلينيكي بعلاماته الظاهرة في الحالة الأولى وبالموت الدماغي وتعطل وظائفه تعطلاً كاملاً في الحالة الثانية ، إلا أنه اشترط في الحالتين رأي ذوي الخبرة من الأطباء المختصين .

وبرأيي فإن اشتراط الخبرة في هذا الأمر هو أمر ضروري ، لتعلقه بمسألة هامة لا تحتمل الخطأ أو قلة التحرز ، لأن حكماً خاطئاً في هذا المجال نتيجة قلة الدراية أو الخبرة قد يمس حقاً من أعلى وأولى الحقوق التي يتمتع بها الإنسان وهو حقه في الحياة ، والذي لا يجوز تجريده منه أو حرمانه منه ، وحرصت الشرائع والقوانين على حمايته من الاعتداء عليه على مر العصور .

كما تضمن هذا القرار الحكم الشرعي لإزالة أجهزة الإنعاش عن الشخص الميت دماغياً الذي انطبقت على حالته شروط التشخيص(16) وفق ضوابط معينة سيرد ذكرها في فصل لاحق .

وتأكيداً على أهمية هذا الموضوع وضرورة توخي الحرص في النتائج التي يتم التوصل إليها في حالة الشخص المشتبه بوفاته دماغياً ، لأن ذلك يعني إعلان وفاة الشخص ، وما سيتبع ذلك من آثار شرعية وقانونية وطبية وأخلاقية واجتماعية ، فإنه اشترط في هذا القرار أن يكون قرار إعلان الوفاة صادراً عن لجنة طبية مختصة لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة أطباء ، وأن لا يكون لأحد منهم أي علاقة بالمتوفى تورث شبهه : وهذا يعني استبعاد أي طبيب تربطه أي علاقة أو مصلحة بالشخص لضمان عدم تعاطفه في النتيجة وانحيازه للشخص أو أهله ، واستبعاد الأطباء الذين يعملون في مجال جراحة ونقل الأعضاء البشرية من المشاركة في إجراء الفحوص التأكيدية وذلك دفعاً لشبهة الاستغلال ومنعاً للتسرع في الحكم بوفاة هذا الشخص لصالح مريض بحاجة إلى عملية نقل أعضاء أو أن يكون وارثاً له أو له مصلحة ما في إعلان الوفاة .

كما تضمن هذا القرار شرط إعادة الفحوصات السابقة ، بعد فترة كافية للتأكد من أن الفحوصات الأولى لم يجر عليها أي تغيير أو تبديل ففي حالة ظهور أي تغيير

16 . كما ورد ذكره في شروط تشخيص الموت الدماغي ، ص 29 - ص 31 .

يستدل منه بأن الشخص لا زال على قيد الحياة لا يحكم بهذه الحالة بإزالة الأجهزة ، أما إذا ثبت بعد الفحص الثاني أن جميع الفحوصات التي سبق أن أجريت صحيحة ولم يطرأ عليها أي تغيير فإنه يحكم بموت الشخص دماغياً ، مع ملاحظة أن القرار لم ينص على المدة التي يجب إجراء هذه الفحوص خلالها، وهو الأمر الذي يجب أن يؤخذ في الاعتبار من الناحية القانونية والشرعية لأهميته في تحديد حالة الشخص هل هو حي أم ميت؟ علماً بأنه يتم إجراء الفحص في الأردن بعد مدة تتراوح بين 4 ساعات و 48 ساعة .

هذا باختصار أهم ما نص عليه قرار مجلس الإفتاء العام بالنسبة للموت الدماغي ، وبناءً عليه يمكن الحكم على الشخص بأنه ميت وفقاً لموت دماغه ، وبإجراء الاختبارات المشروطة في هذا القرار يتم الإعلان عن وفاة الشخص بسبب موت دماغه .

\* متى تعلن الوفاة وفقاً لقرار دائرة الإفتاء العام ؟

بعد التأكد من حصول الوفاة بواسطة اللجنة الطبية ضمن الشروط والضوابط المنصوص عليها في القرار أعلاه يتم إعلان وفاة الشخص ويشترط أن يكون هذا الإعلان خطياً يوقع عليه الأطباء المشرفون على الحالة ، ولهذا التقرير أهمية كبيرة ، إذ يترتب عليه نتيجة هامة ، فإن ساعة توقيع اللجنة الطبية على تقرير الوفاة تعتبر هي ساعة وفاة الشخص في حق الأمور التي ترتبط بتاريخ الوفاة ، وإن كنت أرى أن تعبير "لحظة الوفاة" أكثر دقة في تحديد الموت الإنساني .

هذا وقد أكد المجلس على ضرورة إصدار قانون لمعالجة هذا الأمر وفق الضوابط المقررة له ، حيث إنه أمر في غاية الأهمية ، وحرى بالمشروع الأردني أن يأخذه بعين الاعتبار ، لأن هذه الفتوى قد حسمت موضوع موت الدماغ من الناحية الشرعية وأدلت بالحكم الشرعي في حالة إزالة الأجهزة عن المتوفى دماغياً ، الذي لا زال قلبه يعمل بصورة آلية بفعل تلك الأجهزة ، وهذا الأمر يحتاج إلى دعم من القانون يتمثل في تحديد موقف القانون من هذه المسألة حماية لأرواح الناس وعصمة لأجسادهم خشية الوقوع في دائرة الاستغلال ، وخصوصاً أن حالة الموت الدماغي تعد من أنسب الحالات التي من الممكن الاستفادة منها في نقل الأعضاء والانتفاع بها لمريض آخر وخصوصاً في نقل القلب والرئتين والبنكرياس والكبد ، إذ من المستحيل الانتفاع بمثل هذه الأعضاء في حالة كون الإنسان حياً لعدم إمكانية تحقيق ذلك في وضع الحياة .

وبناء على ما سبق فإننا نخلص إلى نتيجة هامة مفادها أن الموت الدماغي هو موت حقيقي وفعلي للإنسان ، وتترتب عليه ذات الآثار الشرعية التي تترتب على الموت الطبيعي من انقضاء أهلية الشخص بنوعيتها : الأداء والوجوب ، وانقضاء الذمة المالية ، واستحقاق الإرث ، وبهذا يكون الشرع قد أدلى دلوه في هذه المسألة الهامة وحسم الخلاف الذي من الممكن أن يثور بالنسبة لتحديد مركز الشخص الذي مات دماغه أحي هو أم ميت .

ولو قارننا هذه الفتوى بالقرار الصادر عن مجمع الفقه الإسلامي رقم (15) لسنة 86 لوجدنا أن قرار مجلس الإفتاء ، بالرغم من أنه مستقى من قرار مجلس

الفقه الإسلامي ، إلا أنه يمتاز عنه بالدقة من حيث نصه على الشروط والضوابط التي تحكم تشخيصه ، بالإضافة إلى تحديد ساعة الوفاة التي يترتب عليها انقضاء الشخصية القانونية للشخص وما يستتبع ذلك من آثار .

وباستعراض كل الآراء السابقة فإنه يمكننا أن نخلص إلى أن فقهاء الشريعة الإسلامية وبعد دراسة عميقة لهذا الموضوع لم يجدوا في مفهوم الموت الدماغي ما يتعارض مع مفهوم الموت الحقيقي في أحكام الشريعة الإسلامية ، وهذا ما أكده فقهاؤنا الذين لم يتركوا هذه المسألة الهامة التي يترتب عليها أحكام شرعية وقانونية بدون بحث ، وتوصلهم لنتائج مرضية ومقتعة بشأنها لا تتنافى مع ما جاءت به شريعتنا الغراء من أحكام .

وإن كان بعض المعارضين لمعيار موت الدماغ يرون أن فقهاءنا قد تسرعوا في الفتوى بهذا الشأن وأنهم بنوا آرائهم اعتماداً على بعض التقارير الطبية المضللة وكان عليهم أن يتأنوا في إصدار الأحكام الشرعية المتعلقة بالموت الدماغي لأنها أحكام خطيرة يترتب عليها قتل أناس أبرياء بغير ذنب وهو الأمر المحرم شرعاً بالأدلة الثابتة في القرآن الكريم والسنة النبوية (17).

وباعتقادي أن هذا الرأي ليس صحيحاً ، وهو أمر ينطوي على خطورة لا يمكن إغفال ما قد تتسبب فيه من تشكيك في صحة هذه الفتاوى وإلى إحداث فتنة بين المسلمين .

### المبحث الثالث

## حكم الموت الدماغي من الناحية القانونية :

اهتم القانونيون بحقيقة الموت وفقاً للمفهوم الحديث ، فدرسوا التقارير التي وضعها الأطباء في موت الدماغ ، وصدرت مراسيم تشريعية (أنظمة وتعليمات) في معظم البلدان تقضي بأن موت الدماغ هو موت حقيقي للإنسان ، وأجازت هذه التشريعات الانتفاع بأعضاء الميت دماغياً ونقلها لمرضى أحياء بحاجة لها .

واشترطت تلك التشريعات شروطاً معينة لتشخيص الموت الدماغي للتأكد ، بصورة لا تدع مجالاً للشك ، من تحقق حدوثه وذلك على النحو التالي :

1. اشتراط وجود تعليمات واضحة (بروتوكول) بشروط محددة (18) .
2. اشتراك عدة أطباء من ذوي الخبرة الكافية في إجراء التشخيص للتثبت من حدوث الموت الدماغي للشخص .

3. اشتراط فريقين مستقلين من الأطباء لفحص الشخص سريرياً ، الفريق الأول يتأكد من موت الدماغ بينما يتولى الفريق الثاني إجراء عمليات زراعة العضو

17. دكتور محمود محمد عوض سلامة - حكم نقل الأعضاء من الميت إلى الحي دراسة مقارنة ، ص 60

18 . كشرط تشخيص الموت الدماغي المعمول بها في الأردن - ومعايير هارفارد وغيرها .

المستأصل لمرضى آخرين لتفادي قيام بعض الأطباء بالتسرع بإعلان موت الشخص دماغياً بهدف الانتفاع بأعضائه .  
4. أن يتم تطبيق هذه الشروط والإجراءات سواء أكان سينتفع بأعضاء الميت أم لا .

ويمكن تقسيم الدول بحسب موقفها من موت الدماغ إلى ثلاثة أقسام :  
1. تقرر طبياً وشرعياً بأن الموت الدماغى هو موت حقيقي إلا أنه ليس فيها تشريعات قانونية بشأن موت الدماغ مثل إنجلترا والأردن وجمهورية مصر .  
2. دول تقرر قانونياً بأن موت الدماغ هو موت حقيقي للإنسان ، مثل الأرجنتين ، أستراليا ، بلجيكا ، تشيلي الجمهورية التشيكية ، الدنمارك ، فرنسا ، اليونان ، إيرلندا ، أمريكا ، وتضمنت تشريعاتها النص على ذلك صراحة .  
3. دول لا تقر بأن موت الدماغ هو موت مثل اليابان .  
وسوف اخصص المبحث الأول من هذا الفصل للتعرف على الحكم القانونى للموت الدماغى فى الأردن ، أما المبحث الثانى منه فسوف يتضمن موقف القانون المقارن من الموت الدماغى بإيجاز وسأبدأ بموقف الدول العربية والإسلامية منه ، ثم الدول الغربية .

#### المطلب الأول : الحكم القانونى للموت الدماغى فى الأردن :

لم أجد فى مجموعة التشريعات القانونية الأردنية نصاً يعول عليه فى موضوع الموت الدماغى غير ما ورد فى الدستور الطبى الأردنى ( المادة الثالثة ) منه التى تطرقت لهذا الموضوع بشكل عرضى ، ونص الفتوى الصادرة عن دائرة الإفتاء العام التابعة لوزارة الأوقاف الأردنية بالإضافة إلى جهود لجنة تعريف الموت بهذا الصدد ، وفيما يلى شرح موجز لكل منها :-

أولاً : فى نصوص الدستور الطبى الوارد فى قانون نقابة الأطباء الأردنية (19)  
نصت المادة الثالثة من الدستور الطبى على ما يلى : " لا يجوز إنهاء حياة مريض مصاب بمرض مستعص غير قابل للشفاء ومهما رافق ذلك من آلام سواء بتدخل مباشر أو غير مباشر ، ما عدا موت الدماغ فىكون حسب الشروط العلمية المعتمدة من النقابة " .

وبالرجوع إلى النص السابق نجد أن المقصود فى الشق الأول من هذا النص أفعال التدخل الواقعة على المرضى الأحياء ممن اشتدت آلامهم و استعصى شفاؤهم ، بدافع تخليصهم من تلك الآلام ، وذلك بمساعدتهم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة لإنهاء حياتهم ، وهذه الأفعال تعرف قانونياً بالقتل بدافع الشفقة أو

19 . ورد الدستور الطبى فى ملحق خاص بقانون نقابة الأطباء الأردنية 13 لسنة 1972 (مجموعة التشريعات الطبية)

الموت الرحيم ، وقد حظر هذا النص التدخل في إنهاء حياة المرضى بجميع صورته مهما كان الباعث إليه نبيلاً ، عملاً بأحكام القانون .

ونلاحظ أن الشق الثاني منه قد تناول أفعال التدخل في حالة الموت الدماغي بالإجازة وبصورة استثنائية ، على أن يتم التدخل حسب الشروط العلمية المعتمدة من النقابة ، ولعل المقصود بأفعال التدخل هنا إزالة أجهزة الإنعاش عن الموتى دماغياً ، وبالاستفسار من نقابة الأطباء عن المقصود بالشروط العلمية الواردة في هذا النص أفادنا أمين سر النقابة (20) بأنها شروط التشخيص التي تم وضعها من قبل لجنة تعريف الموت والتي تم اعتمادها من قبل دائرة الإفتاء العام (21) .

ويفهم من هذا الاستثناء أن إجازة أفعال التدخل المعنية في حالة الموت الدماغي تعني الاعتراف الضمني بالموت الدماغي كميّار حقيقي للموت ، بالرغم من عدم النص عليه صراحة ، ولو كان لوضع هذا النص رأي آخر بهذه الحالة لما أورد مثل هذا الاستثناء على أفعال التدخل الواقعة على شخص حي يرزق ، يحس ويتألم نتيجة مرضه المستعصي شفاؤه منه ، ويكون باستثنائه هذا قد أخرج الشخص الميت دماغياً من مفهوم الحياة وإن لم يذكر ذلك صراحة ، وتحليلي لذلك أن الإنسان إما أن يكون حياً فتصدق عليه صفة الحياة مهما كانت درجة مرضه أو آلامه أو حالة النزاع لديه ، وهذه الحياة هي المقصودة بالحظر من أفعال التدخل الواردة في المادة أعلاه، أو أن يكون ميتاً فتصدق عليه صفة الموت ، وهذا ما يفسر استثناء أفعال التدخل الواقعة على الميت دماغياً من دائرة الحظر بالإجازة - بالنسبة لإزالة أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً - وذلك ضمن الشروط العلمية التي حددها نقابة الأطباء .

ولكن السؤال الذي قد يثور هنا : ما مدى إلزامية هذا النص الوارد في الدستور الطبي ؟ وما مدى قانونيته ؟ وحتى نتمكن من الإجابة عنه ، كان لا بد أن نعرف الدستور الطبي وفقاً لما ورد في قانون نقابة الأطباء الأردنية رقم 13 لسنة 1972م ، حيث عرفته المادة الثانية بما يلي :-

"يكون للعبارات والألفاظ الواردة في هذا القانون المعاني المخصصة لها أدناه إلا إذا دلت القرينة على خلاف ذلك ، وعرفت الدستور الطبي بأنه : "قواعد آداب الطب المعلنة والمتعارف عليها منذ القديم في ممارسة المهنة وواجبات الأطباء نحو مرضاهم وزملائهم " .

كما أوضح قانون النقابة الجهة المسؤولة عن وضع وتعديل الدستور الطبي في المادة (18) منه ، حيث نصت على ما يلي : " للهيئة العامة بناءً على تنسيب المجلس :

1- وضع أو تعديل الدستور الطبي ووضع لائحة آداب ممارسة المهنة وإدخال أي تعديل عليها.

20 . الدكتور / الخطيب أمين سر نقابة الأطباء الأردنيين في مقابلة شخصية أجرتها الباحثة معه .

21 . كما سبق تفصيلها في شروط تشخيص الموت الدماغي وقرار دائرة الإفتاء العام) والتي سبق الإشارة إليها في الفصل السابق

2- إعداد مشاريع القوانين والأنظمة الخاصة بالنقابة بما في ذلك التعديلات التي يراد إدخالها عليها " .

أما الهيئة العامة فقد عرفت المادة (16) من ذات القانون كما يلي :

" تتألف الهيئة العامة للنقابة من جميع الأطباء المسجلين ... الخ " .

أما مجلس النقابة فقد عرفت المادة 27 من ذات القانون كما يلي :

" يتولى شؤون النقابة مجلس يولف من نقيب وعشرة أعضاء ينتخبون من قبل الهيئة العامة وتكون مدة دورة المجلس سنتين .... الخ " .

ومن خلال هذه النصوص يتضح لنا أن الدستور الطبي عبارة عن قواعد آداب مهنة الطب ، وأن سلطة وضعه وتعديله تقع على عاتق الهيئة العامة بناءً على تنسيب مجلس النقابة ، الأمر الذي يدل على أن سن نصوص الدستور الطبي هو شأن داخلي من شؤون النقابة ، وهو وإن تضمن مسائل هامة وجوهرية تتعلق بآداب المهنة إلا أنها لا تكون ملزمة إلا لفئة الأطباء ، ولا يمكنها أن ترقى إلى مرتبة النص القانوني ، ما لم ينص قانون النقابة عليها أو أي قانون آخر ، وإن كان قانون النقابة قد تضمن نصوصاً تجعل من نصوص الدستور الطبي واجبة التطبيق .

فقد نصت المادة 35 من قانون النقابة على ما يلي :

" مع مراعاة أحكام هذا القانون يشمل اختصاص المجلس كل ما يتعلق بشؤون النقابة وممارسة المهنة " ونصت الفقرة الثالثة من هذه المادة على ما يلي :

3- تطبيق قانون النقابة وأنظمتها والدستور الطبي .

وهنا نلاحظ أن قانون النقابة قد منح مجلس النقابة سلطة معينة للتأكد من حسن تطبيق كل ما يتعلق بشؤون النقابة وممارسة المهنة الواردة في قانون النقابة ، والأنظمة الصادرة بموجبه والدستور الطبي .

كما رتب القانون عقوبات تأديبية على من يخالف نصوص القانون وأي نظام صادر بمقتضاه من الأطباء أو يتجاوز حقوقه وفقاً لما نص عليه الدستور الطبي ، حيث نصت المادة 45 من قانون النقابة على ما يلي : " كل طبيب يخل بواجباته المهنية خلافاً لأحكام هذا القانون وأي نظام صادر بمقتضاه ، أو يرتكب خطأ مهنيًا أو يتجاوز حقوقه أو يقصر بالتزاماته وفق الدستور الطبي ، أو يرفض التقيد بقرارات المجلس أو يقدم على عمل يمس شرف المهنة ، أو يتصرف في حياته الخاصة تصرفاً يحط من قدرها ، يعرض نفسه لإجراءات تأديبية أمام مجلس التأديب " .

وهذا النص يضيف صفة الإلزام على نصوص الدستور الطبي أسوة بنصوص قانون النقابة ونصوص الأنظمة الصادرة بمقتضاه ، حيث رتب جزاءات تأديبية على من يخالف أحكام هذا الدستور من الأطباء سواء بتجاوز ما ورد فيه أو التقصير بالالتزامات المنصوص عليها فيه .

إلا أنني أرى ، وعلى الرغم من ترتيب هذه الجزاءات التأديبية على من يخالف نصوص الدستور الطبي ، أن هذه الجزاءات التي يقررها مجلس التأديب وإن

عاقبت الطبيب على مخالفاته ، فإن هذه العقوبات محددة بنص المادة (55) (22) من قانون النقابة ، وتتضمن التنبيه والتوبيخ والغرامة النقدية والحرمان من عضوية المجلس والمنع من ممارسة المهنة لمدة لا تزيد عن عام أو المنع النهائي من ممارسة مهنة الطب ، وشطب اسم الطبيب المخالف من السجل بعد إدانته من المحاكم المختصة ، وأن هذه العقوبات ومهما كانت قوتها لا يمكن أن يكتفي بها في حالة مخالفة الطبيب لنص المادة الثالثة من الدستور ، أي في حالة قتله مريضاً ميؤوساً من شفائه ، حيث إن هذا الفعل مجرم بنص القانون ، وشتان بين التكييفين لذات الفعل ، فهو وفقاً لما ورد في الدستور الطبي مخالفة لأحكامه في حين أنه وفقاً لقانون العقوبات جنائية يعاقب عليها القانون .

أما المادتان 22 و 26 من النظام الداخلي رقم 24 لسنة 1976م الصادر بموجب المادة الثامنة عشرة (23) من قانون نقابة الأطباء ، فقد أسبغت على الدستور الطبي صفة الإلزام بالنسبة للأطباء دون غيرهم من العاملين في المجال الطبي ، حيث نصت المادة 22 على ما يلي :-

" يحدد الدستور الطبي حقوق وواجبات الأطباء المهنية والمسلكية كما ينظم علاقات الزمالة فيما بينهم وأسس تعاملهم مع المرضى ويبين بشكل عام ما له علاقة بشرف المهنة " .

أما المادة 26 من ذات النظام فقد نصت على ما يلي :

"على الطبيب احترام النقابة والتقيّد بأحكام قانونها ونظامها ودستورها الطبي وعليه أيضاً تنفيذ قراراتها والإجابة على أية معلومات أو إيضاحات يطلبها المجلس " .

مما سبق يمكننا أن نخلص إلى أن نصوص الدستور الطبي تكون ملزمة لفئة الأطباء التابعين للنقابة ومقيدين بما ورد فيها ، إلا أنها لا تعد ملزمة للغير بمن فيهم العاملون في المجال الطبي من ممرضين وفنيين ، وإذا ما أردنا تطبيق ما ورد في نص المادة (3) من الدستور الطبي على حالة سحب الطبيب أجهزة الإنعاش عن المتوفى دماغياً فإن فعله هذا مرخص به وفقاً لنص المادة (3) إذا كان بناءً على الأسس العلمية المعتمدة من النقابة ، في حين أن تدخل الطبيب هنا قد يكتف على أنه جريمة قتل لوقوعها على شخص حي وفقاً للقانون الجزائي على أساس أن قلب هذا الشخص لا زال ينبض وانه لا زال يتنفس ، وهذا دلالة على الحياة وفقاً لنصوصه ، وإن كان ذلك بفعل الأجهزة ، وهذا ما يدعوني إلى التأكيد على أهمية توضيح المشرع موقفه من الموت الدماغية في نص قانوني بصورة لا تتعارض مع ما ورد في نص الدستور الطبي ، حتى لا يساءل الأطباء جزائياً عن أفعال أجازها لهم الدستور الطبي ، باعتبار أنها من قواعد آداب المهنة المتعارف عليها طبيياً ، هذا عدا كون موضوع الموت الدماغية موضوعاً طبيياً يتعلق أساساً

22 . انظر نص المادة (55) من قانون نقابة الأطباء الأردنيين رقم 13 لسنة 1972م

23 . انظر نص المادة (18) من قانون نقابة الأطباء للهيئة العامة بناء على تسيب المجلس :

أ . وضع أو تعديل الدستة الطبي ووضع لائحة آداب ممارسة المهنة وإدخال أي تعديل عليها .

ب . اعداد مشاريع القوانين والأنظمة الخاصة بالنقابة بما في ذلك التعديلات التي يراد إدخالها عليها .

بأخلاقيات مهنة الطب والأطباء بصفتهم الجهة المختصة الوحيدة التي بإمكانها تقرير وفاة الشخص تبعاً لموت دماغه ، بعد إجراء كافة الاختبارات التشخيصية العلمية المعتمدة من النقابة ، كما أن عليه أن يحدد الجهة المسؤولة عن سحب الأجهزة والضوابط التي تجب مراعاتها في هذه الحالة لتفادي كثير من الإشكالات القانونية التي نسمع بها من حين لآخر ، كتدخل الممرضين و الفنيين في مثل هذه الأمور علماً بأن قواعد الدستور الطبي هي مجرد قواعد أدبية ملزمة للأطباء ، إلا أنها لا ترقى لقوة القانون من حيث هو نص تشريعي صادر من سلطة عليا مختصة بإصداره يتضمن قواعد عامة مجردة ودائمة وملزمة ، ويصبح بمجرد نشره في الجريدة الرسمية ، واجب التطبيق .

والخلاصة مما سبق أن الدستور الطبي قد عرف الطرق والشروط التي يتم اتباعها لتحديد الموت الدماغي وكيفية التعامل مع الحالة بعد ثبوت التشخيص ، في حين أن قانون العقوبات الأردني قد اكتفى بتجريم من يعتدي على حياة الإنسان دون أن يحدد لحظة انتهاء حياة الإنسان ، أو بمعنى آخر بدون أن يعرف الوفاة .

وحيث إن التطبيق العملي لقانون العقوبات يخالف التطبيقات العملية المتعارف عليها في الأوساط الطبية بالنسبة للموتى دماغياً ، فإن هذا الاختلاف من شأنه أن يخلق تضارباً صارخاً في تكييف فعل الطبيب إذا ما أزال أجهزة الإنعاش عن المتوفى دماغياً حيث يتم اعتبار الطبيب مرتكباً لجريمة قتل وفق قانون العقوبات ، في حين أن القوانين الطبية تنفي اعتباره كذلك على اعتبار أن الشخص الميت دماغياً هو شخص ميت حقيقة .

وبرأيي أن نص المادة الثالثة من الدستور الطبي معيب من ناحية أخرى، حيث أن تناوله لحالات الموت الدماغي مع حالات القتل بدافع الشفقة في ذات المادة ، قد يفسر بأنه اعتراف ضمني بأن التدخل الواقع من الأطباء في حالات الموت الدماغي فيه إنهاء للحياة وتبعاً لذلك فإنه يأخذ حكم القتل الرحيم المرخص به إذا تم وفقاً للطرق العلمية التي تشترطها نقابة الأطباء، مما يتناقض مع التفسير السابق لنفس المادة .

لهذا أتمنى أن يتم تعديل نص المادة الثالثة من الدستور الطبي ، بحيث يرقى إلى نص قانوني في قانون نقابة الأطباء أو في أي قانون آخر كقانون العقوبات، بحيث يصبح ملزم للكافة .

#### ثانياً : جهود لجنة تعريف الموت في تعريف الموت الدماغي :

تم تشكيل لجنة تعريف الموت من قبل نقابة الأطباء(24) ، وعهد إليها دراسة موضوع موت الدماغ بغرض وضع الصيغة المناسبة لتعريف الموت الدماغي حسب المفاهيم الطبية الحديثة ووضع شروط تشخيصه ، بهدف ضمها إلى قانون الانتفاع بأعضاء جسم الإنسان رقم 17 لسنة 1980م الذي خلت نصوصه من تعريف الموت الدماغي بالرغم من أنه المصدر الرئيسي للانتفاع بالأعضاء ، في

24 . تكونت هذه اللجنة من عضوية كل من الدكتور قنديل شاكر والدكتور أشرف الكردي والدكتور حلمي حجازي



حين أن بعض التشريعات العربية ومعظم التشريعات الغربية التي نظمت هذا الموضوع قد اعتمدت معيار الموت الدماغي ونصت عليه (عدا القانون الأردني) . وقد عرفت هذه اللجنة الموت على النحو التالي : "يعرف الموت تقليدياً بواحد من شرطين إما حدوث توقف لا رجعة فيه على القلب والتنفس أو توقف جميع وظائف الدماغ ككل توقفاً نهائياً لا عودة عنه " .

وقد ناقشت اللجنة هذا الموضوع مع سماحة وزير الأوقاف الأردني(25) وبعد دراسته من النواحي الشرعية والطبية والقانونية ، أحيل الموضوع إلى دائرة الإفتاء الإسلامي العام الذي أقر بأن الموت الدماغي موت حقيقي ورتب عليه الآثار الشرعية والقانونية المترتبة على الموت الطبيعي وأصدر فتواه بهذا الشأن في القرار رقم (1) لسنة 1988م(26) في حين لم يصدر أي تعديل قانوني على مفهوم الموت في أي من التشريعات الأردنية سواء المدنية أو الجزائية أو الخاصة بالانتفاع بأعضاء الإنسان و أية قوانين أخرى تنظم موضوع الوفاة وما يتبعها من إجراءات .

على الرغم من أن اللجنة قد أكدت ضرورة إصدار قوانين تتضمن الموافقة على معيار الموت الدماغي والإجراءات الخاصة والصارمة التي تم وضعها من قبل اللجنة ابتداءً من إجراءات تشخيصه وانتهاءً بإعلان حدوث الوفاة ، وأكدت اللجنة ضرورة أن يبحث القانون وضع الميت دماغياً على أجهزة الإنعاش وإبقاءه عليها لما لإعلان وفاة الشخص من أهمية شرعية وقانونية بعد التثبت من موت دماغه طبيياً ، كما أكدت اللجنة ضرورة إصدار شهادة وفاة له بهذه الحالة ، لما لهذه الشهادة من اعتبارات من الناحية الأخلاقية والشرعية والقانونية في توضيح أن إبقاء المريض على الأجهزة لا يعني أنه حي ، وأن إبقاءه عليها قد يكون إما تلبية لرغبة الأهل ، أو بهدف الاستفادة من أعضائه ، كما أكدت اللجنة على ضرورة إصدار نصوص قانونية لمعالجة هذه الأمور وتنظيمها حيث إن إغفال تنظيمها بقانون سيؤدي إلى صعوبة في إقناع الناس بتقبل فكرة الموت الدماغي مما سيؤدي إلى خلق إشكالات لا حصر لها مستقبلاً .

هذا وقد قدمت لجنة تعريف الموت بحثاً يوضح أهمية اعتماد موت الدماغ كمعيار للموت مدعماً بالأسباب التالية(27) :-

1. أهميته بالنسبة للعلوم الطبية الشرعية لتقرير ساعة الوفاة التي لها أهمية في تحديد الإرث وحوادث القتل .
2. أهميته وعلاقته بالعلوم الطبية القانونية(الطب الشرعي)لتقرير ساعة الوفاة ، وهذا من شأنه أن يفتح أبواباً جديدة للبحث وتطوير القوانين فيما يتعلق بموت الدماغ .

25 . انظر نص الكتاب الموجه من لجنة تعريف الموت إلى سماحة وزير الأوقاف الأردني بتاريخ 1985/11/5 م .

26 . كما تم ذكره في البحث الشرعي ، ص 19 - ص 31 .

27 . انظر البحث العلمي المقدم من الدكتور أشرف الكردي والدكتور حلمي حجازي لجائزة رئيس الجمهورية الجزائرية .

3. أهميته بالنسبة لقانون نقل وزراعة الأعضاء حيث أجريت في الأردن عدة عمليات لزراعة القلب من أشخاص توفوا دماغياً حسب الشروط الأردنية ، الأمر الذي يمنح بعض المرضى الأمل في الحياة بعد أن كانت طريقهم للعلاج مسدودة فيما مضى ، حيث إن اعتبار موتى الدماغ من الأحياء من شأنه أن يحرم هؤلاء المرضى من فرص الاستفادة من أعضاء موتى الدماغ .
4. أن الموت الدماغى يتعلق بالقضايا الأخلاقية والسلوكية في معاملة الشخص الذي مات دماغه كإنسان ميت وليس كإنسان حي ، وإكرام الميت يكون بدفنه حسبما نصت عليه الشرائع .
5. ترتيب أولويات عمل وحدات العناية المركزة مما يعطي الفرصة لمرضى بحاجة لإنقاذ حياتهم ، وذلك بتوفير أجهزة الإنعاش لهم .
6. تقليل التكلفة المالية التي تتحملها الدولة والمؤسسات العلاجية والأهل والمبدولة لموتى الدماغ بدون فائدة .
7. تخفيف العبء النفسى والجسدى الثقيل الملقى على عاتق الجهاز الطبى وكل من يمت له بصلة لمتابعة حالة مريض قد أصبح في عداد الأموات ، كما أن العاملين في وحدات العناية المركزة معرضون للإصابة بالإحباط ويؤثر ذلك في مستوى عنايتهم بالمرضى الآخرين .

ولكل هذه الاعتبارات أتمنى على المشرع الأردني أن يولي هذه المسألة الاهتمام اللازم حيث يتضح لنا خلو التشريعات الأردنية من نصوص قانونية تتولى تنظيم حالات الموت الدماغى ، وبهذا تكون الأردن من الدول التي تم إقرار معيار الموت الدماغى بها من الناحية الطبية والشرعية ، إلا أنه لم يتم إقراره من الناحية القانونية حيث إن ذلك يتطلب النص عليه صراحة في قوانيننا .

#### ثالثاً : قرار دائرة الإفتاء العام رقم 1 لسنة 1988م :

حيث إنه قد تم شرح هذا القرار في مبحث الحكم الشرعى للموت الدماغى فإننى ارتأيت أن أتوه هنا بأن هذا القرار هو من قبيل الفتوى الشرعية المتعلقة بحكم الموت الدماغى من وجهة النظر الشرعية ، ولا يمكن الاستناد إلى ما ورد فيه ما لم ينص عليه صراحة في قانون الأحوال الشخصية الذى خلت نصوصه من تعريف الموت ومعياره أو أي من القوانين الأخرى كالقانون المدنى .

#### المطلب الثانى : موقف التشريعات المقارنة من الموت الدماغى :

#### الفرع الأول : موقف الدول العربية والإسلامية

أما بالنسبة لموقف الدول العربية والإسلامية من موت الدماغ فإنني سوف أتطرق لأهم التشريعات الصادرة بهذا الشأن ، حيث نصت على الموت الدماغى بصورة غير مباشرة فى تنظيمها قانون الانتفاع بأعضاء الإنسان .

#### أولاً : موقف المملكة العربية السعودية :

اعتمدت المملكة العربية السعودية فتوى مجلس مجمع الفقه الإسلامى ، وتم تشكيل لجنة موت الدماغ بالمركز السعودى لزراع الأعضاء ، ووضعت هذه اللجنة المعايير لتشخيص موت الدماغ(28) .

وعرفت الموت الدماغى بأنه " التوقف الدائم لجميع وظائف الدماغ بما فيها وظائف جذعه " .

كما أوضحت هذه اللجنة مدة المراقبة الواجب إجراء تكرار الفحوصات المؤكدة لتشخيص حدوث الموت الدماغى فيها ، وذلك خلال فترة تتراوح بين 6 و 48 ساعة حيث اشترطت فيه عدم حدوث أى تغير فى النتائج لإعلان حدوث الوفاة .

كما اشترطت هذه اللجنة تشخيص طبيبين خبيرين حدوث موت الدماغ ، وحظرت أن يشارك فى التشخيص أى طبيب له علاقة بغرس الأعضاء .

مما سبق نستنتج أن المملكة العربية السعودية ، باعتبارها دولة إسلامية ، تطبق أحكام الشريعة الإسلامية والسنة وتلتزم بقرارات الفتاوى الشرعية ، وما ينبى على ذلك يدلنا على إلزامية هذه الفتاوى للدولة وللمواطنين وهذا يعنى أن المملكة العربية السعودية تعتمد الموت الدماغى لتقرير حالة وفاة الإنسان وتلتزم به قانونياً وترتب عليه كافة الآثار والنتائج التى تترتب على موت الإنسان .

#### ثانياً : الكويت :

لم ينص القانون الكويتى صراحة على موت الدماغ ، إلا أنه صدر عن مجلس الأمة الكويتى القانون رقم (7) لسنة 1983 بشأن عمليات زراعة الكلى للمرضى ونص على أن الحصول على الكلى اللازمة لإجراء عمليات زرع الكلى ، يكون من الكلى التى يتبرع بها أصحابها حال حياتهم أو يوصون بها بعد وفاتهم ، وأيضاً من جثث الموتى فى الحوادث أى (موتى الدماغ) ، وفى هذه الحالة يشترط الحصول على موافقة أقرب أفراد أسرته إليه ، وهذا إقرار ضمنى بأن الموت الدماغى هو موت حقيقى للإنسان .

#### ثالثاً : الإمارات العربية المتحدة :

28 . انظر ندى الدقر - المرجع المشار إليه سابقاً ، ص 229 .

صدر القانون الاتحادي رقم 15 لسنة 1993 بشأن تنظيم نقل وزراعة الأعضاء البشرية<sup>(29)</sup> وجاء في مادته السادسة ما يلي : " يجوز نقل الأعضاء من جثة متوفى بشرط الحصول على موافقة أقرب الأشخاص إليه حتى الدرجة الثانية فإذا تعدد الأقارب في مرتبة واحدة وجب موافقة أغلبيتهم وفي جميع الأحوال يجب أن تصدر الموافقة بإقرار كتابي وذلك بالشروط التالية :

أ. التحقق من الوفاة بصورة قاطعة بواسطة لجنة تشكل من ثلاثة أطباء متخصصين ممن يوثق فيهم ومن بينهم طبيب متخصص في الأمراض العصبية على أن لا يكون من أعضاء اللجنة الطبيب الذي سيجري العملية ".

نلاحظ من النص السابق أن القانون لم يقر ، بوضوح ، بمفهوم الموت الدماغي ، بل هو إقرار ضمني ، حيث إن الموت ، بمعياره التقليدي ، لا يحتاج إلى لجنة طبية لتشخيصه وإثبات وقوعه .

#### رابعاً : الجمهورية العراقية :

تقضي المادة (2) من قانون نقل وزرع الأعضاء العراقي<sup>(30)</sup> بأن الوفاة لا تتحقق إلا بتحقق موت جذع الدماغ (المعيار الإنجليزي) .

وجاءت تعليمات من وزير الصحة<sup>(31)</sup> لتفسير هذا النص تفيد أن الوفاة هي "حالة فقدان اللاعاند للوعي المصحوب بالفقدان اللاعاند لقابلية التنفس التلقائي والانعدام التام للأفعال الانعكاسية لعرق الدماغ " نلاحظ على هذا التعريف بأنه اعتمد موت كل الدماغ لا كما قضت به المادة (2) من قانون نقل الأعضاء العراقي ، الذي اعتبر موت جذع الدماغ موتاً حقيقياً .

#### خامساً : موقف جمهورية مصر العربية :

ناقش مجلس النواب المصري موضوع موت الدماغ عدة مرات خلال الخمس سنوات الأخيرة ، إلا أنه وبسبب رفض بعض أعضاء مهنة الطب مفهوم موت الدماغ فإن ذلك قد أخرج الحصول على موافقة مجلس النواب على إقرار موت الدماغ كموت حقيقي للإنسان على الرغم من أن رئيس لجنة الفتوى بالأزهر قد أفتى بموضوع موت الدماغ كما سبق توضيحه في الحكم الشرعي لموت الدماغ<sup>(32)</sup> .

#### الفرع الثاني : موقف الدول الأجنبية من الموت الدماغي :

وهي مجموعة الدول التي أقرت قوانينها معيار الموت الدماغي كموت حقيقي للإنسان :

29 . انظر ندى الدقر المرجع السابق ، ص 231 .

30 . انظر د . منذر الفضل - المرجع السابق .

31 . انظر د . البطراوي - ص 28 كتاب وزارة الصحة بدرجة سري 13924 بتاريخ 16 تشرين الثاني 1987 م .

32 . انظر حكم موت الدماغ الشرعي - من هذا البحث ، ص 40

## 1. فرنسا :

كانت فرنسا البلد الذي وصف فيه موت الدماغ لأول مرة ، وقد أصدرت وزارة الشؤون الاجتماعية الفرنسية مذكرة بتاريخ 1968/4/24م ، نصت على أن التثبت من تشخيص موت الدماغ يستند لصبغة أساسية على تطابق الأدلة ، أي الفحص السريري مع تخطيط كهربائية الدماغ ، وهذه المذكرة أصبحت قانوناً في كانون الأول من عام 1978م(33) .

وقد صرح وزير الصحة الفرنسي ، بقراره رقم 1968/67(34) الخاص بتعريف الوفاة بأنها : " توقف وظائف المخ بالانعدام التام لأي رد فعل تلقائي ، واسترخاء العضلات وانعدام العدسات الحلقية " .

## 2. الولايات المتحدة الأمريكية :

عقب ظهور معايير هارفرد(35) أقرت عدة ولايات التشريعات التي تنص على قبول مفهوم موت الدماغ ، وكانت أول ولاية تعترف بموت الدماغ هي ولاية كنساس ، وذلك عام 1970(36) .

وإزداد عدد هذه الولايات بالتدريج ، خاصة بعد أن تم تشكيل اللجنة الرئاسية في سنة 1981 التي أقرت المفهوم الجديد للموت ، "وهو : التوقف التام والنهائي لجميع وظائف المخ " إضافة للتعريف التقليدي للموت المتمثل بتوقف القلب الدائم : وحالياً تعترف قوانين معظم الولايات المتحدة بموت الدماغ ، إلا أنها تشترط الحصول على إذن الأهل في حالة استقطاع بعض الأعضاء من جسد الميت لنقلها إلى مريض آخر .

وقد تمت كتابة هذا القانون بواسطة اللجنة الرئاسية بالتعاون مع الرابطة الطبية الأمريكية ، حيث حدد فيه التعريف المشار إليه أعلاه للموت ، وأفردت اللجنة ملحفاً خاصاً لمسألة كيفية تشخيص موت الدماغ ، وضعت فيه توصياتها بشأن طرق التشخيص وذلك على أيدي أطباء من ذوي الخبرة ، هذا وقد رفضت اللجنة الاعتراف بموت قشر المخ الأعلى (الحالة النباتية الخاملة) حيث إن إعلان موت مثل هؤلاء الأشخاص يعني دفنهم وهم أحياء تنبض قلوبهم بصورة طبيعية .

وقد نتج عن أعمال هذه اللجنة تغيير في تعريف الموت في معظم الولايات الأمريكية ، واعتبر منذ ذلك الوقت أن تعريف الموت يعتبر من شؤون الولاية وليس من شؤون القانون الفيدرالي .

33 . Pallis C. Harley DH, The Position of United States and in ABC of Brain stem Death , 2<sup>nd</sup> edition BMJ Publishing groups

Publishing groups

وكذلك ندى الدقر المرجع السابق المشار إليه

34 . انظر بحث الدكتور البطراوي المشار إليه سابقاً ، ص28 .

35 . انظر معايير هارفرد الواردة في كتاب ندى الدقر موت الدماغ بين الطبي والإسلام ، ص60.

36 . انظر د. منذر الفضل - ص147 ، وندى الدقر المرجع السابق ص224 .

### 3. بريطانيا(37):

حين اعتمد مفهوم الموت الدماغى (موت جذع الدماغ) كان ذلك أساساً لظهور الكود البريطانى وذلك فى اجتماع لجنة الكليات الطبية الملكية عام 1976 وعام 1979 ثم اجتماعها فى عام 1995 ، حيث أفادت أن تحقق موت جذع الدماغ كافٍ لاعتبار الموت واقع فعلاً لا موت جميع الدماغ كما هو معترف به فى أمريكا . إلا أنه ، وحتى تاريخه ، لا يوجد قانون أو حتى شبه قانون يعترف بموت جذع الدماغ على أنه موت حقيقى للإنسان حيث إنهم فى اجتماع لجنة اللوردات المكونة من أطباء ومحامين فى عام 1993 ، خلصوا إلى نتيجة مفادها عدم الحاجة لإصدار قانون خاص بهذا الشأن لأنه أمر يتعلق بأخلاقيات الطب .

### 3. فنزويلا:

نص القانون الفنزويلى ، الصادر فى (19 تموز عام 1972) على " أن التوقف النهائى لأنشطة الدماغ هو معيار الموت الحقيقى للإنسان(38) " .

### 5. كوبا :

صدر قرار وزارى فى كوبا يسمح باستخدام وتطبيق الشروط الكوبية لتشخيص الموت الدماغى وقد أوضح المحامى الدكتور جيرسى باتس ، الاعتبارات القانونية فى تشخيص الموت الدماغى ولحظة حدوثه بقوله : "على الرغم من أن الموت فى التشريعات الكوبية الصادرة عام (1942) يشخص بعد أن يؤكد الأطباء توقف القلب والتنفس إلى الأبد ، إلا أنه منذ عام 1985 قد تغيرت الشيفرة المدنية لهذا التعريف بقولها : " إن الموت يشخص بواسطة الأطباء طبقاً لشروط تحددها وزارة الصحة العامة(39) " .

وهذه النظرة تدافع عن وضع تكون فيه شروط تشخيص الموت غير مذكورة فى أى قانون وبالتالي يمكن إدخال أية شروط وفى أى وقت بناءً على الآراء الطبية السائدة(40) .

### 6. إيطاليا :

نصت المادة الخامسة من القانون الإيטالى ، رقم 235 الصادر فى 3 نيسان 1975 ، على أن التأكد من حقيقة الموت يجب أن يتم وفقاً للوسائل التى يحددها الأمر الصادر من اللجنة العليا للصحة العامة(41) ، واشترط القانون تأكيد تشخيص موت الدماغ (بأدوات طبية) .

37 . انظر ندى الدقر المرجع السابق - وأعمال مؤتمر موت الدماغ الأول .

38 . أحمد شوقي أبو خطوة - القانون الجنائى والطب الحديث - من ص 192 - ص 203

39 . انظر ندوة أعمال مؤتمر الموت الدماغى الأول المنعقدة فى هافانا - كوبا ، ص (18)

40 . انظر المرجع السابق

41 . Pallis C. Harley DH- The Position of United States and else Where , in ABC

وفي عام 1994 صدر قانون جديد برقم (582) اشترط أيضاً تأكيد التشخيص السريري لموت الدماغ بتخطيط كهربائية الدماغ أو بتصوير الشرايين عند الأطفال(42) .

## دول لم تقر الموت الدماغى :

### 1. اليابان(43) :

إن قوانين اليابان تشترط موت كافة أعضاء جسد الإنسان لاعتباره ميتاً ، وبالتالي فإن موت الدماغ ليس كافياً لتشخيص الموت عندهم ، على الرغم من أن القانون يجيز استقطاع أعضاء الموتى ، وقبل معظم الهيئات الطبية مفهوم الموت الدماغى ، ويعود الرفض القانونى لهذا المفهوم لاعتبارات دينية وثقافية وفلسفية ، ومخاوف من حدوث التلوث إذا ما تم أخذ أعضاء من الموتى لزرعها في جسم إنسان حي .

## الفصل الرابع الإنعاش وحكم إزالة أجهزة الإنعاش

إن الموت بمفهومه الحديث المتمثل بموت الدماغ ، لم يعرف في الأوساط الطبية إلا في العقدين الأخيرين ، وذلك بعد تطور صناعة الأجهزة الطبية التي أدخلت إلى غرف العناية الحثيثة للعناية بالمرضى المستعصى علاجهم ، وقد كان لهذه الأجهزة الفضل في إنعاش هؤلاء المرضى وإنقاذ حياتهم ، وقد أثبتت هذه الأجهزة فعاليتها في القدرة على تنظيم عمل بعض الأعضاء الحيوية في جسم الإنسان حتى أمكن استخدامها كأجهزة بديلة عن أجهزة الجسم التي أصابها تلف أو قصور عن القيام بوظائفها ، كأجهزة التنفس التي يتم ربطها بالميت دماغياً لتحافظ على تنظيم تنفسه بالرغم من موته .

وتثور هنا عدة تساؤلات هامة مفادها : إذا كان الشخص الذي مات دماغه ميتاً من الناحية الطبية فما الحكمة من ربطه بأجهزة الإنعاش التي تعمل على إبقائه مدة من الزمن حياً من الناحية النظرية ؟ وما حكم إزالة هذه الأجهزة عنه من الناحية الطبية والشرعية والقانونية ؟

42 . Page 4 - 44 : Brain stem Death , 2nd Edition , BMJ Publishing Group 1996 ، انظر ندى الدقر - المرجع السابق .

43 . انظر ندى الدقر - المرجع السابق ، ص 228 .

الإجابة عن هذه الأسئلة تتبلور من توضيح المقصود بالإعاش الطبيعى ، وتوضيح حكم الإعاش بالنسبة للمرضى الأحياء من الناحية الطبية والشرعية والقانونية ، وكذلك بالنسبة لموتى الدماغ ، ثم توضيح حكم إزالة أجهزة الإعاش عن موتى الدماغ .

فالإعاش هو : المعالجة المكثفة التي يقوم بها الفريق الطبي لمن فقد وعيه أو تعطلت عنده(1) وظائف بعض الأعضاء الحيوية كالقلب والرئة إلى أن تعود إلى عملها الطبيعى ، وغالباً ما يكون ذلك باستعمال أجهزة طبية بديلة كجهاز التنفس الصناعى الذى يعوض عن عمل الرئة ومنظم ضربات القلب (ناظم الخطى) وجهاز مزيل رجفان القلب ، إضافة لعلاجات دوائية مختلفة تعطى للمريض تحت المراقبة المكثفة من قبل الفريق الطبي .

وقد ظهرت أجهزة الإعاش نتيجة التطور الصناعى ونتيجة تقدم الخدمات الطبية فى غرف العناية الحثيثة ، وأصبح توقف القلب بشكل مؤقت ثم عودته للعمل ، بمساعدة جهاز الصدمة الكهربائية أو غيره من طرق الإعاش ، لا يعنى موت صاحبه فى مدة توقفه ثم عودته للحياة عند عودة قلبه للعمل بصورة طبيعية بفضل الأجهزة ، وإلا لصح اعتبار الشخص الذى تمت زراعة قلب له ميتاً ، ولهذا فإن ربط مفهوم الموت والحياة بنبض القلب ليس له دليل ، إلا إذا كان توقف القلب دائماً لا رجعة عنه .

## المبحث الأول : حكم الإعاش من الناحية الطبية ، والشرعية ، والقانونية .

### المطلب الأول : حكم الإعاش من الناحية الطبية :

بما أن الإعاش وسيلة من وسائل العلاج المكثفة التي يختص بها الأطباء وحدهم ، فهو واجب يقع على عاتقهم فامتناع الطبيب عن تقديم المعالجة المكثفة للمريض الذى استدعت حالته المرضية الإعاش ، يعرضه للمساءلة الجزائية والمدنية (التعويض) .

ولهذا لا بد أن نوضح الحالتين اللتين يتم فيهما ربط المريض بأجهزة الإعاش :  
الحالة الأولى : إنعاش المرضى فى الحالات الطارئة لإنقاذهم من خطر الموت ، وفى هذه الحالة يأخذ حكم الواجب حسب الأعراف الطبية .  
الحالة الثانية : التحقق من حدوث الموت الدماغى للمريض المصاب بالغيوبية ، ولا يتأتى ذلك إلا بعد ربطه بأجهزة الإعاش وإجراء الفحوصات التأكيديّة لحين الاستيثاق من موته .

1. انظر ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام ، ص 213 وما بعدها .



ونلاحظ أنه في كلتا الحالتين يجب على الطبيب أن يبذل قصارى جهده وطاقته في إنعاش المريض وفقاً للأصول العلمية المستقرة ، لأن إنعاش المرضى في هاتين الحالتين هو بمثابة مرحلة التشخيص لحالة المريض ، وهي أكثر المراحل أهمية ، فلا يجوز للطبيب في كلتا الحالتين أن يستخدم حواسه المجردة في التشخيص بل ينبغي له استخدام وسائل الفحص والإنعاش ومراقبة مدى استجابة المريض للعلاج بالوسائل الاصطناعية ، والطبيب هنا ملتزم باتباع وسيلة لا بتحقيق نتيجة ، فالشفاء أو الوفاة كنتيجة لا يسأل عنها الطبيب في هاتين الحالتين ، إذ أن عليه اتباع الوسائل العلمية المتعارف عليها ، وعلى الله عواقب الأمور(2).

وهذا ما تضمنته المادة (1) من الدستور الطبي(3) حيث نصت على ما يلي :  
" وتقوم المسؤولية الطبية بين الطبيب والمريض على بذل العناية وعدم الإهمال وليس الشفاء " .

كما نصت المادة (12) من الدستور الطبي على ما يلي :  
" على الطبيب عند قبوله رعاية أي شخص سواء في عيادته الخاصة أو في أي منشأة صحية أن يبذل كل جهده وطاقته لتقديم العناية والعطف والإخلاص لكل المرضى على حد سواء " .

كما نصت المادة (13) من الدستور الطبي(4) على ما يلي : " على الطبيب في مجال الرعاية الطبية الخاصة مراعاة التقاليد التالية :  
ج. فيما عدا حالات الطوارئ والإسعاف للطبيب الحق في رفض المعالجة لأسباب مهنية أو شخصية " .

ومن النص السابق يفهم أنه في حالات الطوارئ والإسعاف لا يجوز للطبيب أن يمتنع أو أن يرفض علاج المرضى في الحالات الطارئة ، كما أن الدستور الطبي قد منح الأطباء حق التصرف في حالات الطوارئ بدون الحصول على الموافقة القانونية ، فيمكن للطبيب في هذه الحالة إجراء أية عملية جراحية يراها ضرورية بدون الحصول على تلك الموافقة من المريض أو ذويه .  
وهذا ما نصت عليه المادة (18) من الدستور الطبي(5):

" إذا طلب الطبيب بشكل طارئ لإسعاف مريض عاجز أو فاقد لقدرته على التصرف ولم يتمكن من الحصول على الموافقة القانونية في الوقت المناسب مع تثبيت ذلك في حينه فعليه أن يقوم بالمعالجة اللازمة دون النظر إلى أي اعتبار آخر " .

### المطلب الثاني : حكم الإنعاش من الناحية الشرعية :

2. انظر د. عبد الوهاب البطراوي - بحث في مسئولية الجنائية للأطباء - من مجموعة بحوث جنائية حديثة ، الجزء الأول الطبعة الثالثة - دار الفكر العربي

3. انظر المادة رقم (1) من الدستور الطبي (واجبات الطبيب وآداب المهنة) من مجموعة تشريعات المتعلقة بنقابة الأطباء الأردنيين ، ص 27 .

4. انظر المرجع السابق المادة (12) و (13) من الدستور الطبي ، ص 31

5. انظر المرجع السابق من الدستور الطبي المادة (18) ، صفحة 32 .

6. انظر ندى الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام ، ص 214 وما بعدها .

الإنعاش ، كما أوضحنا في المطلب السابق ، شكل حديث من أشكال التداوي ، وهو وسيلة لإنقاذ الحياة بهذا يمكن القول بأنه يدخل ضمن الأسباب المزيلة للضرر المقطوع بحصول ثمرتها فيما جرت به العادة المطردة(6) ، بالتالي فهو يأخذ حكم الوجوب بالنسبة للمريض ويأثم بتركه ، إذ يعرض حياته للخطر ، ويستدل على ذلك بقوله تعالى : "ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة" [سورة البقرة آية 195] وقد ذكر الشافعية رأيهم بقولهم : " إذا علم الشفاء بالمدواة وجبت " . ورد في صحيح البخاري بشرح فتح الباري عن أسامة ابن شريك قال : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "تداووا يا عباد الله ، فإن الله لم يضع داء إلا وضع له شفاء إلا داءً واحداً الهرم " .

كما قال الشيخ محمد المختار السلامي (مفتي تونس) : " بأن الإنعاش واجب ذلك أنه لا تختلف حالة الإنعاش عن أي حالة من حالات الاضطرار التي تقلب حكم التحريم إلى الوجوب حفاظاً على الحياة ثاني المقاصد الضرورية الخمسة : الدين والنفس والعقل والمال والنسل " .

### المطلب الثالث : حكم الإنعاش من الناحية القانونية :

لم تتضمن التشريعات الأردنية نصوصاً توضح حكم الإنعاش ، ولعل ذلك يعود إلى أن الإنعاش يعتبر شكلاً من أشكال التداوي والعلاج ، الذي تلتزم بتقديمه الأوساط الطبية للمرضى الذين تستدعي حالتهم المرضية وضعهم على أجهزة الإنعاش ، كما أوضحنا في المطلب الأول من هذا البحث ، حيث إن لكل مهنة من المهن قواعد و أصول عامة تحكم سلوكيات منتسبيها والقائمين بها ، وهي ذات طبيعة عرفية إما لأنها تتسم بالمرونة بما لا يستطيع أي قانون اللحاق بها نظراً لطبيعته الجامدة ، أو لأنها في تنام مستمر بحيث لا يمكن حصرها بنصوص محددة ، فالنصوص تتناهي والأعراف لا تتناهي وما لا يتناهي لا يضبطه ما يتناهي(7) . ولهذا فالأعراف الطبية ذات طبيعة ملزمة ، مثلها مثل النصوص القانونية ، وقد أجمعت سائر القوانين الجزائية والمدنية على قاعدة عامة فحواها أن الطبيب ملتزم ببذل عناية وليس بتحقيق نتيجة ، وذلك باتباع وسيلة من وسائل العلاج الصحيحة فقط لا تحقيق نتيجة الشفاء ، بمعنى أن أي طبيب لم يتبع تلك الأصول كوسيلة علاج يصبح مسؤولاً مسؤولية مخصصة أما إذا اتبع وسائل العلاج الصحيحة فلا مسؤولية عليه سواء أشفي المريض أم توفي ، فالشفاء أو الوفاة - كنتيجة - لا يسأل عنها الطبيب ، إذ أن عليه أن يتبع الوسائل التي اعتمدها أصول المهنة بدون تقصير أو إهمال .

وهذا ما نصت عليه المادة (62) من قانون العقوبات الأردني(8) :

1. " لا يعد الفعل الذي يجيزه القانون جريمة " .

7. انظر بحث الدكتور البطراوي - المسؤولية الجنائية للأطباء .

8. انظر قانون العقوبات الأردني - مادة رقم (62) ، رقم (16) لسنة 1960

2. " يجيز القانون : (ج) العمليات الجراحية والعلاجات الطبية المنطبقة على أصول الفن شرط أن تجري برضى العليل أو رضى ممثليه الشرعيين أو حالات الضرورة الماسة "

فالإنعاش يمكن تفسيره وفقاً للفقرة (ج) من المادة (62) " بأنه عمل يدخل ضمن العلاجات الطبية المنطبقة على أصول الفن فإذا حدثت الوفاة بالرغم من إنعاش المريض فإن الطبيب لا يساءل عن هذه النتيجة جزائياً أو مدنياً" وبالمفهوم المخالف فإن عدم إنعاش الطبيب المعالج المريض يجعله محلاً للمساءلة الجزائية والمدنية وفقاً لقصده فإذا امتنع عن علاج المريض وإنعاشه يسأل عن جريمة قصدية إذا نجم عنها وفاة تسبب بها تركه للمريض وعدم تقديم الرعاية له وإنعاشه .

وإن كانت الوفاة نتيجة الإهمال أو قلة احتراز يساءل عن جريمة غير قصدية لعدم تقديم الطبيب العلاج المكثف والإنعاش للمريض قد يتسبب في قتله أو إيذانه وإن كان غير مقصود ، وذلك عملاً بنص المادة (343) من قانون العقوبات : " من سبب موت أحد عن إهمال أو قلة احتراز أو عدم مراعاة القوانين والأنظمة عوقب بالحبس من ستة أشهر إلى ثلاث سنوات " .  
والطبيب في حالة امتناعه عن إنعاش المرضى إنما يخالف أصول مهنته ويخالف الأنظمة والقوانين ، ولا بد أن تناله يد العدالة في حالة امتناعه عن إنقاذ المريض .

## المبحث الثاني : حكم وقف وإزالة أجهزة الإنعاش عن الميت دماغياً :-

إذا قرر الأطباء وجوب وضع المريض على أجهزة الإنعاش فلا يسوغ لهم رفع تلك الأجهزة إلا إذا زال السبب الذي استدعى وضع تلك الأجهزة على المريض ، وعاد المريض لحالته الطبيعية التي لا يحتاج معها للإنعاش .  
وهناك حالتان متفق عليهما طبياً وشرعياً وقانونياً لإزالة الأجهزة عن المريض وهما :

الحالة الأولى: عودة المريض إلى حالته الطبيعية وعدم حاجته لتلك الأجهزة .  
الحالة الثانية : إذا توقف قلبه بصورة لا رجعة عنها .  
أما الحالة الثالثة فهي موت الدماغ ، وهي المسألة المختلف عليها من الناحية الشرعية والقانونية ، وفيما يلي تفصيل لتلك الحالة :

### المطلب الأول : حكم وقف وإزالة أجهزة الإنعاش من الناحية الطبية :

هناك إجماع طبي بأن موت الدماغ هو موت حقيقي للإنسان ، وعند التحقق من حدوثه يسوغ للأطباء وقف أجهزة الإنعاش وإزالتها عن المريض ، إلا أن هذه المسألة تخضع لاعتبارات قانونية وشرعية تختلف من دولة لأخرى .

ففي الدول التي نصت تشريعاتها على اعتبار الموت الدماغى موتاً حقيقياً للإنسان ، فإن مسألة إزالة الأجهزة عن المتوفى دماغياً لا تثير أية صعوبات ما دام القانون قد اعترف بأن الميت دماغياً هو ميت حقيقة ، وأن إزالة أجهزة الإنعاش عن الشخص المتوفى هو عمل مشروع يمكن للطبيب القيام به عند تحققه من واقعة الوفاة وفق ضوابط معينة يحددها القانون .

أما في البلدان التي لم تنص تشريعاتها على اعتبار الموت الدماغى موتاً حقيقياً للإنسان ، وصدرت بها فتاوى شرعية تجيز ذلك ، فإن الأطباء لا يملكون إزالة هذه الأجهزة ما لم يحصلوا على إذن من ذوي المتوفى يسمح لهم بذلك ، وإلا كانوا محلاً للمساءلة القانونية مثل ما هو معمول به في الأردن .

وأما في الدول التي لم تنص تشريعاتها القانونية على اعتبار الموت الدماغى موتاً حقيقياً للإنسان ، ولم تصدر بها فتاوى شرعية تعتبره كذلك ، فإنه لا يجوز للأطباء أن يزيلوا أجهزة الإنعاش أو يوقفوها عن المريض حتى تتعطل جميع أعضائه عن العمل بصورة طبيعية كما هو معمول به في اليابان .

إلا أن هناك حالة متفقا عليها طبياً في إبقاء أجهزة الإنعاش على الميت دماغياً من الناحية الطبية ، تتمثل في حالة الحاجة إلى استقطاع أعضاء منه بغرض زرعها لشخص آخر .

### المطلب الثاني : حكم وقف وإزالة أجهزة الإنعاش من الناحية الشرعية :

بين العلماء المسلمين المعاصرين اختلاف في اعتبار الموت الدماغى موتاً حقيقياً للإنسان كما تم توضيحه سابقاً، إلا أن بينهم شبه اتفاق في جواز رفع أجهزة الإنعاش عن ميت الدماغ حالما يثبت تشخيصه سواء المؤيدون منهم والمعارضون .

فمن اعتبره موتاً كفاه دليلاً على جواز رفع أجهزة الإنعاش اعتباره كذلك . أما المعارضون لمفهوم الموت الدماغى ، فأجازوا رفع الأجهزة عن ميت الدماغ لاعتبارين اثنين :

الاعتبار الأول : لأن الحياة الحقيقية ليست تلك التي تنبعث من أجهزة ، فلا يعد فصله عنها قتلاً وفي ذلك قال الشيخ عبد القادر محمد العماري (9) القاضي بالمحكمة الشرعية الأولى بقطر : " أما مسألة ما توصل إليه الطب من أن موت المخ هو الموت الحقيقي للشخص فيكون ذلك في حكم الميؤوس من حياته فلا يلزم الطبيب أن يبقي عليه الأجهزة التي تطيل عليه حالة النزاع والاحتضار بما لا فائدة منه ، وقد قال الفقهاء : إن حكم من هو في النزاع حكم الميت ، فلا حرج على

9. الشيخ عبد القادر العماري - بحث نهاية الحياة وأعمال ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإنساني ، ص 486 .

الطبيب إن هو مد يده إلى إطفاء الجهاز لان الحياة المتوقفة على جهاز غير طبيعي ليست في الحياة الحقيقية " .

الاعتبار الثاني : أن التداوي إنما يجب أو يسن عندما يتيقن الشفاء به أو يترجح ، أما إذا لم يكن هذا ولا ذلك فلا يشرع .

وفي هذا الاعتبار قال الدكتور القرضاوي (10) :

" إن الدواء يكون واجباً حين يتيقن الشفاء به أو على الأقل يترجح ، أما حينما لا يكون هناك تيقن ولا رجحان بشفاء المريض بهذا الدواء فمن يوجب ذلك؟ ومن يوجب أن يبقى المريض تحت أجهزة الإنعاش الصناعية لأسابيع وأشهر ولا أمل في شفائه قط ولا استفادة إلا تعذيب أهله أو إنفاق المصاريف عليه؟ " وقد ورد في البند السادس من توصيات ندوة "الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها" المنعقدة في الكويت ربيع الثاني 1405هـ ما يلي(11) : " اتفق الرأي على أنه إذا تحقق موت الدماغ بتقرير لجنة طبية مختصة جاز حينئذ إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعية "

أما في الأردن فإن دائرة الإفتاء العام التابعة لوزارة الأوقاف والشؤون والمقدسات الإسلامية أقرت رفع أجهزة الإنعاش في قرارها رقم (1) لسنة 1988 وتضمن القرار ما يلي(12) :

" ولا عبرة حينئذ بكون أعضاء الميت كالقلب لا يزال يعمل عملاً آلياً بفعل أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص ولا يحكم الأطباء بالموت في هذه الحالة إلا بعد الاستيثاق والتأكد من الأمور التالية " إلى آخر القرار .

يفهم من هذا النص أن دائرة الإفتاء العام في هذا القرار لم تعد بشكل الحياة التي تضيفها أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص الذي ثبت أن دماغه قد مات وبدأ بالتحلل ، وبالتالي فإنه يمكن إزالة الأجهزة عنه بعد استكمال شروط التشخيص من قبل لجنة مختصة ، وتعتبر ساعة توقيع اللجنة على تقرير الوفاة هي ساعة وفاة الشخص في حق الأمور التي ترتبط بتاريخ الوفاة .

بالإضافة إلى أن مجلس مجمع الفقه الإسلامي في دورة مؤتمره الثالث في عمان قد أفتى بإمكانية إزالة الأجهزة عن الميت دماغياً ، في قراره رقم (5د) بتاريخ 86/7/3م ، كما سبق وأوضحنا في الحكم الشرعي للموت الدماغي حيث نص في القرار على ما يلي :

" وفي هذه الحالة ( أي حالة الموت الدماغي ) يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص ، وإن كان بعض الأعضاء كالقلب مثلاً يعمل بصورة آلية . "

### المطلب الثالث : حكم وقف وإزالة أجهزة الإنعاش من الناحية القانونية :

10. انظر يوسف القرضاوي من هدي الإسلام - فتاوى معاصرة - الجزء الثاني ، ص526 وما بعدها - دار الوفاء المنصورة ط1 لسنة 1993 .

11. انظر أعمال ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي ، ص678 .

12. انظر قرار دائرة الإفتاء العام رقم (1) لسنة 1988 .

لقد أوضحنا من دراستنا هذه أن التشريعات الأردنية قد أغفلت تعريف الموت ، الأمر الذي أدى إلى صعوبة في تطبيق النصوص القانونية التي عرفت الوفاة على حالات الموت الدماغي .

فإغفال النص على اعتبار الموت الدماغي موتاً حقيقياً للإنسان يخلق صعوبة بالغة في مسألة وقف وإزالة أجهزة الإنعاش عن المتوفى دماغياً ، وقد يتبادر إلى الأذهان أنها شكل من أشكال القتل الرحيم أو القتل بدافع الشفقة في حين أنها بعيدة كل البعد عن ذلك ، لأن القتل بدافع الشفقة يقع على إنسان حي يتألم وميؤوس من شفائه ، ويكون الباعث إلى قتله وضع حد لآلامه ، وقد تصدق هذه التسمية على الحالات النباتية المستمرة ( وإن كان المريض هنا لا يشعر بأية آلام بسبب غيبوبته ، في حين أن وقف وإزالة أجهزة الإنعاش عن المتوفى دماغياً ليس فيهما اعتداء على حياة الشخص لأن الشخص هنا ميت لا يحس ولا يتألم ولا يتصور عودته للحياة حسب الحقائق العلمية .

فأجهزة الإنعاش لن تعيد إليه الحياة التي فقدها ، ولن تطيل من عمره الذي انقضى ، وكل ما في الأمر أن هذه الأجهزة تعمل على إطالة حياة أعضائه ، لأن وصف الحياة هنا لا ينطبق على حياة الشخص كاملة بل على مستوى الأعضاء فقط ، لذلك فإن وقف عمل تلك الأجهزة وإزالتها عن المتوفى دماغياً لن يغير من واقعة وفاته شيئاً .

ولهذا فإنني أتمنى على المشرع الأردني أن يأخذ هذه المسألة بعين الاعتبار ، أسوة بما قامت به التشريعات المقارنة التي ضمنت قوانينها نصوصاً تحكم هذه المسألة ، فقد نص قانون استئصال الأعضاء الإيطالي على ما يلي : " أن لا تزيد مدة ربط الميت دماغياً بالأجهزة عن شهر واحد " .

أما القانون الأمريكي فقد اشترط مدة شهرين ما دامت الجثة تحت العناية المركزة أو خمسة عشر يوماً إذا كانت العناية غير مركزة (13) .

ونلاحظ أن قانون الانتفاع بأعضاء الإنسان الأردني رقم (3) لسنة 1977 قد خلا من توضيح حكم لهذه المسألة ، على الرغم من أنه قد تم إجراء عدة عمليات في الأردن لاستقطاع أعضاء من الأشخاص المتوفين دماغياً وكان حرياً بمشرعنا أن يحدد وضع هؤلاء الأشخاص هل هم أحياء أم أموات أولاً؟ وأن يحدد المدة القانونية التي تجب مراعاتها في إبقاء أجهزة الإنعاش على الشخص الذي تم التحقق من موته دماغياً إذا اعترف بواقعة وفاته طبقاً لمفهوم موت الدماغ ، لأن الغاية من إبقاء تلك الأجهزة عليه في هذه الحالة تنحصر في إمكانية الانتفاع بأعضائه فقط .

13. انظر بحث الدكتور الطراوي - شرعية عمليات نقل الأعضاء ، ص 29 - مجموعة بحوث جنائية حديثة - الجزء الأول - دار الفكر العربي ، طبعة ثالثة ، لسنة 1996 .

وأتمنى أن يتم تنظيم مسألة وقف إزالة الأجهزة عن المتوفى دماغياً ووضع ضوابط لها حسب ما ورد في الفتوى الشرعية الصادرة عن دائرة الإفتاء العام الإسلامي ، لأن عدم تنظيم هذه المسألة وفق ضوابط خاصة سيؤدي إلى ظهور عديد من الإشكالات القانونية والعملية التي سوف نقوم بإعطاء موجز عنها في الفصل الخامس من هذا البحث .

## الفصل الخامس : التكييف القانوني للموت الدماغي في ظل التشريعات الأردنية المعمول بها حالياً

قبل الدخول في تفاصيل هذا الموضوع ، لا بد أن أوضح أن ما استخلصته من نتائج في الفصول السابقة تتلخص في أن الموت الدماغي لا يمكن أن يكون مثار بحث من الناحية القانونية طبقاً لمعايير التشخيص المعمول بها في الأردن إلا في حالة فقدان الدائم لوظائف كل الدماغ بصورة لا رجعة فيها ، والموت الدماغي بهذا المفهوم بحاجة إلى نص خاص من المشرع يحدد فيه تعريف الموت الدماغي المعتمد كمعيار للموت ، لاسيما أنه قد ثبت من هذه الدراسة أن للموت الدماغي أكثر من معيار ، كموت جذع الدماغ ، وموت قشر الدماغ اللذين لا يعتبران ، -وفقاً للرأي الطبي السائد لدينا في الأردن والحكم الشرعي- ، داخلين ضمن تعريف الموت الدماغي ، الأمر الذي يتطلب من مشرعنا تحديد موقفه من الموت الدماغي تحديداً "واضحاً" لا لبس فيه ، وذلك بإفراد نص يذكر فيه صراحة اعتماده له كمعيار حقيقي للموت من عدمه ، مما يمكننا من تطبيق الأحكام القانونية والآثار العامة المترتبة على الموت الطبيعي على حالات الموت الدماغي في الحالة الأولى المتمثلة باعتماد الموت الدماغي ، حيث إنه ثبت طبيياً وبما لا يدع مجالاً للشك أنه لا يمكن إعادة الحياة إلى شخص مات دماغه ، الأمر الذي يجعل من الشخص الميت دماغياً ميتاً حقيقة ولا يحتاج لتقرير ذلك سوى سند من القانون لإثبات حدوث الوفاة ثم إلى شهادة طبية معتمدة توضح تاريخ حدوثه ، حيث إن عدم اعتبار الموت الدماغي موتاً حقيقياً للإنسان سيؤدي إلى ظهور أوضاع قانونية

غريبة تتعلق بموتى الدماغ الذين يحكم ببقائهم على أجهزة الإنعاش ، لمعالجة هذه الأوضاع فإن ذلك يتطلب من المشرع أفراد نصوص قانونية تتولى تحديد الوضع القانوني للميت دماغياً ومركزه القانوني في هذه الأحوال وما ينطبق عليه من أحكام .

وسوف أورد فيما يلي مثلاً يوضح الحاجة إلى النص القانوني ، مفترضة دخول شخص بحالة غيبوبة إلى المستشفى وبعد فحص حالته وإخضاعه لمجموعة الاختبارات السريرية تبين أن هذا الشخص (ميت دماغياً) ، وتم إبلاغ أهله بوفاته ، ونظراً لكون نويه من ميسوري الحال ، فقد قرروا إبقاءه على أجهزة الإنعاش الطبية المساعدة التي تعمل على إضفاء شكل الحياة على أعضائه ولو توقفنا قليلاً عند هذه الحالة ، وبدأنا بطرح الأسئلة التالية :

س1 : ما هو وضع هذا الشخص من الناحية (المدنية) على ضوء نصوص القانون المدني المعمول به حالياً ؟  
وما هو وضعه في ضوء القوانين الأخرى المنظمة للوفيات ودفنها ، كقانون الأحوال المدنية وقانون الصحة العامة المعمول بهما حالياً ؟

س2 : ما مجال الحماية الجزائية لهذا الشخص فيما لو وقع عليه اعتداء في ضوء النصوص الجزائية المعمول بها ؟ .

س3 : ما هو الوضع القانوني بالنسبة لهذا الشخص من الناحية الشرعية في قانون الأحوال الشخصية المعمول به حالياً على الرغم من الفتاوى الشرعية بهذا الشأن ؟ .

ولكي نتمكن من الإجابة عن هذه الأسئلة فإنه لا بد من الرجوع إلى التشريعات الأردنية ، التي تتولى نصوصها تعريف وتنظيم الوفاة وتطبيقها على موتى الدماغ تأسيساً على كل ما سبق تفصيله في هذه الدراسة للتوصل إلى نتيجة بشأنه ، وهل يعتبر ميتاً من الناحية المدنية والجزائية والشرعية أم لا ؟ .

## المبحث الأول

الموت الدماغى وفقاً للقانون المدني الأردني ووفق القوانين الأخرى المنظمة للموت .



**المطلب الأول : الموت الدماغي وفقاً لنصوص القانون المدني رقم (43) لسنة 1976 :**

لقد أوضحنا في الفصل الأول معيار بدء الحياة الإنسانية ونهايتها في القانون المدني الأردني المنصوص عليهما في المادة (30) منه : " تبدأ حياة الإنسان بتمام ولادته حياً وتنتهي بوفاته "، وبينا قصور النص عن تحديد معيار محدد للوفاة يتم اعتماده من الناحية القانونية لتقرير حدوث واقعة الوفاة .

ولئن كان نص المادة (30) من القانون المدني الأردني مقبولاً فيما مضى ، حيث لم يثر تطبيقه أية صعوبات قانونية تذكر ، لأن الموت كان يعرف آنذاك إما بتوقف جهاز القلب أو توقف جهاز التنفس عن العمل وبالتالي كان تحديد الوفاة يتم بظهور إحدى هاتين العلامتين على الإنسان أو ظهورهما معاً ، إلا أن التطور العلمي الكبير في العصر الحديث الذي أثبت أن توقف جهازي القلب والتنفس عن العمل فترة من الوقت قد لا يعني وفاة الشخص ، حيث أصبح بالإمكان -كما أوضحنا سابقاً - إعادة النبض والتنفس لشخص توقف قلبه أو انقطع نفسه بوضعه على أجهزة تنشيط القلب والتنفس ، الأمر الذي لا يمكننا من القول بأن هذا الشخص قد مات بسبب توقف قلبه أو انقطاع تنفسه وأنه بعد إنعاشه قد عاد للحياة ، وهو ما دعا الأطباء إلى اعتماد معيار أكثر دقة في تحديد حدوث الوفاة والمتمثل بموت الدماغ .

وتطور مفهوم الوفاة بهذا الشكل قد خلق مشكلة وصعوبات فيما لو أردنا الأخذ بمفهوم الوفاة الوارد في المادة (30) المشار إليها أعلاه على حالات الموت الدماغي ، فالميت دماغياً قد يوضع على الأجهزة لإبقاء حياة بعض أعضائه كالقلب والرئتين ، وقد تطول هذه المدة أو تقصر حسب استعداد أنسجة هذه الأعضاء وقابليتها للتلف خلال فترة زمنية قد تمتد لعدة أشهر في بعض الأحيان ، وهذه المدة تخلق لنا -نحن القانونيين -في الواقع وضعا قانونياً معقداً وغير مألوف يتمثل في تباين النظرة إلى المتوفى دماغياً من قبل الأشخاص الذين تربطهم به روابط قانونية ، فالنظرة العامة والمألوفة أن الشخص عندما يتوفى يوارى الثرى ، في حين أن هذا الشخص لازال راقداً بالمستشفى محتفظاً بمظاهر الحياة -من نبض وتنفس- وان كان بفعل الأجهزة ، ويعامل كمريض أمام الغير .

ولتوضيح بعض الإشكالات العملية ، التي ربما تثار بالنسبة للموت الدماغي ، فإننا نورد المثال التالي : شركة تضامن مكونة من شخصين ، أحدهما توفي دماغياً وتم إبقاؤه على الأجهزة لفترة من الزمن امتدت لعدة أشهر ، فما هو الحكم القانوني لهذه الشركة ، هل تبقى قائمة ؟ أم أنها تنقضي حكماً وفقاً للقانون ؟ نصت الفقرة (د) من المادة 32 من قانون الشركات الأردني(1) لسنة 97 على ما يلي :- " تنقضي شركة التضامن في أي من الحالات التالية :

1. انظر قانون الشركات الأردني لسنة 97 ، مادة (28) ومادة (32) .

د. بقاء شريك واحد فيها مع مراعاة ما ورد في الفقرة (د) من المادة (28) من هذا القانون " .

أما الفقرة (د) من المادة (28) المشار إليها أعلاه فقد نصت على ما يلي:-  
" في حالة انسحاب أحد الشركاء وفقاً لأحكام الفقرة (أ) من هذه المادة ، وكانت الشركة مكونة من شخصين فلا يؤدي ذلك إلى فسخ الشركة ويترتب على الشريك الباقي إدخال شريك جديد أو أكثر إلى الشركة عوضاً عن الشريك المنسحب خلال ثلاثة أشهر من تاريخ الانسحاب وإذا لم يقم بذلك خلال هذه المدة تنفسخ الشركة حكماً " .

وبتطبيق هذين النصين على وضع الشريك المتوفى دماغياً الذي تم وضعه على الأجهزة ، فإن واقعة وفاته غير المعلنة من شأنها أن تؤدي إلى بقاء شريك واحد فيها حسب ما هو منصوص عليه في المادة (32) من قانون الشركات الأردني ، إلا أن بقاءه في المستشفى من شأنه أن يغير من النظرة القانونية إلى هذا الشخص ، مما يسهل على الشريك الآخر استغلال مثل هذا الوضع لمصلحته وذلك بالتمسك بحياة شريكه أمام الغير واستنثاره بالشركة ومواردها دون التقيد بما ورد في الفقرة (د) من المادة 28 المذكورة أعلاه .

وما هو رأي القانون بمثل هذا الوضع المثير للتساؤلات الذي من شأنه أن يربك الوضع القانوني للمتوفى دماغياً ؟ وما مدى الحماية التي يوفرها القانون لهذا الشخص أو ورثته للحد من استغلال الآخرين لوضعه فيما لو افترضنا أن هذا الشخص لازال بنظر القانون حياً ؟ وما هو التكييف القانوني لحالته المدنية ؟ أهو شخص ميت أم حي ، وهل يتمتع بالأهلية القانونية أم أنه فاقدها ؟

إن الواقع العملي ، المتمثل بغيوبة المتوفى دماغياً ووضعه على الأجهزة الطبية قد يفسر بأنه حالة من حالات فقدان الأهلية التي تسبب بها عجزه التام عن إبرام أية تصرفات قانونية قولية أم فعلية ، ولكن أين النص القانوني الذي يمكننا من اعتباره كذلك ؟ أن المتوفى دماغياً لا تنطبق عليه أي من حالات فقدان الأهلية التي حددها قانوننا المدني على سبيل الحصر في المادتين (44) و(45) منه ، فهذا الشخص لا تنطبق عليه أحكام الجنون أو السفه أو العته أو ذوي الغفلة ، وهو ليس من ذوي العاهتين الذين اختصهم القانون بالمساعدة القضائية منعاً لوقوعهم في خطر التصرفات الناجمة عن العاهات الجسمية لانقص في أهليتهم وإنما لصعوبة تعبيرهم عن إرادتهم .

وهؤلاء بمجملهم أشخاص يتمتعون بالحياة والحيوية ويتصور صدور أفعال منهم قد تكون ضارة أو نافعة ، ويتصور تضررهم من قبل الغير ، ولهذا خصهم القانون وشملهم بالحماية من الغير إما لفقدهم التمييز والإدراك والإرادة مما يجعلهم عرضة للاستغلال من قبل الغير ، أو لافتقارهم لحسن التدبير ، كما نص على حماية الغير منهم في مجال المسؤولية المدنية حسبما ورد في المادة (256) من القانون المدني الأردني :-

" كل إضرار بالغير يلزم فاعله ولو غير مميز بضمان الضرر " .

إلا أننا حين نقول بأن الشخص الذي مات دماغه شخص حي ، فإن ذلك يتطلب منا اعتباره شخصاً يتمتع بكامل الأهلية المنصوص عليها في المادة (43) من القانون المدني الأردني، حيث نصت على ما يلي: "كل شخص يبلغ سن الرشد متمتعاً بقواه العقلية ولم يحجر عليه يكون كامل الأهلية لمباشرة حقوقه المدنية"، وحيث أن الشخص في مثالنا المذكور آنفاً هو شخص أدرك سن الرشد وهو بكامل قواه العقلية فإن ذلك يستتبعه قدرته على إدارة شؤونه بنفسه، (لأنه لو كان واحداً ممن اعتبرهم القانون من فاقد الأهلية أو عديميها الخاضعين لأحكام الولاية أو الوصاية أو القوامة التي نص عليها في المادة (46) من القانون المدني الأردني، لما أثارت مسألة موته دماغياً أية إشكالات قانونية طالما أن هناك من ينوب عنه في إبرام التصرفات القانونية).

وبالرجوع إلى المادة (116) من القانون المدني الأردني(2) ، والتي نصت على ما يلي :

"كل شخص أهل للتعاقد ما لم تسلب أهليته أو يحد منها بحكم القانون"، نجد أنها تؤكد على أن الأصل في الشخص توافر الأهلية فيه وذلك وفقاً لما افترضته في هذا المثال، أما عدم الأهلية فيجب أن يقرر بمقتضى نص في القانون . والميت دماغياً في هذا المثال شخص من المفترض أنه كان يتمتع بكامل أهليته، إلا أنه قد طرأ عليه عارض جعله فاقداً للتمييز والوعي والإرادة والشعور، وعاجزاً عن القيام بأية أفعال مادية وإبرام أية تصرفات قانونية لعدم قدرته على ذلك حسبما أوضحنا في تشخيص حالته في الجانب الطبي من هذا البحث . فهذا الشخص لا يتصور منه إضرار بالغير أو إضرار بنفسه لفقدانه كل مقومات الحياة والحيوية نتيجة لموت دماغه ، فالقول بفقدانه للأهلية أمر غير متصور ، حيث إن الأهلية من النظام العام وليس لأحد أن يجرده منها ما لم ينص القانون على ذلك ، طالما أن القانون لم يعترف بالموت الدماغى كموت حقيقي فإن أهليته للوجود تبقى قائمة لحين إعلان وفاته، أما بالنسبة لأهليته للأداء فإن الميت دماغياً قد فقد أهلية الأداء بانعدام الإدراك والتمييز والإرادة لديه.

إلا أن اعتباره فاقداً لأهلية الأداء يحتاج إلى نص قانوني حسب ما ورد في المادة (116) من القانون المدني الأردني المذكورة آنفاً، فكيف يمكن الاستدلال على فقدان الميت دماغياً لأهلية الأداء بغياب النص القانوني؟ قد يقول ، بعضهم بأنه يمكن لمن له مصلحة من أقارب أو ورثة الشخص المتوفى دماغياً أن يطلبوا من المحكمة تنصيب وصي أو قيم عليه ليتولى شؤونه القانونية وإدارة أمواله قياساً على حالة من أصيب بعاهة أو عجز جسماني، وخاصة أن القياس في المواد المدنية جائز عملاً بأحكام المادة (3) من القانون المدني الأردني حيث نصت على ما يلي: " يرجع في فهم النص وتفسيره وتأويله ودلالته إلى قواعد أصول الفقه الإسلامي"، وقد يقول بعضهم إن حكم مرض الموت والغيوبية الشرعي قد يصدق

2. انظر القانون المدني وفقاً لنص المادة (116) : كل شخص أهل للتعاقد ما لم تسلب أهليته أو يحد منها بحكم القانون .

على هذه الحالة ، وبالتالي يمكن قياس حالة الميت دماغياً عليهما، وهنا يحتاج الأمر إلى إثبات مرض الموت والغيوبية بالخبرة الطبية باعتبارهما من العوارض الطبيعية التي تطرأ على الشخص فتفقده أهلية الأداء وتبقي على أهلية الوجود لديه طوال فترة غيبوبته .

إلا أن تقرير الخبرة الطبية وفقاً للرأي الطبي السائد لدينا يثبت هنا أن حالة الغيبوبة لهذا الشخص ليست غيبوبة مرضية يمكن الشفاء منها، فوفقاً للرأي الطبي هو ميت، وبالتالي لا يمكن تطبيق حكم الغيبوبة المستمرة عليه لأن حكم الغيبوبة الشرعي يصدق على مرضى الحالة النباتية المستمرة وليس على موتى الدماغ.

كما أنه لا يمكن اعتبارها مرض موت حسب ما ورد في القانون المدني الأردني، حيث نصت المادة (543) منه علي ما يلي:-

"1- مرض الموت: هو المرض الذي يعجز فيه الإنسان عن متابعة أعماله المعتادة ، ويغلب ، فيه الهلاك ويموت على تلك الحال قبل مرور سنة ، فإن امتد مرضه وهو على حالة واحدة دون ازدياد ، سنة أو أكثر تكون تصرفاته كتصرفات الصحيح.

2- يعتبر في حكم مرض الموت الحالات التي يحيط بالإنسان فيها خطر الموت ويغلب في أمثالها الهلاك ولو لم يكن مريضاً ."

ومرض الموت يحتاج إلى الخبرة الطبية لإثباته ، وقد يصدق على مرضى الحالة النباتية المستمرة، وإن كان يختلف عنه بالنسبة للمدة التي تستمر بها غيبوبة الشخص المصاب بها لأنها قد تستمر لأعوام ، وقد يستعيد المريض وعيه بعدها أو يتوفى ، كما أن مرضى الغيبوبة المستمرة غير قادرين على إبرام أي تصرفات قانونية مما يستدعي تنصيب أوصياء أو قوام عليهم ، بعكس المريض مرض الموت الذين بإمكانه إبرام بعض التصرفات القانونية كالبيع للتهرب من دائنيه أو لمحاباة أحد ورثته.

أما بالنسبة لموتى الدماغ فإنه لا يمكن بأي حال تنصيب أولياء أو قوام عليهم لأن تقرير الخبرة الطبية سيكون وفاة طبقاً لمعيار موت الدماغ .  
فما هو رأي القانون المدني بهذه الحالة ؟ وهل يعتد برأي الخبرة أم يرفضه ؟ وهل يتعارض هذا التشخيص مع نص المادة (30) التي مفادها أنه تنتهي حياة الإنسان بوفاته ؟

قد يقول البعض بأنه لا مانع من القول بانطباق المادة 30 من القانون المدني الأردني على الموت الدماغى خصوصاً أن هناك مبدأ قانوني يفيد بأن "المطلق يجري على إطلاقه" وهو نفس مضمون المادة 218 التي نصت على ما يلي: " أن المطلق يجري على إطلاقه إذا لم يقم دليل التقييد نصاً أو دلالة".؟

قد تبدو الإجابة عن هذه الأسئلة سهلة ويسيرة لو أخذنا بالمبدأ السابق أو إذا أردنا تفسير إجماع المشرع عن تعريف الوفاة في نص المادة المذكورة بأنه يعزى إلى اعتبار إعلان واقعة الوفاة مسألة طبية يختص بتقرير حدوثها الأطباء

وحدهم وتحكمها أخلاقيات الطب أسوة بما فعلته بعض التشريعات الأجنبية، ولأمكن القول حينها بأن معيار الموت الدماغي لا يتعارض مع نص المادة المذكورة ، إذ أنه يمكننا من اعتبار الشخص في مثالنا هذا ميتاً من الناحية القانونية .

إلا أن الواقع العملي غير ذلك ، فالمشرع الأردني لم يعتبر مسألة تقرير الوفاة مسألة طبية يختص بها الأطباء وحدهم ، فبالرجوع إلى القوانين التي لها علاقة بتنظيم أوضاع الموتى ودفنهم : كقانون الصحة العامة رقم (21) لسنة 1971م وقانون الأحوال المدنية رقم (32) لسنة 1966م يتضح لنا أن مسألة تشخيص الموت لا يختص بها الأطباء وحدهم بل يختص بها مختار البلدة حيث لا يتوفر أطباء وكذلك أمين السجل المدني وأقارب المتوفى ممن حضروا وفاته ، الأمر الذي يؤكد تبني مشرعنا معيار الموت التقليدي المتمثل بتوقف القلب والتنفس لدى المتوفى وهذا ما تبناه الفقه القانوني، كما أن ترك القرار بإزالة الأجهزة عن المتوفى دماغياً لذوي المتوفى يؤكد لنا عدم اعترافه بهذا المفهوم ، الأمر الذي يخرج معيار الموت الدماغي من نطاق هذا التعريف ، ما لم يتم تعديل نص المادة (30) من القانون المدني وتعريف الوفاة المعتمدة في نظر القانون ، وتوضيح الحكم القانوني للموت الدماغي وما يترتب عليه من آثار قانونية وتنظيم أوضاع الميت دماغياً بشكل لا يثير أية خلافات تذكر كما أوضحت في حالة إبقاء المتوفى دماغياً على الأجهزة ما دام القانون لم ينص على إمكانية إزالتها من قبل الأطباء الذين شخصوا حدوثها ، بدلاً من ترك القرار في هذه المسألة لذوي المتوفى دماغياً .

وفي هذه الحالة أرى أن من الضروري أن ينص القانون المدني على إلزامية إعلان الوفاة وإصدار شهادة وفاة للمتوفى دماغياً حتى وإن تم إبقاؤه على الأجهزة ، أو أن يطبق عليه حكم الغائب حسب ما هو منصوص عليه في القانون المدني في المادة (32) بأدواره الثلاثة التي نظمها فقهاء الشريعة ، حيث لم أجد ما يمنع من تطبيق أحكام الموت الحكمي - قياساً مع الفارق - على الميت دماغياً بغياب النص القانوني ، وبتقدير المتواضع، فإنني أرى أن غيبوبة الموت الدماغي ورأي الخبرة الطبية يكون مثبتاً لتحقيق موت الشخص أكثر منها في حالة الشخص الذي تكون حياته محققة ولكن مكانه في الدنيا غير معروف أو حالت بينه وبين العودة إلى أهله ظروفاً قاهرة، وإن كنت أرى أن يتم تحديد مدة وضع الميت دماغياً على الأجهزة بحيث لا تتجاوز الشهر الواحد ، لأن مدة الأربع سنوات المنصوص عليها في قانون الأحوال الشخصية الأردني بالنسبة لحكم الغائب تعد طويلة بالنسبة للميت دماغياً وتتسبب في تبديد أمواله بما لا طائل له إضافة إلى أنه لم نسمع طبياً عن حالة موت دماغي استمر وضع الميت فيها على الأجهزة لهذه المدة، إذ أن هذه المدة قد تصدق على الحالة النباتية المستمرة.

**المطلب الثاني : الموت الدماغي وفقاً لقانون الصحة العامة رقم (21) لسنة (1971):**

أورد الفصل الثالث من قانون الصحة العامة الأحكام التي تتعلق بدفن الموتى وذلك في المواد (5، 6، 7، 8) منه، وتضمنت هذه المواد تنظيم عملية دفن الموتى وساعات الدفن وإجراءات نقل الجثة وإجراءات التشريح .

ويلاحظ على نصوص هذا القانون أنها قد خلت من أي نص يؤكد إلزامية دفن الموتى وهو الأمر الذي لا يتعارض مع فكرة إبقاء موتى الدماغ على أجهزة الإنعاش فترة من الزمن ، ما دام القانون لم ينص صراحة على وجوب ذلك في حالات الموت الطبيعي ، وهو برأيي قصور تشريعي لا بد من تداركه ، كما أنه ترك مسألة الدفن ومتابعة إجراءاته لذوي الميت ضمن شروط معينة أوردتها نظام المقابر ودفن الموتى ونقل الجثث ونبش القبور رقم (22) لسنة 1970، تضمنت أحكام دفن الموتى .

وبمراجعة تلك النصوص اتضح لي أن تنظيم هذه المسألة وفقاً لهذا النظام قد تمت بشكل غير دقيق حيث إنها عنت بالمسائل الإجرائية أكثر من عنايتها بتحديد معيار الوفاة المعتبر في نظر القانون موجباً لكل تلك الإجراءات إذا ما أخذنا موضوع الموت الدماغى من حيث إنه موت حقيقي من الناحية الطبية والشرعية ، حيث نصت المادة الثامنة من هذا النظام على ما يلي :

" على المسؤول أن يحصل على شهادة من الطبيب الذي فحص المتوفى يذكر فيها سبب الوفاة " ، والمسؤول المقصود بهذه المادة هو الذي عرفته المادة الثانية من ذات النظام : "ولي أمر الميت أو أهله الذين يتولون أمر دفنه أو نقله أو إعادة دفنه " ، بمعنى أن إجراءات الدفن تتم بناءً على طلب من ذوي المتوفى .

وهذا النص - وإن لم يخلق صعوبات تذكر فيما مضى على اعتبار أن الموت كان يعرف بتوقف القلب والتنفس- إلا أنه وفقاً للتقدم الطبي وبظهور معيار موت الدماغ فإن من شأنه أن يثير صعوبات ناجمة عن عدم قناعة الناس بهذا المعيار ما دامت الأجهزة الطبية المساعدة تمنح الشخص المتوفى دماغياً شكل الحياة ، الأمر الذي يؤدي إلى تمسك أهله باعتباره حياً طوال فترة ربطه بالأجهزة ، وعدم الأخذ بالرأي الطبي الذي يقول بموته ، مما يتناقض مع المادة المشار إليها أعلاه ، ويترتب عليه عدم إمكانية إصدار شهادة وفاة له وعدم إمكانية دفنه بالرغم من وفاته إذ أن أهله لم يعترفوا بتلك الوفاة .

أما المادة التاسعة من ذات النظام فقد نصت على ما يلي : "لا يجوز دفن أي ميت قبل توفر الشروط التالية :-

أ . تصريح بالدفن من طبيب الصحة في الأماكن التي لا يوجد فيها دائرة صحة استناداً إلى شهادة من طبيب موضح فيها أن الوفاة طبيعية أو أن المدعي العام أجاز الدفن " .

فإذا كانت هذه المادة قد اشترطت شهادة طبيب واحد في إثبات حدوث الوفاة للشخص المراد دفنه ، فإن الموت الدماغى يتم إثباته بشهادة ثلاثة أطباء

متخصصين وهو الأمر الذي لا يمكن إغفاله من حيث قوته الإثباتية في إقرار واقعة الوفاة .

وإذا كانت هذه المادة قد اشترطت على ذوي المتوفى الحصول على شهادة من الطبيب الذي فحص المتوفى يذكر فيها سبب الوفاة ولم تشترط طرقاً معينة للتشخيص ، فإن إثبات سبب الوفاة المتمثل بالموت الدماغي للمتوفى ، لا يتم إلا بعد إجراء مجموعة من الفحوصات السريرية يعقبها فحوصاً تأكيدية يقوم بها ثلاثة أطباء، وعند التأكد من إيجابيتها يتم إعلان الوفاة ، وهو الأمر الأكثر دقة مما هو منصوص عليه في هذه المادة، إلا أنه، ولغياب النصوص القانونية التي تعترف بهذا المعيار ، لا يتم إصدار شهادة وفاة له ما لم يوافق الأهل على إزالة الأجهزة ، وأنه إذا كانت هذه المادة قد اشترطت أن يصدر تصريح الدفن من طبيب الصحة في الأماكن التي يوجد فيها دائرة صحة استناداً إلى شهادة من طبيب يوضح فيها أن الوفاة طبيعية ، فإن من باب أولى أن تؤخذ شهادة ثلاثة أطباء بحدوث الموت الدماغي للمتوفى لإصدار مثل هذا التصريح في الحالات التي يرفض فيها الأهل إزالة الأجهزة عن المتوفى دماغياً طالما ليس في الأمر جنائية تتطلب موافقة المدعي العام على إجازة الدفن .

أما الفقرة (ج) من المادة التاسعة من نظام المقابر ودفن الموتى فقد نصت على المدة التي يتوجب مراعاتها قبل إجراء الدفن على النحو التالي :

"ج . مضي مدة لا تقل عن 3 ساعات ولا تزيد عن 24 ساعة على الوفاة ما لم يصرح طبيب الصحة بخلاف ذلك مع مراعاة حفظ الجثة بدون تفسخ " .

ومن الواضح أن هذه المادة نصت على المدة التي يتوجب مراعاتها قبل إجراء الدفن ، واشترطت مرور ثلاث ساعات على حدوث الوفاة كحد أدنى للتأكد من حدوثها وأن لا تزيد عن 24 ساعة من حدوث الوفاة وهو الحد الأقصى المسموح به لإبقاء جثة المتوفى بدون دفن عدا الحالات التي يصرح طبيب الصحة فيها بعدم إمكانية الدفن على أن تتم المحافظة على الجثة بدون تفسخ .

ولو طبقنا هذا النص على حالات الموت الدماغي لوجدنا أنه يخدم موضوعنا بشكل أو بآخر وذلك على النحو التالي:-

إن إعلان الوفاة وإصدار شهادة وفاة للشخص المتوفى دماغياً لا يتعارضان مع نص هذه الفقرة في حالة إبقائه على أجهزة الإنعاش لمدة تزيد عن الحد الأقصى المنصوص عليه في هذه الفقرة وذلك حسب رغبة الأهل ما دامت مسألة إبقائه على الأجهزة سوف تحافظ على الجثة وتمنع تفسخها ، إلا أن هذا الأمر يتطلب سندا من القانون يتمثل بالنص على اعتماد موت الدماغ كمعيار للوفاة.

علماً بأن المادة 18 من هذا النظام قد نصت على ما يلي : " كل من خالف أيا من أحكام هذا النظام يعاقب وفق أحكام المادة 79 من قانون الصحة العامة رقم 43 لسنة 1966 " ، وأعتقد أن خطأ قد ورد في رقم القانون حيث إن أحكام المادة 79 المعنية هنا قد وردت في القانون رقم 21 لسنة 1971م حيث نصت الفقرة الأولى منها على ما يلي :

"كل من يخالف أحكام هذا القانون أو أي نظام صادر بمقتضاه يعاقب بالحبس من أسبوع إلى سنة أو بالغرامة من عشرة دنائير إلى مائتي دينار أو بكلتا هاتين العقوبتين".

ويثور هنا تساؤل هام : هل تطبق هذه العقوبات على كل من خالف ما نص عليه في الفقرة (ج) من المادة التاسعة من نظام المقابر ودفن الموتى في حالة عدم دفن الميت دماغياً بعد مضي الأربع وعشرين ساعة ؟ وهل يتم توقيع هذه العقوبات على مخالفة المادة الثامنة<sup>(3)</sup> من نظام المقابر ودفن الموتى في حالة تشخيص الوفاة بأنها موت دماغي وعدم تقبل ذوي المتوفى هذا التشخيص ؟ وعلى من توقع هذه العقوبة ؟ أعلى الطبيب ؟ أم على ذويه ؟ وهل يؤخذ في الاعتبار ، بالنسبة لموضوع دفن الموتى ، التشخيص الطبي بحدوثها أم قناعة ذوي المتوفى ؟

هذا ما يحتاج إلى توضيح من قبل مشرعنا الكريم .

### المطلب الثالث : الموت الدماغي وفقاً لقانون الأحوال المدنية رقم (32) لسنة 1966 والقوانين المعدلة له.

تولى هذا القانون تنظيم موضوع الوفاة من ناحية إجرائية ، وتضمن مواد تخدم موضوع هذا البحث ومواد أخرى تتعارض معه وذلك على النحو التالي : -

نصت المادة (48) من قانون الأحوال المدنية رقم (32) لسنة 1966 على ما يلي:-

" يعود واجب الإخبار بالوفاة على الأقرباء الذين حضروا الوفاة أو علموا بها أو على الطبيب الذي شاهدها أو على المختار أو كل شخص علم بها ".

فإذا كان هذا القانون قد أوجب على ذوي المتوفى ، الذين حضروا وفاته أو على الطبيب الذي شاهد الوفاة أو المختار أو كل شخص علم بها ، واجب الإخبار عنها بغض النظر عن خبرتهم في إثبات وقوعها ، وساوى بينهم فإنه من باب أولى أن تؤخذ الشهادة الصادرة عن اللجنة الطبية والتي تقرر موت الشخص دماغياً لإثبات وفاته بموت الدماغ ، وبرأيي فإن نص هذه المادة بحاجة إلى تعديل وخصوصاً في ظل التطور الذي طرأ على معيار الوفاة ، إذ أن الوفاة ، تبعاً للموت الدماغي ، تحتاج إلى خبرة طبية وفحوصات سريرية لتشخيص حدوثها ، وهو الأمر المتعذر على الأشخاص العاديين تحريره وخصوصاً بعد أن ثبت عدم دقة معيار توقف القلب أو التنفس للوفاة مما قد يؤدي إلى اعتبار بعض الأشخاص الأحياء أمواتاً في نظر هؤلاء .

3. انظر نظام المقابر ودفن الموتى رقم 22 لسنة 1970 المادة الثامنة منه :

على المسؤول أن يحصل على شهادة من الطبيب الذي فحص المتوفى يذكر فيها سبب الوفاة .



فلو تصورنا أن شخصاً مات قشر دماغه أو تعطل جذع دماغه في قرية لا تتوفر فيها الأجهزة الحديثة لتصوير الدماغ ودخل في غيبوبة طويلة ، فإن ذلك قد يؤدي إلى إعلان وفاته وفقاً للتشخيص العادي الذي يقوم به طبيب الوحدة الصحية أو المختار أو ذوو هذا الشخص ممن يفتقرون للخبرة في تشخيص مثل هذه الحالة ، في حين أن هذا الشخص يتمتع برمق من الحياة وفقاً لمعيار الموت الدماغي المعمول به في الأردن ما دام التلف قد حدث بقشر الدماغ فقط .

مما يقودنا إلى الاستنتاج التالي :

أن الحالة التي قد تشخص طبياً في منطقة عمان بأنها آفة من آفات الدماغ وليست وفاة وفقاً للاختبارات السريرية ، قد تشخص ، في إحدى المدن الصغيرة أو القرى الأردنية ، على أنها حالة وفاة ، الأمر الذي يستدعي تعديل هذا النص وبصورة مستعجلة .

كما أن هذه المادة تثير تساؤلاً آخر يتعلق بواجب الإخبار عن الوفاة ، الذي حددته ذات المادة بأقرباء المتوفى الذين حضروا الوفاة أو علموا بها أو الطبيب الذي شاهدها أو المختار أو كل شخص علم بها ، فيما إذا طبقتها على حالات الموت الدماغي ، فاللجنة الطبية تشخص الوفاة بأنها وفاة الدماغ وتعلم ذوي المتوفى بحدوثها وقد يرفضوا إزالة الأجهزة عنه ، ففي هذه الحالة على من يقع واجب الإخبار بالوفاة ، أعلى الأطباء الذين شخصوا حدوثها ؟ أم على ذوي المتوفى الذين يرفضون تقبل واقعة موته ؟ وعلى من تقع مسؤولية عدم الإخبار عن الوفاة وعلى من توقع العقوبة المقررة على عدم الإخبار خلال المهلة القانونية التي حددها هذا القانون ؟

فقد نصت المادة (23) من قانون الأحوال المدنية على ما يلي :

" تقدم شهادات ووثائق الأحوال المدنية من ولادة أو زواج أو طلاق إلى أمين السجل في المنطقة التي حصلت فيها خلال ثلاثين يوماً في المراكز وستين يوماً خارجها من تاريخ حدوثها " .

أما المادة (24) منه فقد نصت على ما يلي :

" كل من يتخلف عن تقديم شهادات ووثائق الأحوال المدنية ضمن المدة المنصوص عنها في المادة (23) يعاقب بغرامة تتراوح بين دينار وخمسة دنانير أردنية أو بالحبس من ستة أيام إلى شهرين ويجوز تطبيق هذه العقوبة على أمين السجل وكل موظف يهمل أو يتأخر عن تدوينها في السجل خلال اثنتين وسبعين ساعة من تاريخ استلامها" كما أن المادة (50) من هذا القانون نصت على أنه :  
" يتم تسجيل الوفاة بموجب شهادة من المختار مرفقة بتقرير طبي يثبت أن الوفاة طبيعية وفي الأمكنة التي لا يوجد فيها أطباء يكتفى بشهادة المختار بأن الوفاة طبيعية " .

وهذه المادة تعبر عما وصفه الدكتور البطراوي بأن عدم تحديد معيار للموت وكأنه "صك على بياض " منحه المشرع للمختار -في حالة عدم وجود أطباء- في تقرير

مسألة هامة كحدوث الوفاة وترتيب نتائج عليها بالاستناد إلى علاماتها الظاهرة ، التي قد لا تعني حدوث الموت حقيقة ، وبدون تحري الدقة في حدوثها ، واعتبار شهادة المختار موجبة لتسجيل الوفاة ، في حين أن هناك من يرفض الأخذ بشهادة ثلاثة أطباء متخصصين في مستشفى مجهز بأحدث الأجهزة الطبية التي يعول عليها في الكشف على موت الدماغ في تقرير وفاة الشخص ، وإصدار شهادة وفاة له ويتمسك باعتباره حياً ، كما هو الوضع في الحالة التي يحكم بها ذوو المتوفى دماغياً بإبقائه على الأجهزة .

وبرأيي فإن مثل هذا النص يجب أن يتم تعديله بشكل مستعجل بما يتوافق مع التطور الذي طرأ على الساحة الطبية خلال الاثني وثلاثين عاماً التي مرت على وضعه ، فمن غير المتصور وجود منطقة في الأردن تفتقر لطبيب أو لوحدية طبية مجهزة للكشف على حالات الوفاة ، ولو افترضنا عدم وجودهما لأي سبب من الأسباب فإن تطور وسائل النقل المتاحة الآن من شأنها أن تسهل عملية نقل هذا الشخص إلى أقرب مستشفى مجهز للكشف على حالته وتقرير وفاته من عدمها .

علماً بأن نصوصاً أخرى يجب أن ينالها هذا التعديل ومنها نص المادة (58) التي وردت على النحو التالي :- " لا يمكن دفن أي متوفى بدون رخصة طبية وحيث لا يوجد أطباء فتعطي الرخصة من قبل أمين السجل أو المختار بعد أن يتحقق من أن الوفاة الطبيعية .

وفي حالة الاشتباه بأسباب الوفاة يجب عليهما جمع المعلومات وتنظيم ضبط يبين فيه حالة الجثة وإبلاغ السلطات القضائية والإدارية بالأمر " .

ولو تساءلنا هنا عن خبرة المختار أو أمين سجل الوفاة في التحقق من وقوع الوفاة بصورة طبيعية من عدمها ، وقارناها بخبرة الأطباء والإمكانات الطبية المتاحة في تقرير الوفاة وفقاً لموت الدماغ ، فإننا لا نملك إلا أن نسجل استغرابنا على سكوت المشرع عن تعديله بما يتوافق مع التطور الذي طرأ على الساحة الطبية والكفاءة العالية في تقرير حدوث الوفاة من عدمها ، ولسجلنا استنكاراً على تقبل الناس لفكرة إعلان وفاة الأشخاص بهذه الطريقة ومن قبل أشخاص عاديين ، فهي تتنافى مع المنطق وترفض تقبل إعلان الوفاة وفقاً لمفهوم موت الدماغ الذي بني على أسس طبية حديثة ومن قبل أطباء متخصصين ويتقبله في الحالة المشار إليها أعلاه .

وإذا كان هذا القانون قد اشترط في المادة الثالثة عشرة منه على ما يلي :  
" أن يكون شهود واقعات الأحوال المدنية قد أتموا الثامنة عشرة حين وقوعها ويختارهم أصحاب العلاقة من أقربائهم أو من خلفهم دون التمييز في الجنس " ، فإن من باب أولى أن يؤخذ بأقوال ثلاثة أطباء بحدوث الوفاة وفقاً لمعيار الموت الدماغي ، حيث إن شهادتهم مبنية على أسس علمية متعارف عليها عالمياً من الناحية الطبية والمنصوص عليها في الدستور الطبي والتي تم إقرارها بحكم شرعي كما سبق ذكره ، وهم فوق ذلك أهل الخبرة والاختصاص في تحديد هذه الواقعة .

لهذا كله أتمنى على مشرعنا أن يعيد النظر في هذه النصوص ، وأن يقوم بتعديلها بما يتناسب مع التقدم الطبي والعلمي الراهن في تشخيص الوفاة علماً بأنه قد أجريت بعض التعديلات على هذا القانون بصدور القانون رقم 7 لسنة 1969 والقانون المؤقت رقم 28 لسنة 1971م ، إلا أنه لم يطل النصوص المذكورة آنفاً أي تعديل.

**المطلب الرابع : الموت الدماغى وفقاً لقانون الانتفاع بأعضاء الإنسان رقم (23) لسنة 1977 والقانون المعدل رقم (17) لسنة 1980 :**

أثبت الطب أن حالات الموت الدماغى تعد من أهم مصادر الانتفاع بالأعضاء الرئيسية التي يمكن الاستفادة منها بما يخدم الإنسانية ، وذلك بنقلها إلى المرضى الذين هم بأمس الحاجة إلى عمليات نقل الأعضاء من أشخاص تحقق موتهم ، وزراعتها لهم :كالقلب مثلاً والرنيتين والكبد والبنكرياس ، حيث لا يمكن تصور الانتفاع بمثل هذه الأعضاء من الأشخاص الأحياء .

وقد تولى المشرع الأردني تنظيم هذه العمليات بالقانون المشار إليه أعلاه وفق نصوص وضوابط عينها القانون منعاً للاستغلال والاتجار بأعضاء الإنسان ، إلا أن من الملاحظ خلو نصوص القانون المؤقت المشار إليه أعلاه ، والتعديلات التي أجريت عليه بموجب القانون رقم (17) لسنة 1980م ، من أي ذكر أو تعريف للموت الذي يمكن اعتماده كمعيار في حالات استقطاع الأعضاء والانتفاع بها في معرض تطبيق الأطباء لنص المادة الخامسة من ذات القانون ، فقد جاء على النحو التالي :

" للأطباء الاختصاصيين في المستشفيات التي يوافق عليها وزير الصحة نقل العضو من جسم إنسان ميت إلى جسم إنسان آخر حي يكون بحاجة لذلك العضو في أي من الحالات التالية :

أ. إذا كان المتوفى قد أوصى قبل وفاته بالنقل بإقرار خطي ثابت التوقيع والتاريخ بصورة قانونية .

ب. إذا وافق أحد أبوي المتوفى في حالة وجودهما على النقل أو وافق عليه الولي الشرعي في حالة عدم وجود الأبوين .

ج. إذا كان المتوفى مجهول الهوية ولم يطالب أحد بجثته خلال (24) ساعة بعد الوفاة على أن يتم النقل في هذه الحالة بوجود المدعي العام " .

فبالتحقق في نص هذه المادة نلاحظ أنها تضمنت حالات الانتفاع بأعضاء الشخص الميت لزرعها في شخص حي آخر ، ولم يتم تعريف الموت وتحديد معياره أهو موت القلب أم موت الدماغ ؟ فإذا سلمنا بأن المقصود بالموت هنا هو توقف القلب والتنفس فإن ذلك معناه تضيق نطاق أعمال هذا القانون لأن من

الثابت طبيياً أن إمكانية الانتفاع من أعضاء المتوفى طبقاً لهذا المعيار تصبح ضئيلة إذا ما قورنت بإمكانية الانتفاع من أعضاء المتوفى دماغياً ، وذلك لأن إمكانية الانتفاع بأعضاء شخص ميت تتطلب معالجة خاصة توفرها أجهزة الإنعاش التي يتم ربطها بالميت دماغياً لتحافظ على حياة تلك الأعضاء وأنسجتها لحين إتمام نقلها إلى الشخص الآخر ، في حين أن الموت بمعياره التقليدي يؤدي إلى تلف تلك الأعضاء بشكل أسرع ، ما لم يتم الاستقطاع والنقل ساعة حدوث الوفاة .

ولو قارنا هذه المادة بما نصت عليه بعض القوانين المقارنة لاتضح لنا أن هذه القوانين قد نصت على الموت الدماغي بصورة مباشرة أو غير مباشرة ، في حين سكت مشرعنا عن النص عليه .

وأتمنى على مشرعنا أن يقوم بتعديل نص المادة الخامسة ، وذلك بالنص على موت الدماغ أسوة بما فعله المشرع العراقي حيث أقر بصراحة ووضوح موت الدماغ حيث نصت الفقرة الثانية من المادة الثانية من القانون رقم (85) لسنة 1986م على ما يلي :

"يتم الحصول على الأعضاء لأجل إجراء عمليات الزرع من :  
أ. ...الخ.

ب. " المصاب بموت الدماغ وحسب الأدلة العلمية الحديثة المعمول بها التي تصدر بتعليمات ....الخ "

وكذلك نص المادة الخامسة(4) من مشروع القانون العربي الموحد لعمليات زراعة الأعضاء البشرية رقم (19) لسنة 1986م الصادر عن المكتب التنفيذي لمجلس وزارة الصحة العرب .

ولعل من المناسب أن أشير إلى الجهود التي قامت بها لجنة تعريف الموت في نقابة الأطباء الأردنية في سبيل تعديل نصوص قانون الانتفاع بأعضاء جسم الإنسان المؤقت رقم (23) لسنة 1977 والقانون رقم (17) لسنة 1980م ، وذلك بإجراء دراسات مستفيضة للموت الدماغي وتولت تعريفه وتوضيح طرق تشخيصه لتحديد حدوث الوفاة ، وذلك بهدف إضافتها إلى نصوص القانون المشار إليه أعلاه ، إلا أن هذه الجهود لم تؤخذ بشكل جدي من قبل مشرعنا ، وظل قانوننا مشوباً بقصور تشريعي بالنسبة لموضوع الموت الدماغي ، على الرغم من أنه قد ثبت عملياً بأنه قد أجريت في الأردن عمليات عديدة تم فيها

4 . انظر قانون العربي الموحد لعمليات زراعة الأعضاء ، مادة رقم (5) التي تنص على :

يجوز نقل الأعضاء من جثة متوفى بشرط الحصول على موافقة أقرب الأقارب حتى الدرجة الثانية وذلك بالشروط الآتية :

التحقق من الوفاة بصورة قاطعة بواسطة لجنة تشكل من ثلاثة أطباء مختصين من بينهم طبيب اختصاصي في الأمراض العصبية على ألا يكون من بين أعضاء اللجنة الطبيب المنفذ للعملية - كتاب ندى الدقر ، ص 223 .

الانتفاع بأعضاء الموتى دماغياً وذلك بنقلها لأشخاص أحياء بعد الحصول على موافقة ذويهم ، ولعل إغفال النص على هذه الحالات من شأنه أن يثير خلافات حول قانونية هذه العمليات ومسؤولية الجهات التي أجرتها وكذلك مسؤولية ذوي المتوفى دماغياً الذين سمحوا بإجراء الاستقطاع ، بغياب النص على اعتبار الموت الدماغى موتاً معتبراً في القانون ، حيث أن الميت دماغياً ، وفقاً للتشريعات الأردنية ، لا زال يعتبر إنساناً حياً(5) .

## المبحث الثاني :

### الموت الدماغى وفقاً للتشريعات الجزائية

ب وفاة الشخص تنتهي كل حماية جزائية مقررة له كإنسان حي باعتباره ميتاً ، فهو منذ لحظة إعلان وفاته من وجهة النظر القانونية يصبح شيئاً لا إنساناً و يصبح محلاً للحماية بنصوص قانونية أخرى كحمايته من التمثيل بجثته أو العبث في قبره كما هو وارد في قانون العقوبات الأردني(6) ، فهل تنطبق على الشخص المتوفى دماغياً النصوص التي تنطبق على الشخص الحي بحيث يكفي أي اعتداء عليه بأنه اعتداء واقع على شخص حي؟ أم يعتبر اعتداء واقع على جثة؟ هذا ما سأحاول بحثه في هذا المبحث .

إن الموت الدماغى من شأنه أن يخلق إرباكاً من الناحية الجزائية حيث اتجه نفر من الفقه القانوني إلى اعتبار أن حياة الإنسان تبقى قائمة ما دام قلبه ينبض أو يتنفس ، ووفقاً لهذا الرأي فإن الميت دماغياً ، الموضوع على أجهزة الإنعاش ، يعتبر شخصاً حياً من الناحية الجزائية وهو بالتالي محل للحماية الجزائية وفقاً لنصوص القانون من أي اعتداء يقع عليه (بالرغم من وفاته دماغياً) كما هو الوضع في الأردن(7) ، حيث لم يرد في مجموعة التشريعات الأردنية ما يفيد بأن الموت الدماغى هو موت حقيقي للإنسان .

في حين ذهب فريق آخر من الفقه القانوني إلى اعتبار الموت الدماغى موتاً حقيقياً للإنسان وبالتالي فإن التعدي عليه لا يعد جريمة واقعة على شخص حي ولا يكون محلاً للحماية الجزائية ، ويتمثل هذا الاتجاه في البلدان التي نصت قوانينها

5. هذا الرأي أفاد به الدكتور حسن جوخدار عميد كلية الحقوق الجامعة الأهلية .

6. نصت المادة (277) من قانون العقوبات الأردني على ما يلي :

"كل من اعتدى على مكان يستعمل لدفن الموتى أو على مكان مخصص لإقامة مراسم الجنازة للموتى أو لحفظ رفات الموتى أو دنسه أو هدمه أو انسهك حرمة ميت أو سبب ازعاجاً لأشخاص مجتمعين بقصد إقامة مراسم الجنازة قاصداً بذلك جرح عواطف أي شخص أو اهانة دينه أو كان يعلم بأن فعله هذا يحتمل أن يجرح عواطف أي شخص أو أن يؤدي إلى أية إهانة دينية يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على ثلاثة أشهر أو بغرامة لا تزيد على عشرين ديناراً ."

7. هذا الرأي للدكتور حسن جوخدار - عميد كلية الحقوق - الجامعة الأهلية - في مقابلة شخصية أجرتها معه الباحثة .

على اعتبار الموت الدماغي موتاً حقيقياً للإنسان مثل الولايات الأمريكية وسويسرا وغيرهما .

وهذا التباين الواضح بين وجهتي النظر السابقتين بشأن الموت الدماغي يؤدي إلى اختلاف النظرة القانونية للشخص ، فلو افترضنا أن شخصاً ما ارتكب جريمة ، وأثناء فراره تعرض لحادث وأدخل المستشفى بحالة غيبوبة واتضح بعد إجراء الفحوص السريرية له بأنه ميت دماغياً وتم ربطه بالأجهزة فهل يبقى مساءلاً من الناحية الجزائية عن الفعل الذي ارتكبه ؟ أم أن وفاته دماغياً موجبة لسقوط دعوى الحق العام وفق ما ورد في قانون أصول المحاكمات الجزائية رقم (9) لسنة 1961م ؟ فقد نصت المادة (335) من قانون أصول المحاكمات الجزائية على ما يلي :

1. تسقط دعوى الحق العام بوفاة المشتكى عليه أو بالعفو العام أو بالتقادم .  
فبالنسبة للرأي الأول ، الذي اعتبر أن الموت الدماغي ليس موتاً ، فإن المتوفى دماغياً يبقى مساءلاً جزائياً عن فعله إلى أن يثبت موته بتوقف قلبه وتنفسه ، أما بالنسبة للرأي الثاني فإن موت الشخص دماغياً موجب لسقوط (دعوى الحق العام) .

وكذلك لو افترضنا أن اعتداءً قد وقع على شخص ميت دماغياً أثناء وجوده في غرفة العناية المركزة بالمستشفى ، حيث أقدم غريمه على قتله رمياً بالرصاص وهو جاهل لواقعة وفاته ، فهل يسأل الفاعل هنا جزائياً عن فعلته باعتباره قتلاً لإنسان حي أم هو اعتداء على جثة (جريمة مستحيلة) ؟ إن تكييف مثل هذا الفعل بوجود نص قانوني قد لا يخلق لنا مشكلة ، إذ أن إيراد النص على أن معيار الموت الدماغي هو موت حقيقي للإنسان سيكون كافياً لتكييف هذا الفعل على أنه جريمة مستحيلة ، باعتبارها قد وقعت على شخص متفق على موته أصلاً قبل وقوع الفعل عليه ، لكن ، لغياب مثل هذا النص في قانوننا الجزائي ، فإن تكييف مثل هذا الفعل سيكون حسب اختلاف النظرة القانونية لهذا الشخص :

فلو نظرنا إليه على أنه حي طبقاً للرأي الفقهي الأول السائد لدينا فإن الفعل يكون قتلاً إذا ما توافرت عناصر الفعل المادي الثلاثة ، حسبما سأورد لاحقاً ، أما بالنسبة للرأي الثاني فهو اعتداء على حرمة جثة (أو جريمة مستحيلة) .

لهذا كان لا بد للمشرع الأردني أن يتدخل مثلما فعل كثير من المشرعين ، وأن يحدد معيار الموت الذي تبناه لاعتبار الشخص ميتاً ، وهو الموت التقليدي المعروف أم موت الدماغ ؟ وفي حالة اعتماده موت الدماغ فإنه لا بد من أن ينظم له أحكاماً قانونية محددة تتضمن : تعريف الموت الدماغي المعبر لوفاة الإنسان ، ووضع حد زمني أقصى للمدة التي يتم ربط الميت فيها بالأجهزة لغرض الانتفاع بأعضائه أسوة بما فعل المشرع الإيطالي الذي نص على مدة شهرين من تاريخ حدوث الوفاة ، وذلك لتجنب الإرباكات القانونية المشار إليها سابقاً أو أية إشكالات قد تنجم مستقبلاً عن مثل هذا الوضع .

أما بالنسبة للاستفسار الخاص بمجال الحماية الجزائية لهذا الشخص فيما لو وقع عليه اعتداء أثناء وجوده في المستشفى وربطه بأجهزة الإنعاش كأن يطلق

النار عليه أو يعطل عمل الأجهزة المربوطة به ، فبالرغم من أن هذا الشخص ميت حقيقة بسبب موت دماغه فإن مسألة ربطه بالأجهزة من شأنها أن تحافظ على حياة أعضائه وأن تضيء عليه بعض مقومات الحياة من انتظام عمل القلب والتنفس ، فكيف يمكننا تكييف مثل هذه الأفعال؟ للإجابة عن هذه التساؤلات فيما لو كان بإمكاننا تكييف الأفعال الواقعة على هذا الشخص بأنها قتل فإنه يترتب علينا أن نتوصل إلى قناعة بشأن توافر الركن المادي لجريمة القتل بعناصره الثلاث فيها وذلك على النحو التالي:-

1. النشاط المادي الذي يقع من الجاني وهو فعل القتل .

2. النتيجة الجرمية وهي إزهاق الروح .

3. العلاقة السببية بين الفعل والنتيجة .

ولو قمنا بتحليل هذه العناصر ومدى توافرها في الأفعال التي قام بها المعتدي من الناحية الواقعية لاتضح لنا أن العنصر الأول متوفر، وهو النشاط المادي الذي وقع من الجاني وهو في المثال الأول إطلاق النار على المجني عليه، وفي المثال الثاني تعطيل عمل أجهزة الإنعاش المربوطة بالمعتدى عليه .

أما بالنسبة للعنصر الثاني المتمثل بإزهاق الروح فإنه غير متحقق لأن الميت دماغياً هو شخص ميت من الناحية الطبية والشرعية ، واعتباره ميتاً من الناحية القانونية أمر يحتاج إلى نص قانوني خاص يدعم الرأي الطبي والشرعي ليتم اعتبار هذا الشخص ميتاً حقيقة من الناحية القانونية .

أما من وجهة النظر الجزائية فإن الشخص مادام قلبه ينبض ويتنفس فإنه يعتبر شخص حي وبالتالي من الممكن ، ومن الناحية العملية ، ولغياب النصوص ، أن يتم اعتبار العنصر الثاني متحققاً وهو إزهاق الروح ، إذا ترتب على فعل الجاني توقف قلب المجني عليه وجهازه التنفسي الناجم عن إطلاق النار عليه أو تعطيل عمل أجهزة الإنعاش أو أي فعل آخر يحقق ذات النتيجة .

فهل تعد مثل هذه الأفعال جرائم قتل واقعة على شخص حي ؟  
هذا ما يحتاج إلى إجابة من قبل مشرعنا الكريم .

أما فيما يتعلق بتوافر العنصر الثالث في هذه الأفعال والخاص بالعلاقة السببية بين الفعل والنتيجة فالسؤال الذي قد يثور في هذا المجال هو : هل يمكننا أن نقول إن العلاقة السببية غير متوافرة كعنصر ثالث من عناصر الركن المادي ؟ وأنا لا نستطيع ربط الفعل بالنتيجة ، وبالتالي عدم مجازاة هذا الشخص لانقطاع علاقة السببية وبالتالي انتفاء الركن المادي للجريمة ؟

وبرأيي فإن على المشرع الأردني إيجاد تكييف قانوني لأفعال الاعتداء على الشخص الميت دماغياً فيما لو وقعت عليه أثناء وضعه على الأجهزة والعقوبة التي تفرض على مثل هذه الاعتداءات ، وخصوصاً إذا ما أخذنا في الاعتبار مسألة

الانتفاع بأعضائه لأن مثل هذا الاعتداء قد يؤدي إلى حرمان شخص آخر من الانتفاع بها ، بالرغم من وجود موافقة من المتوفى أو ذويه .  
علماء بأن بعض أساتذة القانون الجنائي يرفضون الأخذ بمفهوم موت الدماغ بقولهم : " نحن نرفض الأخذ بهذا الضابط - توقف خلايا المخ عن العمل - لأنه مما يتعارض مع قيمنا ومشاعرنا وأخلاقياتنا أن نسلم بوفاة شخص لا يزال قلبه ينبض ، ذلك أن توقف النبض عرض ملموس ومباشر للموت يمكن لأي شخص من أهل الميت التحقق منه ، أما موت المخ أو ما يطلق عليه الموت الإكلينيكي فإنه لا يمكن التأكد منه إلا عبر جهاز المخ الكهربائي وهي مسألة فنية بحتة لا يودع فيها أهل المريض القدر من الثقة الذي يجعلهم يسلمون بحدوث الموت وبالتالي يقبلون نزع الأعضاء ممن يدعي الأطباء موته(8) " .  
وفي الواقع فإن هذه الإشكالات هي غيض من فيض مما قد تثيره مسألة إغفال تعريف الوفاة بصورة لا لبس فيها في تشريعاتنا الجزائية .  
فلو تصورنا أن شخصاً دهس آخر عن دون قصد وتسبب بموته دماغياً فكيف يتم تكيف هذا الفعل ؟ ولمن ينعقد اختصاص النظر به ؟ أهو إيذاء غير مقصود ينعقد اختصاص النظر به لمحكمة الصلح ؟ أم هو تسبب بالوفاة ويكون من اختصاص المدعي العام وبالتالي من اختصاص المحاكم الجنائية ؟ اسئلة كثيرة بحاجة إلى إجابات شافية وافية ، ولا تتحقق الإجابة عنها ما لم يتم تعريف الموت بصورة واضحة توضح حكم الموت الدماغي باعتباره موتاً حقيقياً للإنسان من عدمه ، ولا يتحقق ذلك إلا بنص قانوني .

الأمر الذي يقودنا في النهاية إلى القول بأن هذه المسألة تحتاج إلى عناية خاصة وعاجلة من المشرع نظراً لغياب النص القانوني الذي من شأنه أن يحسم الإجابة عن جميع الأسئلة المشار إليها أعلاه بتحديد المركز القانوني للميت دماغياً بصورة لا تدع مجالاً للشك في واقعة موته .  
ومن المهم أن أشير هنا إلى عدم وجود سوابق قضائية في محاكمنا بالنسبة لموضوع هذه الدراسة وإن كانت هناك قضايا تنظر في المحاكم حالياً وتتعلق بحالات موت الدماغ ، ومن خلال دراستي هذه لم أجد أي قرار لمحكمة التمييز حول موضوع الموت الدماغي عدا القرار رقم (42) لسنة 1975 حيث جاء نصه كالتالي :-

"إذا كانت المميز ضدها بعد أن وضعت مولودها المجني عليه ووجدت أنه كان مشوه الخلقة قامت بطعنه بالسكين بقصد قتله ، إلا أن الإصابات التي أصيب بها الطفل كانت جروحاً سطحية ليس من شأنها أن تؤدي إلى وفاته ، وإنما الوفاة نتجت عن نقص في نمو المراكز الرئيسية الموجودة في دماغه وعلى الأخص

8. انظر الدكتور محمود محمد عوض سلامة - حكم نقل الأعضاء من الميت إلى الحي - دراسة مقارنة - لسنة 1998 ، ص49 (رأي الدكتورة فوزية عبد الستار) .



مركز التنفس فإن فعل المميز ضدها هو شروع في القتل ما دام هذا الفعل لم يكن له أي أثر في حصول الوفاة " .

والذي يستفاد من هذا النص هو إثبات أن واقعة وفاة الطفل قد حدثت نتيجة النقص في نمو المراكز الرئيسية لدماغ الطفل وخصوصاً مركز التنفس ، وليس الاعتداء الواقع عليه من قبل والدته الأمر الذي يثبت أن نقص نمو بعض المراكز الرئيسية في الدماغ قد أدى إلى الوفاة في هذه الحالة ، ومن باب أولى أن يعتبر تعطل الدماغ، تعطلاً تاماً لا رجعة عنه ، سبباً للوفاة لما يترتب عليه من تعطل لعمل القلب ومركز التنفس .

كما أن هذا القرار قد أوضح الحكم في حالة الاعتداء على شخص محقق موته بسبب نقص في تكوين دماغه ، وهو المعروف طبياً بفقد المخ الخلقي ، والذي يجعل من هذا الطفل غير قابل للحياة ، حيث اعتبر فعل الاعتداء الواقع من والدته هذا الطفل عليه شروعاً في القتل بالرغم من عدم قابليته للحياة ، في حين لم يكن لهذا الفعل دخل في حصول الوفاة التي نجمت عن نقص في نمو دماغه .

### المبحث الثالث :

## الوضع الشرعي للميت دماغياً وفقاً لقانون الأحوال الشخصية المؤقت رقم (61) لسنة 1976م :

أما فيما يتعلق بالإجابة عن الاستفسار الثالث في مثالنا السابق ، الخاص بالنسبة للوضع القانوني لهذا الشخص من الناحية الشرعية ، فإن الشخص الميت دماغياً يعتبر ميتاً حقيقةً وحكماً ، ويترتب على موته ذات الآثار المترتبة على الموت بمفهومه الشرعي ، إذا ما أخذنا بالاعتبار قرار دائرة الإفتاء العام رقم (1) لسنة 1981 .

حيث إنه وفقاً لما ورد في هذا القرار ، فإن إعلان وفاة الشخص الميت دماغياً بعد التأكد من موت دماغه لا يثير أية صعوبة في التطبيق في حالة موافقة الأهل على إزالة الأجهزة وقيام اللجنة الطبية بذلك وإعلان وفاته وذلك بإصدار شهادة وفاة له وإتمام مراسم دفنه .

ولكن ، ما هو الوضع القانوني وفقاً لقانون الأحوال الشخصية الأردني في حالة إصرار الأهل على إبقاء المتوفى دماغياً على الأجهزة ؟ وهل يرتب قانون الأحوال الشخصية ذات الآثار المترتبة على الموت في هذه الحالة ؟ وهل يتساوى هذا الشخص المتوفى دماغياً ، وهو لا زال راقداً في غرفة العناية المركزة ، مع

الشخص الذي ووري تحت الثرى ؟ وهل تصدر بحق هذا الشخص المتوفى دماغياً شهادة وفاة تمكن ورثته أو دانيه من المطالبة بحقوقهم ولا زال ميتهم راقداً في المستشفى قلبه ينبض وهو يتنفس وإن كان ذلك يتم بصورة اصطناعية بفعل الأجهزة ؟

وهل تدخل زوجة المتوفى دماغياً في عدة الوفاة ابتداءً من إعلان وفاته طبيياً بموت دماغه ؟ وهل تملك حق الزواج من غيره بعد انقضاء عدتها وإن ظل جسده راقداً في المستشفى تحت رزح الأجهزة ؟ وهل يرث المتوفى دماغياً الذي لا زال على الأجهزة من مورثه الذي توفي في تاريخ لاحق لوفاة دماغياً ؟ ... الخ .  
لم يتضمن قانون الأحوال الشخصية الأردني نصاً يتضمن تعريف الوفاة بصورة تمكننا من الإجابة عن الأسئلة السابقة ، الأمر الذي يخلق صعوبة في اعتبار المتوفى دماغياً ميتاً موتاً حقيقياً على الرغم من صدور فتوى شرعية بهذا الشأن من قبل إدارة الإفتاء العام والتي جاء نصها : " يعتبر شرعاً بأن الشخص قد مات وترتب جميع الأحكام المقررة شرعاً للوفاة عند ذلك إذا تبينت فيه إحدى العلامتين التاليتين :

1. ....

2. إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلاً نهائياً..... ولا عبرة حينئذ بكون أعضاء الميت كالقلب لا يزال يعمل عملاً آلياً بفعل أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص " .

مما يدعونا للتساؤل عن مدى قوة و إلزامية وفاعلية هذا القرار في غياب النصوص القانونية و ترتيب الآثار والأحكام الشرعية المترتبة على الموت على الميت دماغياً الذي حكم أهله بإبقائه على الأجهزة ؟ وهل ينطبق على هذه الفتوى ما نص عليه في المادة (183) من قانون الأحوال الشخصية الأردنية لسنة 76 حيث نصت على ما يلي:

" ما لا ذكر له في هذا القانون يرجع فيه إلى الراجح من مذهب أبي حنيفة " ؟

فهذا النص يؤكد على اعتبار مبادئ الشريعة الإسلامية المتمثلة بالراجح من الفقه الحنفي مصدراً رسمياً لقضايا الأحوال الشخصية حين لا يكون هناك نص قانوني في مسألة ما - كحالة الموت الدماغي - باعتبار أن مبادئ الشريعة الإسلامية مبادئ معروفة وثابتة وترتكز إلى أسس ثابتة في كتب الفقه .

الأمر الذي يقودنا في النهاية إلى اعتبار قرارات مجلس المجمع الفقهي الإسلامي ودائرة الإفتاء العام قرارات ملزمة من حيث أنها مستقاة من أصول شريعتنا ولا تخالف أحكام ديننا الحنيف ، إلا أن تأكيد دائرة الإفتاء على ضرورة إصدار قانون لمعالجة موضوع الموت الدماغي لضمان تنفيذ الشروط التي أوردها في قراره

بهذا الشأن واتخاذ الإجراءات القانونية بحق المخالفين لها ، تدلنا على ضرورة تنظيم هذه المسألة بنص قانوني ملزم للكافة ، إذا ما أخذنا في الاعتبار المعارضة الشديدة التي قوبلت بها هذه القرارات من قبل بعض الفقهاء كما سبق وأوضحت في مبحث الحكم الشرعي للموت الدماغي.

ولهذا فإنني أؤكد هنا على ضرورة أن يتضمن قانون الأحوال الشخصية الأردني نصاً قانونياً يتولى تنظيم هذا الموضوع ويتولى تعريف الوفاة المعتمد بها قانوناً.

## التوصيات :

1. أورد فيما يلي التوصيات التي أرى أنها هامة وضرورية لموضوع البحث :  
تشكيل لجنة مكونة من أطباء وقانونيين ورجال دين لدراسة الأعمال الطبية الحديثة التي تمس حياة الإنسان من النواحي الشرعية والقانونية بهدف الوقوف على أحكامها وتنظيمها وبيان أوضاعها القانونية حتى لا يتسبب إغفال تنظيم هذه الأعمال في قوانيننا في قصور في تشريعاتنا .
2. أتمنى على مشرعنا استحداث فرع جديد من فروع القانون الخاص يختص بالأعمال الطبية ، وهو ما يعرف بالقانون الطبي الذي يعد مظهراً من مظاهر اهتمام القانون بالإنسان وصحته منذ لحظة الحمل حتى ما بعد الموت كحماية الجثة أسوة بما فعلته بعض الدول المتقدمة كفرنسا.
3. إحداث نص قانوني يعرف الموت بصورة واضحة بما يتفق مع التطور الطبي لمفهوم الموت والفتاوى الشرعية بشأنه.
4. وفي حالة تبنيه لمعيار موت الدماغ كموت حقيقي للإنسان ، فإنني اقترح الأخذ ما ورد في قرار دائرة الإفتاء العام من شروط وضوابط تتعلق بالموت الدماغي ، مع إضافة بعض الضوابط بالنسبة لمسؤولية إعلان الوفاة طبقاً لمعيار الموت الدماغي ، كأن يشترط ، في حالة الاشتباه بحدوثه، أن يتم تعيين طبيب شرعي تابع للجهات الأمنية أو القضائية أو المدعي العام لحضور الاختبار التأكيدي ، وفي حالة ثبوت الوفاة يتم إعلان الوفاة وإزالة أجهزة الإنعاش عن المتوفى دماغياً بحضورهم ، وذلك كنوع من الرقابة على أعمال المؤسسات الطبية دفعاً لشبهة الاستغلال والتسرع في إعلان الوفاة التي

يخشاه البعض من المعارضين لهذا المعيار ، ومن ناحية أخرى تجنّب هذه المؤسسات الوقوع تحت طائلة المساءلة القانونية .

5. إدخال التعديلات على النصوص القانونية التي تنظم أوضاع الموتى بصورة تتفق مع التطور العلمي والتقني الذي شهدته الأردن في العقدين الأخيرين.

6. إجراء برامج توعية وتثقيف للمواطنين عن طريق وسائل الإعلام توضح الرأي القانوني بموت الدماغ ، حتى لا يتسبب الجهل به بدفن الأحياء قبل التأكد من موتهم حقيقة كما سبق وأوضحنا في الحالات النباتية المستمرة والموت التقليدي ، ومن ناحية أخرى كي لا يتسبب في تعطيل دفن الموتى دماغياً وبالتالي إحداث خلل في مراكزهم القانونية .

هذا بالإضافة إلى ما أوردته من آراء وتوصيات في مواضع مختلفة في هذه الدراسة .

## الخلاصة :-

الحكم بالموت ليس بالأمر السهل ، لأن الأصل هو الحياة ، والقاعدة بقاء الأصل على ما كان عليه حتى تثبت ما يخالف الأصل ، وهو الحياة هنا ، بالدليل القاطع ، لما يترتب على الموت من حقوق وواجبات تتعلق بالميت وزوجه وأولاده وذويه ومجتمعه .

ويعد مفهوم الموت الدماغي من أكثر الحالات تعقيداً في مخالفة هذا الأصل إذ أن الميت دماغياً ، نتيجة ربطه بأجهزة الإنعاش يحتفظ بمظاهر الحياة ، في حين أن جميع الدلائل العلمية تثبت موته نتيجة موت دماغه .

وقد وصف الأطباء حالة المتوفى دماغياً بحالة شخص قطع رأسه وانفصل نهائياً عن جسده وبواسطة الأجهزة الحديثة أمكنهم السيطرة على نزف الدم وتم وضعه على جهاز التنفس فاستمر قلبه بالنبض .

فهل يمكننا هنا اعتبار هذا الشخص حياً ؟ قطعاً لا.... فانقطاع الصلة بين الدماغ والجسد تعني الموت بالتأكيد .

وقد يقول بعضهم : إن الطب قد يتطور ويصبح بالإمكان معالجة هذه الحالات ، وهذا أمر يستحيل على البشر تحقيقه ، إذ أن ذلك يعني أن الطب سيصبح بمقدوره إحياء الخلايا التي ماتت وهذا واضح الاستحالة بمقياس قدرة البشر ، فالعلم لا يزال عاجزاً عن تركيب جزء من أجزاء خلية واحدة فكيف له بتركيب خلية متكاملة وبث الحياة فيها ثم إجراء ذلك على بلايين الخلايا المختلفة التي يتكون منها الدماغ .

ومن المعارضين من يقول بأنه ، ومع تقدم الطب في مجال نقل الأعضاء ، من الممكن أن يصبح بمقدور الطب نقل الدماغ وزرعه في الشخص الذي مات دماغه ، إلا أن هذا الأمر هو أيضاً مستحيل ، لأن الحصول على دماغ حي يتطلب أن يكون صاحبه حياً فكيف ينزع دماغه منه لنقله إلى آخر؟ ألا يعني نزع دماغه في هذه الحالة قتلاً له ؟ هذا بالإضافة إلى أن إمكانية زرع دماغ له من الناحية الطبية يعد مستحيلاً بالقدرات الحالية ، لأن خلايا الدماغ حساسة جداً ونقص وصول الدم إليها لدقائق معدودات يؤدي لموتها .

وعلى هذا الأساس قرر الأطباء أن ضابط الوفاة يكون بالموت الدماغي ، وذلك عندما يتم تحطيم وموت خلايا الدماغ كاملة ثم أقرته التشريعات وصدرت بشأنه فتاوى شرعية .

وقد حاولت في هذه الدراسة ومن خلال طرح الآراء العلمية والشرعية والقانونية به أن أسلط الضوء على أهمية تعديل تعريف الموت في تشريعاتنا القانونية بما يوضح حكم القانون بالنسبة لموت الدماغ . فالميت دماغياً هو شخص ميت حقيقة من الناحية الطبية والشرعية ، وبالتالي تترتب على موته كافة الآثار المترتبة على الموت الطبيعي ، وغاية الأمر أن هذا الموضوع بحاجة إلى عناية خاصة من المشرع تتمثل في إقرار حدوث الوفاة بموت الدماغ قانونياً أو رفضه، حيث إن إغفال النص عليه كما أوضحت سابقاً ، قد يؤدي إلى إشكالات لاحصر لها.

وبرأيي فإن إقرار القانون لمفهوم موت الدماغ بنص قانوني سيوضح المركز القانوني للشخص المتوفى دماغياً من حيث أنه ميت حقيقة وسيترتب على ذلك إعلان وفاته وترتيب الآثار القانونية المترتبة على الموت الطبيعي عليه وإن ظل على أجهزة الإنعاش ، كما أنه سيؤدي إلى إقناع الناس بضرورة إزالة أجهزة الإنعاش عن المتوفى دماغياً بدون مشقة ، حيث لا فائدة ترجى من وضعهم على هذه الأجهزة لاستحالة إمكانية عودتهم للحياة من الناحية الواقعية إلا في حالة الانتفاع بأعضائهم .

ولا يخفى ما لإعلان الوفاة في حالات موتى الدماغ من أهمية قانونية أوجزها بما يلي:-

1. توضيح مركز الشخص المتوفى دماغياً من الناحية القانونية لمنع استغلال وضعه من قبل من تربطهم به علاقات قانونية كشركاء ووكلاء وورثة وغيرهم ممن قد تتأثر مصالحهم بصورة سلبية من جراء إعلانها أو عدم إعلانها طبقاً لنوع المصلحة التي تربطهم به .
2. إن إقرار الموت الدماغى بقانون وإعلان الوفاة طبقاً له ، من شأنه أن يحد من سلطة الأهل في إبقاء الأجهزة على ميتهم ، إذ أنه وفقاً للوضع الراهن المعمول به في الأردن ، وبعد التأكد من نتيجة الفحوص السريرية التأكيدية للشخص ، فإنه يتم إبلاغ ذوي المتوفى بواقعة الوفاة ويترك لهم القرار بمسألة إزالة أجهزة الإنعاش من عدمها ، وبناءً على هذا الإجراء ظهر الوضع الشاذ الذي لا يمكن تقبله منطقياً ، إذ أن مسألة إبقاء وضع المتوفى دماغياً على الأجهزة في هذه الحالة أصبحت محكومة للأوضاع المادية التي يتمتع بها المتوفى أو ذويه ، وهو الأمر المرفوض بداهة وشرعاً وقانوناً.
3. إن تحديد لحظة الوفاة طبقاً لمعيار الموت الدماغى وإعلانها من شأنه أن يرتب الآثار الشرعية المترتبة على الموت الطبيعي من غير إخلال بمراكز الورثة المستحقين لها حسبما هو منصوص عليه في قانون الأحوال الشخصية

(المواريث والوصايا) ، حيث يترتب على عدم إعلانها الإخلال بهذه المراكز وحرمان بعض المستحقين لها على حساب أشخاص غير مستحقين لها.

وفي النهاية أرجو أن أكون قد وفقت من خلال هذه الدراسة إلى إيصال القارئ الكريم لتصور مقبول لهذا النوع من الموت الإنساني وأوضحت مدى الحاجة إلى تعديل النصوص القانونية التي تناولت تعريف الموت وتنظيم أحوال الموتى ، ولا يسعني في النهاية إلا أن أردد قوله تعالى في كتابه الكريم : "الذي خلق الموت والحياة ليبلوكم أيكم أحسن عملاً" صدق الله العظيم .

والله ولي التوفيق.

\* قائمة المراجع العربية

1. الدكتور منذر الفضل - التصرف القانوني في الأعضاء البشرية - مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع  
لسنة 1994 .
2. جمعية العلوم الطبية الإسلامية - قضايا في ضوء الشريعة الإسلامية - المجلد الأول - دار البشير - سنة النشر 1995 .
3. دكتور عبد الوهاب عمر البتراوي - مجموعة بحوث جنائية حديثة - الجزء الأول - دار الفكر العربي - طبعة الثالثة 1996 .
4. ندى محمد نعيم الدقر - موت الدماغ بين الطب والإسلام - دار الفكر - سنة النشر 1997م .
5. عبد الرحمن الجزيري - كتاب الفقه على المذاهب الأربعة - الجزء الأول - دار إحياء التراث العربي ، لسنة 1996 .
6. د. عدنان القوتلي - الوجيز في الحقوق المدنية - الجزء الأول - مطابع دار الفكر بدمشق لسنة 1963 .
7. المحامي طارق شفيق نبيل - المذكرات الإيضاحية للقانون المدني - الجزء الأول - مطبعة التوفيق - نقابة المحامين .
8. د. مصطفى السباعي والدكتور عبد الرحمن الصابوني - الأحوال الشخصية في الأهلية والوصية والتركات - مطبعة جامعة دمشق .
9. د. محمد زكي أبو عامر - قانون العقوبات القسم الخاص - مطبعة التوني - طبعة ثانية لسنة 1989م .
10. الدكتور محمد الجبور - محاضرات في الجرائم الواقعة على الأشخاص ضمن المنهاج المقرر لطلاب كلية الحقوق في الجامعة الأهلية .
11. د. محمد صبحي نجم والدكتور عبد الرحمن توفيق - الجرائم الواقعة على الأشخاص والأموال في قانون العقوبات .
12. الدكتور محمد علي البار - موت القلب وموت الدماغ - الدار السعودية للنشر والتوزيع - جدة
13. دكتور عبد الحميد الشواربي - المسائل الجنائية في الطب الشرعي .
14. دكتور علي رمضان إزبيدة - النظرية العامة للأهلية - دراسة مقارنة بين الشرع والقانون .
15. توفيق واعي - حقيقة الموت والحياة الإنسانية في القرآن والأحكام الشرعية ندوة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإنساني .
16. عقيل العقيلي - حكم نقل الأعضاء في الفقه الإسلامي - مكتبة الصحابة - طبعة 1991 .
17. أحمد شوقي أبو خطوة - القانون الجنائي والطب الحديث .



18. يوسف القرضاوي - هدي الإسلام فتاوى معاصرة - دار الوفاء المنصورة - لسنة 1993 ، جزء 2.
19. جورج حزبون - د. عباس الصراف ، المدخل إلى علم القانون ، نشر بدعم من الجامعة الأردنية ، 1985
20. علي بن محمد السيد - التعريفات - دار الكتب العلمية - بيروت - طبعة 2 .
21. ابن القيم ، الروح - دار الكتاب العربي .
22. د. محمود إبراهيم خليل - أحكام المواريث والوصايا الاختيارية والواجبة - دار الكتاب العربي بمصر - الطبعة 1 لسنة 1957.
23. الدكتور/محمود محمد عوض سلامة- حكم نقل الأعضاء من الميت إلى الحي - دراسة مقارنة ، 1998.
24. علاء الدين عبدالعزيز أحمد البخاري (730هـ) كشف الأسرار من أصول فخر الدين البزدوي - ج3- دار الكتاب العربي- بيروت.

## القرارات

1. قرار دائرة الإفتاء الإسلامي رقم (1) لسنة 1988 بشأن موت الدماغ .
2. قرار مجلس مجمع الفقه الإسلامي - قرارات وتوصيات الدورة الثالثة لمجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقدة في عمان من 11 - 16 أكتوبر 1986 م .

## النشرات والندوات

1. مقالة منشورة في جريدة الشرق الأوسط حول الموت الدماغى
2. دكتور أشرف الكردي والدكتور حلمي حجازي - موت الدماغ - ورقة العمل الأردنية المقدمة في المؤتمر العربي الأول للتخدير والإنعاش والمعالجة الحثيثة الذي عقد في عمان بتاريخ 24/22 أكتوبر 85 م.
3. دكتور أشرف الكردي دكتور حلمي حجازي البحث المقدم في موت الدماغ لجائزة رئيس الجمهورية الجزائرية .
4. محاضر جلسات لجنة تعريف الموت نقابة الأطباء الأردنيين .
7. ندوة التبرع بالأعضاء وزراعتها في الأردن - الأبعاد الطبية والشرعية والقانونية - عمان في 1997/12/17 م بإشراف إدارة المستشفى التخصصي بالتنسيق مع كلية الدراسات العليا قسم التمريض بالجامعة الأردنية .

## قائمة المعاجم والقواميس

1. لسان العرب - ابن منظور - بيروت - دار صادر .
2. القاموس المحيط - الفيروز أبادي - بيروت - مؤسسة الرسالة .
3. تاج العروس - الزبيدي - ط1 - المطبعة الخيرية - القاهرة - لسنة 1306 .
4. معجم مقاييس اللغة ، لأبي الحسين بن فارس بن زكريا تحقيق وضبط عبد السلام محمد هارون ، طبعة أوفست ديت

5. المعجم الوسيط ، مجمع اللغة العربية بالقاهرة / ط30 / ديت .

6. قاموس دورلانط الطبي ،

27th Edition Dorland illustrated Medical Dictionary W.B Saunders Company 1988 Harcourt Brace Jovanovich Inc

## قائمة المراجع الأجنبية والنشرات الطبية

1. Reflection on the first International symposium on Brain Death - (Havana - September 22-25-1992 through Internet Yahoo - Galixto Macado - Havana .
2. A new definition of Death based on the basic mechanisms of Consciousness generation in human beings [http:// www change surf . Com /BD Galixtol / html .](http://www.change surf . Com /BD Galixtol / html .)
3. Brain Dead and Brain Death Description the URL for these pages is "[http://www asap care Com/ Brn Dead 6. Htm .](http://www.asap care Com/ Brn Dead 6. Htm .)
4. Brain death and its Determination - Microsoft Internet Explorer .
5. Brain Death and Organ Transplantation - Zdravniski vestnik 1996 .
6. Death legal and Illegal - [http:// www theatlantic Com. / atlantic / Issues/ 95 sep/ abortion/ mag . Htm .](http://www.theatlantic Com. / atlantic / Issues/ 95 sep/ abortion/ mag . Htm .)
7. Brain Death Protocols and checklists EHA 0043 Doc. Microsoft Internet Explore.
8. Understanding Brain Death - California Transplant Donor Net work .
9. Brain Death and life Support in Islamic Society .
10. Cerebral Death - Ashraf kurdi , MB , CH. B. , FRCP and Heimi Hejazi , L.R.C.P. , M.R.C.S. F.F.A.R.C.S. , - JORDAN Medical Journal .
11. Legislation Highlights of Brain Death Microsoft Internet Explore .
12. Life Connection of ohio " Brain death " .
13. Brain Death and its Determination - The Cleveland Clinic Foundation Department of General Anesthesiology ht.: // wow . anise . cc. Dry . 8080/ pilot/ near/ BR Death . HT
14. 27th Edition Dorland illustrated Medical Dictionary W.B Saunders Company 1988 Harcourt Brace Jovanovich Inc .
15. Young B, Blume W, Lynch A , Brain death and Persistent Vegetative state, Similarities and Contrasts Can J Neural SCI , 1988, 16 , pages 388- 393 .

## \*قائمة القوانين

1. القانون المدني الأردني رقم 43 لسنة 1976 .
2. قانون العقوبات الأردني رقم 16 لسنة 1960 .
3. قانون الانتفاع بأعضاء الإنسان رقم 23 لسنة 1977 ، القانون المعدل رقم 17 لسنة 1980 .
4. قانون الأحوال المدنية رقم 32 لسنة 1966 .
5. قانون الصحة العامة رقم 21 لسنة 1971 ، ونظام المقابر ودفن الموتى ونقل الجثث ونيش القبور رقم 22 لسنة 1970 .
6. قانون الأحوال الشخصية المؤقت رقم (61) لسنة 1976 .
7. قانون الشركات لسنة 1997.

## السيرة الذاتية للكاتبة سمر الأشقر

سمر الأشقر



حاصلة على شهادة الحقوق من الجامعة  
الأردنية عام 1983

الجنسية : أردنية ومقيمة منذ الولادة في دولة  
قطر

تعمل حاليا كمديرة تطوير الاعمال في شركة  
بروجاكس للتدريب والتطوير بالدوحة

البريد الإلكتروني:

[shehrazad2001@hotmail.com](mailto:shehrazad2001@hotmail.com)