دولة الكويت

سلسلة مطبوعات

المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة

الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية

في الفترة من ٢٩ شوال - ٢ ذو القعدة ١٤٢٥هـ

الموافق ١١ - ١٤ ديسمبر ٢٠٠٤م

القاهرة

إشراف وتقديم

الدكتور

عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس المنظمة الإسلامية

للعلوم الطبية

تحرير

الدكتور

أحمد رجائي الجندي

الأمين العام المساعد للمنظمة

الإسلامية للعلوم الطبية

١٤٢٦هـ - ٢٠٠٥م

دولة الكويت
سلسلة مطبوعات
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة

الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية

في الفترة من ٢٩ شوال – ٢ ذو القعدة ١٤٢٥هـ
الموافق ١١ – ١٤ ديسمبر ٢٠٠٤م
القاهرة

إشراف وتقديم
الدكتور
عبدالرحمن عبدالله العوضي
رئيس المنظمة الإسلامية
للعلوم الطبية

تحرير
الدكتور
أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد للمنظمة
الإسلامية للعلوم الطبية

١٤٢٦هـ - ٢٠٠٥م

(ح) المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، ٢٠٠٥م

فهرسة مكتبة الكويت الوطنية أثناء النشر

الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية (٢٩ شوال - ٣ ذو القعدة ١٤٢٥هـ الموافق ١١-١٤ ديسمبر ٢٠٠٤م: القاهرة)/ إشراف وتقديم عبدالرحمن عبدالله العوضي؛ تحرير أحمد رجائي الجندي.

- ط١ - الكويت: المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ١٤٢٦هـ، ٢٠٠٥م ٤٧٠ ص.

(سلسلة مطبوعات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية).

(سلسلة الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة).

١ - الأطباء - أخلاق المهنة. ٢ - الطب الإسلامي - دراسة.

٣ - الطب - قوانين وتشريعات. أ - العوضي، عبدالرحمن عبدالله (إشراف)

ب - الجندي، أحمد رجائي (محرر).

٦١٠ ، ٦٩

ردمك: ISBN: 99906 - 34 - 91 - 0

رقم الإيداع: Depository Number: 2005/00337

Home Page: http://www.islamset.com

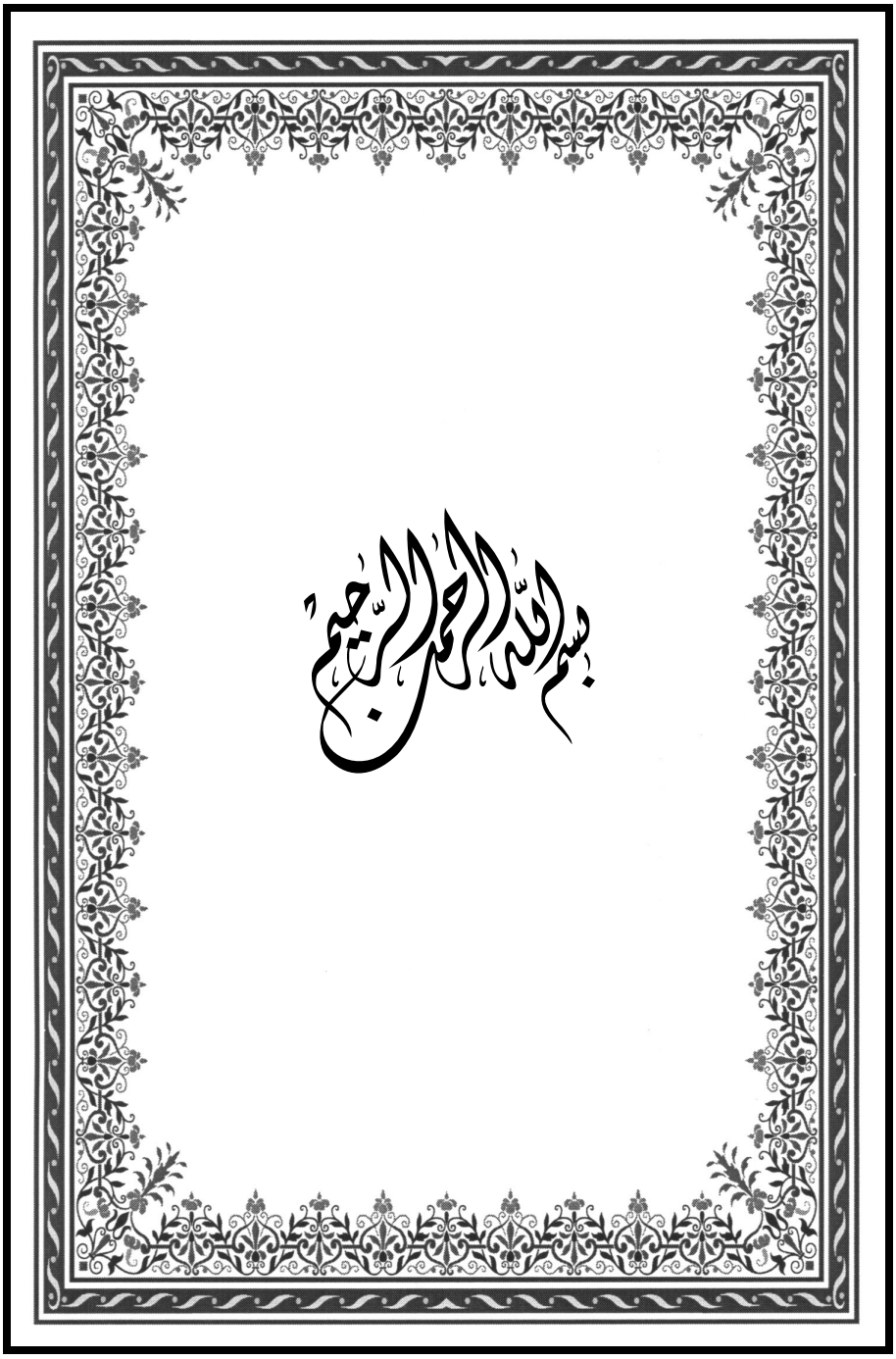
العنوان: المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

ص.ب: ٣١٢٨٠ الصليبيخات ت : ٠٠٩٦٥/٤٨٣٤٩٨٤

رمز بريدي: 90803 الكويت فاكس: ٠٠٩٦٥/٤٨٣٧٨٥٤

E - mail: iomskuwait@hotmail.com

iomskuwait@yahoo.com


بسم الله الرحمن الرحيم

المحتويات

الموضوع **الصفحة**

التقديم :

الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي ٩

- المقدمة :

الدكتور أحمد رجائي الجندي ١٥

- مقدمة

الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية ٢٣

الجزء الأول

السلوكيات الطبية وحقوق الطبيب وواجباته ٤٩

الجزء الثاني

أ - القواعد الإرشادية الأخلاقية العالمية لأبحاث الطب الحيوي المتعلقة بالجوانب الإنسانية "رؤية إسلامية" ١٢٩

ب - ملاحق الجزء الثاني ٢٩١

الجزء الثالث

القضايا الطبية المستحدثة وحيثيات أحكامها الشرعية من واقع توصيات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ٣١٩

الجزء الرابع

- الملاحق ٥٢٣

تقديم الدكتور
عبد الرحمن عبد الله العوضي
رئيس المنظمة

تقديم

الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

برغم التقدم الهائل في مجال العلوم عامة والطب خاصة وبرغم سمو مهنة الطب بين المهن الإنسانية لتحتل المرتبة العليا بين المهن المختلفة وبرغم أن الطبيب والطبابة يعتبران من وسائل رحمة الله في الأرض وبرغم أن المريض إنسان ابتلاه الله في صحته سواء كانت العضوية أو النفسية ويعتبر في أضعف حالاته ويحتاج إلى كل كلمة طيبة تخفف من آلامه وتزيد من آماله وتحنو عليه ليزداد إيمانه ويقينه بربه وبأن ما أصابه لم يكن لِيخطِئَه وما أخطأه لم يكن ليصيبه.

وبرغم النجاح الكبير في العلوم الصحية للتغلب على انتشار الأوبئة التي كانت تفتك بالإنسان وأصبح الكثير منها مجرد ذكرى عابرة بإنتاج الأمصال واللقحات والمضادات وغير ذلك من وسائل الوقاية – وامتد الأمر إلى النجاحات المبهرة في العلاجات لكثير من الأمراض سواء بتصنيع العديد من الأدوية أو عن طريق التدخل باستخدام أحدث أنواع التكنولوجيا التي امتدت للكشف عن كثير ممّا كان مجهولا في السابق ليصبح حقيقة معروفة لهذا الإنسان. وداعب الخيال العلمي العلماء وتوصلوا إلى الكثير والكثير من المعلومات التي كانت مجهولة في السابق وسيشهد القرن الحادي والعشرون التطبيقات الفعلية في استخدام الكثير من العلاجات التي اكتشفت في القرن العشرين.

وبرغم كل هذا الإبهار والنجاح المتلاحق كان من المتوقع أن تدخل البهجة والسعادة على إنسان القرن العشرين وتتحول حياته إلى جنة واسعة إلا أن هذا القرن شهد تحولا أخلاقيا من بعض العاملين في حقل الطبابة وتجاوزات عن الأهداف وانحرافا عن المبادئ السامية.

ورغم أن الانحراف صفة بشرية إنسانية امتدت عبر التاريخ والمسيرة الإنسانية لتمثل الصراع بين الخير والشر وهذا الانحراف ليس حكرا على أمة بعينها ولا جيل بذاته ولا مهنة بصفتها إلا أن القرن العشرين شهد زيادة ملحوظة في ذلك الفكر المنحرف أدى إلى استنفار المهتمين بالأخلاقيات في العالم أجمع والدعوة للتصدي لمثل تلك الممارسات ووضع إطار أخلاقي قانوني يبين الطريق السوي للجميع واعتبار من يحيد عن هذا الطريق منحرفا يجب عقابه بما يتناسب وقدسية الإنسان والطب والطبابة التي خلقت من أجله ليكونا من وسائل رحمته على الأرض وتمثلت تلك الانحرافات في السلوك والمعاملات والحقوق والواجبات وتعقدت العلاقات بسبب وجود عدد كبير يتعامل معه المريض فلم تعد العلاقة قاصرة بين الطبيب والمريض فحسب، فأساءوا إلى أنفسهم وإلى أشرف مهنة وأنبل غاية.

ولم يقتصر الأمر على ذلك بل امتد إلى الأبحاث العلمية حيث شهوة المعرفة من أقوى الشهوات الإنسانية جموحا إذا سيطرت على الإنسان فالخيال العلمي تبدد وأصبح حقيقة والحقيقة توصل إلى حقيقة أخرى دون النظر إلى حرمة الإنسان خليفة الله في الأرض الذي أحاطه رب العالمين بسياج من الأمن والأمان واعتبر الاعتداء عليه اعتداء على البشرية جميعا وإحياؤه إحياء للبشرية جميعا ورغم أن الإسلام يدعو إلى البحث العلمي ويأمر أتباعه بدراسة كل ما يحيط بهم من ظواهر كونية ويحثهم على النظر في ملكوت السماوات والأرض وفي أنفسهم لتكون في خدمة خليفة الله في الأرض إلا أن مسيرة الأبحاث في الحقبة

الأخيرة أثارت الكثير من علامات الاستفهام فكان لابد من وضع إطار يحدد للباحث واجباته نحو أخيه في الإنسانية وحقوق ذلك الإنسان وأين يرسم خطوط السلامة التي لا يجب أن يتجاوزها صيانة له من عبث العابثين وحفظا لكرامته من الإهانه ولا تكون الغاية تبرر الوسيلة، فكان من الضروري النظر إلى كل الإجراءات بمنظار أخلاقي.

ثم كانت نتائج الأبحاث ودخولها إلى حيز التطبيق الفعلي على الإنسان هل يجوز ذلك أم لا وإلى أي مدى يمكن السير في ذلك؟ ما هي الضوابط والحدود، أين الحلال والحرام، ونشط المهتمون بالأخلاق في كل الأديان والمعتقدات لوضع الضوابط عند التطبيق لكن الأمر تجاوز أبعد من ذلك فدخلت التجارة عنصرا هاما في تلك الممارسات وطالعتنا الصحف والأنباء بكثير من الأخبار عن التجاوزات على الإنسان جسدا ونفسا بصورة تقشعر لها الأبدان وتحول الإنسان إلى حيوان بائس للتجارب والتجارة معا.

وقبل أن تغرق السفينة بمن فيها ويتحول الانحراف إلى ظاهرة وتفقد البشرية أعز إنجازاتها بسبب حفنة من ضعاف النفوس أشربت قلوبها حب المال وجمعه واستولى عليها الشيطان بإغواءاته وإغراءاته فانبرت منظمة CIOMS للأمر وأصدرت العديد من التوصيات. وتصدت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية على نفس النهج للتصدي لتلك الظاهرة منذ مطلع إنشائها فأصدرت وثيقتها الأولى عام ١٩٨١م حول السلوكيات والواجبات والحقوق للطبيب والمريض والمجتمع وكانت حدثا هاما وفريدا في وقتها. وتسلمت المنظمة خطابا من بابا الفاتيكان يشيد بالوثيقة ومحتواها ولم تتوقف عند هذا الحد بل تابعت المسيرة وتدارست كل ما ظهر من إنجازات حديثة على الساحة الطبية العالمية وأصدرت توصياتها مستمدة من الرأي الفقهي الإسلامي في لقاءات جمعت بين الأطباء والعلماء والفقهاء في حوار علمي وشفافية كاملة

ونقاش حر أثرى المسيرة الإسلامية في ذلك المجال مستمدة ذلك من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة واجتهادات علماء الأمة الإسلامية على طول مسيرتها لمعالجة تلك الظواهر غير الطبيعية والمنافية لأخلاق الفطرة التي فطر الله الناس عليها وأمام تلك التحديات وقبل أن يتحول الانحراف إلى ظاهرة ويصير الإنسان مجرد رقم في الحاسوب أو كأي كائن حي مجرد من إنسانيته فتستباح حياته وتنتهك حرماته وقبل أن نجد أنفسنا أمام مشكلة حقيقة لا نجد حلا لها وإنقاذاً للسفينة البشرية واسترداداً للطب والطبابة لمكانتهما كما كانا في السابق وأخذاً بالاحتياط ووضعاً للأمور في نصابها، كان لابد للمنظمة – كما سبق لها أن قامت – بالتصدى للمشكلة من كل جوانبها لوضع الأسس والقواعد الواجب اتباعها والأطر التي لا يجب تجاوزها والأخلاقيات التي يجب الالتزام بها من ناحية السلوك والواجبات والحقوق للطبيب والمريض والمجتمع لتعود الروح الطيبة والأخلاق الحميدة مرة ثانية كما كانت في السابق عندما كان الطب الإسلامي مسيطرا على العالم ويحتل الطبيب والطب مكانتهما بين الناس.

كما كان من الضروري الوقوف على مجريات الأبحاث ووضع القواعد الواجب اتباعها وما يحفظ كرامة الإنسان ويحميه من العبث بجسده ونفسه ويمكن الطبيب والباحث من إجراء أبحاثه لتكون خيرا للبشرية بدلا من أن تكون وبالا عليها. كما رأينا أن تُقدّم للطبيب والعاملين في مجال الصحة الآراء الفقهية مستمدة من الشريعة الإسلامية السمحاء في كل ما ظهر على الساحة العالمية وتعرضت له المنظمة في ندواتها إرشادا وتثقيفا وتعليما وإلماما بما حدث على مدى العقدين الماضيين وأطلقنا على هذه المحصلة "**الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية**" ويعتبر الميثاق بصورته هذه حصاد سنين عددا، وضعت محتواه مجموعة متميزة من الأخوة الأطباء والفقهاء والمهتمين

بالأخلاقيات وبما يتماشى مع الشريعة الإسلامية ليأتي ثمرة يانعة بفضل الله وتوفيقه وجميع العاملين على إنجازه ابتغاء وجه الله.

وقد رأينا أن يشمل الميثاق مقدمة فيها شئ من الإسهاب عن الأخلاق في الإسلام والقواعد الفقهية الشرعية التي انطلق منها الرأي الفقهي.

ها هي الحصيلة بين يديك ندعو الله أن يكون التوفيق قد حالفنا ونرجو أن تكتب إلينا برأيك نقدا وتعديلا لنضع ذلك في الحسبان آملين أن نصل إلى الكمال بإذنه تعالى وبملاحظاتك التي نعتز بها دائما في الطبعات القادمة.

كما يسرني أن أقدم خالص الشكر وجزيل الامتنان للإخوة الأعزاء في المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية والإيسيسكو وجامعة عجمان على مساهمتهم في الإعداد ومشاركتهم في العمل الدؤوب الذي كانت حصيلته "الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية".

شاكرا ومقدرا لكل من ساهم في الإعداد والبحث والتقديم وندعو الله أن يجزيهم عنا خير الجزاء وأن يحتسب ذلك في ميزان أعمالهم إنه سميع مجيب.

والله الموفق،،،

مقدمة

الدكتور أحمد رجائي الجندي

الأمين العام المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

مقدمة
الدكتور أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

يأتي إصدار الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية "علامة فارقة وبارزة في مسيرة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ليس فقط على مستوى العالمين العربي والإسلامي بل على المستوى العالمي فيعتبر الميثاق وثيقة فريدة في محتواها جمع بين أمور ثلاثة الجزء الأول يشمل السلوكيات الطبية وحقوق الطبيب وواجباته والجزء الثاني الأبحاث ومتطلباتها والحدود التي لايجب تخطيها وحقوق الباحث والمريض والمجتمع والبحث العلمي، أما الجزء الثالث فيشمل المسائل الطبية الحديثة" .

وكل ماجاء في الميثاق يأتي مستمدا من الشريعة الإسلامية الغراء ومتوافقا مع أهدافها والمصالح التي جاءت من أجلها.

والميثاق يمثل تطورا تاريخيا في الفكر الطبي فعندما أصدرت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية عام ١٩٨٠ الدستور الإسلامي للمهن الطبية " كان حدثا فريدا من نوعه في ذلك الوقت رغم أنه اقتصر في محتواه على مواضيع كانت مثارة وقتها واهتمت بها المنظمات العالمية، وعلى الساحة العالمية لم تكن الأبحاث الطبية والصحية تحتل تلك

المكانة التي تحتلها اليوم ولم يظهر آنذاك في حيز المنجزات الطبية سوى طفل الأنابيب فقط.

بينما اليوم وعلى مدار الساعة تطالعنا الأخبار بإنجازات علمية كبيرة فمن زراعة الأعضاء إلى الجينوم البشري، والهندسة الوراثية والاستنساخ وغير ذلك من إنجازات تكاد تقارب الخيال العلمي وتظهر تطبيقاتها ونتائجها يوما بعد آخر، وكان من نتيجة إدخال الكمبيوتر والأجهزة الحساسة والتقنية المتقدمة تعدد الجهات المشاركة في علاج المريض واتساع تداول المشاكل الصحية من زوايا مختلفة أدى ذلك كله إلى أن تتداول جهات عديدة أسرار المريض لذلك كان لابد أن تتغير النظرة إلى مبادئ قديمة مثل سر المهنة وغيره ليظهر ذلك في الميثاق ليضع لها التكييف الشرعي وبما يتوافق مع مقاصد الشريعة الإسلامية واستغرق الإعداد لهذه الندوة أكثر من عام نوقشت خلالها المحاور الثلاثة في لجان علمية متخصصة جمعت بين أهل الفقه الشرعي الإسلامي والعاملين في المجال الصحي والمهتمين بالجوانب الأخلاقية والفلسفية والقانونية فتم تشكيل اللجنة الأولى المسؤولة عن السلوكيات الطبية وحقوق وواجبات الطبيب من كل من الآتي أسماؤهم حيث قام الدكتور أحمد رجائي الجندي الأمين العام المساعد للمنظمة بوضع مسودة للورقة قدمت للجنة وهم: .

المستشار عبد الله العيسى	الدكتور عبد الله سعيد حطاب
الدكتور توفيق بن أحمد خوجة	الدكتور عبد الله الغنيم
الدكتور أسامة رسلان	الدكتور خالد المذكور
الدكتور محمود المناوي	الدكتور محمد هيثم الخياط
الدكتور صلاح العتيقي	الدكتور باسل عبد الجبار

الدكتور علي يوسف السيف	الدكتور جمال الجارالله
الدكتور أحمد رجائي الجندي	الدكتور مأمون الحاج
الدكتور يوسف النصف	الدكتور صالح راشد المعمري
الدكتور فايز الكندري	الدكتور حمدي عبد اللاه
الدكتور فايز الظفيري	الدكتور عبد الله بن إبراهيم الشريف
الدكتور محمد المشعان	الدكتور عبد الله الكندري

حيث قامت اللجنة بمناقشة المسودة والخروج بصورة شبه نهائية للجزء الأول من الميثاق تمهيدا لعرضها على الندوة.

أما الجزء الخاص بالأبحاث فكما سبق وذكر في مقدمة الميثاق فقد تم اختيار الوثيقة العالمية "**القواعد الإرشادية الأخلاقية العالمية لأبحاث الطب الحيوي المتعلقة بالجوانب الإنسانية "رؤية إسلامية**" التي أصدرتها منظمة CIOMS وتم ترجمتها إلى العربية وأرسلت إلى الفقيه الإسلامي الأستاذ الدكتور نزيه حماد الذي قام بوضع الرأي الإسلامي وتم تحويلها إلى كل من فضيلة الشيخ محمد المختار السلامي والدكتور عبد الستار أبو غدة والدكتور محمد ماهر حمامي والدكتور فايز الظفيري والدكتور عبد الله سعيد حطاب والدكتور جون براينت والدكتور حسام فضل لدراستها ووضع تعليقاتهم عليها أثناء انعقاد الندوة.

أما الجزء الثالث المتعلق بالأمور الطبية المستحدثة فقد تم تكليف الأستاذ الدكتور سعد الدين هلال بدراستها وإخراجها بالصورة التي ظهرت عليها وتم تحويل ما أعده الدكتور سعد الدين هلال إلى كل من فضيلة الدكتور على جمعة مفتي جمهورية مصر العربية والدكتور جمال أبو السرور والدكتور جمال الجارالله والدكتور سيد ارشد حسين والدكتور مصطفى الموسوي لإبداء آرائهم وملاحظتهم تمهيدا لمناقشتها

في الندوة. وقد عقدت الندوة في الفترة مابين ٢٩ شوال . ٢ ذو القعدة ١٤٢٥ هـ الموافق: ١١ . ١٤ ديسمبر ٢٠٠٤ بالقاهرة وتم تشكيل لجان فرعية لكل موضوع من المواضيع لوضعه بصورته النهائية حيث شكلت لجنة محور السلوكيات وحقوق وواجبات الطبيب من كل من:.

- الدكتور محمد هيثم الخياط — الدكتور عجيل النشمي
- الدكتور أحمد رجائي الجندي — الدكتور أسامه رسلان
- الدكتور محمد علي البار — الدكتور فايز الكندري
- الدكتورة فرحات معظم — الدكتور محمود المناوي
- الدكتور توفيق بن أحمد خوجه

وتولى الأخ الدكتور محمد هيثم الخياط صياغتها بصورتها النهائية الموجودة حاليا.

واللجنة الثانية لدراسة "**القواعد الإرشادية الأخلاقية العالمية لأبحاث الطب الحيوي المتعلقة بالجوانب الإنسانية "رؤية إسلامية"**

تم تشكيلها من كل من:

- فضيلة الشيخ محمد المختار السلامي — الدكتور فايز الظفيري
- الدكتور نزيه حماد — الدكتور عبد الله سعيد حطاب
- الدكتور عبد الستار أبو غدة — الدكتور حسام فضل
- الدكتور محمد ماهر حمامي — الدكتور جون براينت

لوضعها بصورتها النهائية. كما جاءت في الميثاق.

واللجنة الثالثة لدراسة "**القضايا الطبية المستحدثة وحيثيات أحكامها الشرعية**" من واقع توصيات ندوات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية تتكون من كل من: -

- الأستاذ الدكتور علي جمعة — الدكتور مصطفى الموسوي
- الأستاذ الدكتور سعد الدين هلال — الدكتور محمود فتح الله
- الأستاذ الدكتور جمال أبو السرور — الدكتور عبد الله بن إبراهيم الشريف
- الأستاذ الدكتور جمال الجارالله

لوضعها بالصورة النهائية كما جاءت في الميثاق.

وعرضت جميع هذه النتائج وما توصلت إليه اللجان السابقة على لجنة التوصيات المشكلة من كل من:

- المستشار عبد الله العيسى رئيسا
- الدكتور خالد المذكور — الدكتور عبد الله الغنيم
- الدكتور صلاح العتيقي — الدكتور على يوسف السيف
- الدكتور عبد الستار أبو غدة — الدكتور نزيه حماد
- الدكتور محمد هيثم الخياط — الدكتور حسان حتحوت
- الدكتور سعد الدين هلالي — الدكتور أحمد رجائي الجندي مقرراً

وأصدرت اللجنة توصياتها ومن بينها تكليف أحد الزملاء لكتابه مقدمة للميثاق.

حيث قام الدكتور أحمد رجائي الجندي بكتابتها، وقام بمراجعتها

وتنقيحها الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي والمستشار عبد الله العيسى والدكتور عبد الله الغنيم.

ثم قامت الأمانة العامة للمنظمة بمراجعة الميثاق والإخراج للصورة النهائية متمنية أن يسد فراغا ويكون مرجعا في هذا المجال.

وقد أصدر مجلس أمناء المنظمة قراراً بضرورة مراجعة محتوياته كل عامين لإضافة ما قد يستجد من أحداث أو أبحاث أو مستجدات على الساحة العالمية.

ندعو الله أن يكون التوفيق قد حالفنا سائلين المولى أن يتقبله خالصا لوجهه شاكرا لكل الزملاء والزميلات الذين ساهموا في الإعداد والإخراج لتأتي تلك الثمرة يانعة بين أيديكم.

والله الموفق،،،

مقدمـــة
"الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية"

مقدمـــة
"الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية"

لقد قطعت البشرية في مسيرتها العلمية والطبية خلال الخمسين عاما الماضية أشواطا هائلة من التقدم والرقي في هذين المجالين، وحققت إنجازات متطورة من الاكتشافات العلمية التي كان لها أبلغ الأثر في تقدم صحة الإنسان والتغلب على كثير من العلل والأمراض سواء كان ذلك في حقل الأدوية والمضادات أو كان في محيط الأجهزة والمعدات، وقد سعدت البشرية خلال هذه الحقبة الزمنية بما توصلت إليه علوم الطب من تلك الابتكارات التي دفعت عن الأمم المختلفة هجمات شرسة لكثير من الأوبئة والأمراض والتي كانت تحصد الأعداد الغفيرة من البشر في كل بقعة تجتاحها، كما انفتح باب الأمل للبشرية بتطور علم الجينات والوراثة والذي أسعد كثيرا من الناس بما هيأه لهم من أسباب الخير وما يؤهله في المستقبل من آمال عريضة واعدة، وإذا كان هذا هو الجانب المشرق للتقدم العلمي والوجه المضيء لثورة الاكتشافات الطبية فإنه لا مناص من أن تفرز هذه الإيجابيات عوامل سلبية، إذا كان ذلك في حدود المعقول علميا والمقبول أخلاقيا وكانت نتيجة حتمية للبحوث والاكتشافات التي توظف لخير البشرية، أما إذا اتخذت هذه السلبيات أشكالا تهدد كيان الإنسان وتنحرف عن المنهج العلمي السليم انحرافا شاذاً يتمثل في ظهور الانحراف في الممارسات

والتطبيق، وتطويع الأبحاث لهوى في النفوس انسياقاً وراء حب الظهور والشهرة والكسب غير المشروع حتى لو كان ذلك هدماً للقيم الأخلاقية وتطاولا على الإنسان الذي كرمه الله وفضله على كثير من خلقه، فأصبح حقلا للتجارب دون ضوابط، ومستودعا لقطع الغيار البشرية من كلي إلى كبد وقلب، بل امتد الانحراف إلى محاولة لاستنساخه والتلاعب في جيناته... وتملك العالم الرعب الشديد والخوف من مستقبل البشرية أمام طغيان ذلك المد الخطير لتلك الممارسات والأبحاث لتحول العلم إلى كابوس مزعج وسيف مسلط على رقاب العباد، ومصدر للشقاء والتعاسة بدل السعادة والهناء.

والطب من العلوم التي حازت على الكثير من الاهتمام في مجال الأخلاقيات، ولعل ذلك يرجع إلى أن الطب يتعلق بالإنسان أشرف مخلوق لله على ظهر الأرض، وكان لذلك مغزاه الواضح في شريعة حمورابي لحضارة ما بين النهرين والحضارة المصرية القديمة والحضارة اليونانية والحضارة الإسلامية.

ولعل أكثر الحوادث درامية تلك التي وقعت في أواخر النصف الأول من القرن العشرين لإهمال الكثير من الجوانب الأخلاقية أثناء الحربين العالميتين الأولى والثانية، مما أدى إلى كوارث مروعة حيث قام بعض الأطباء الألمان بإجراء تجارب قاسية على المعتقلين والأسرى وظهر ذلك جليا في محاكمات نورمبرج ١٩٤٦ وتبين من تلك المحاكمات أن هؤلاء الأسرى والمعتقلين لم تؤخذ موافقاتهم ولم يعرفوا شيئا عن تلك التجارب التي أجريت عليهم ووصل الأمر إلى تجربة غازات سامة لمعرفة تأثيرها على أعضاء الجسم المختلفة.

وأفاق العالم على كابوس مزعج وصدرت أول وثيقة علمية عام ١٩٤٧ أطلق عليها وثيقة نورمبرج وتعد أول وثيقة أخلاقية تصدر في مجال الأبحاث على الإنسان.

"ثم تلا ذلك إعلان هلسنكي الصادر من الاتحاد الطبي الدولي ١٩٦٤ وتمت مراجعته عدة مرات في أعوام (١٩٧٥، ١٩٨٣، ١٩٨٩، ١٩٩٦، ٢٠٠٠)".

ثم كان الدستور الإسلامي للأخلاقيات الطبية الصادر عن المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ١٩٨٢.

وكذلك الإرشادات الدولية لأخلاقيات البحوث الطبية الحيوية المتضمنة دراسة حالات بشرية (١٩٩٥ - ٢٠٠٠ CIOMS/WHO)، ومن اللافت للنظر أن معظم المجلات والإصدارات الطبية التي تصدر الآن بها الكثير من تلك الممارسات اللاأخلاقية وخاصة تجريب بعض الأدوية التي لم يتم اعتماد استخدامها بشريا في الدول الكبرى ولكنهم يجربونها في دول فقيرة وأناس معوزين هذا بالإضافة إلى الكثير الكثير من الممارسات الخاطئة التي تطالعنا بها الصحف والمجلات العلمية وغير العلمية.

وأمام هذه الهجمة الشرسة وانتهاك حقوق الإنسان في الدول النامية التي ينتمي إليها معظم الدول الإسلامية رأت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية إصدار "**الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية**".

ويشمل ذلك الميثاق أجزاء ثلاثة:

الأول: السلوكيات الطبية وحقوق الطبيب وواجباته.

الثاني: القواعد الإرشادية الأخلاقية العالمية لأبحاث الطب الحيوي المتعلقة بالجوانب الإنسانية - رؤية إسلامية.

الثالث: رؤية إسلامية للإنجازات الحديثة في الطب.

ويهدف الميثاق إلى الآتي:

بيان ما أصيب العالم به من اضطراب في المنظومة الأخلاقية ومعاييرها المادية أو الروحية حيث ظهرت مبادئ ونظريات كثيرة كان بعضها بمثابة اجتهادات شخصية والآخر مستمداً من بعض الديانات، وبقيت الساحة تشعر بخواء كبير خاصة في الدول الإسلامية التي لديها قرآنها وسنة رسولها وأقوال علمائها وباحثيها ومفكريها، ومن الممكن أن تثرى بذلك المسيرة العالمية بعامة والإسلامية بخاصة لانسجام الأمر وتوافقه مع معتقداتها وفطرتها وعاداتها وتقاليدها: ومن ثم كان ضروريا أن نطرح هذا الموضوع الذي اهتمت به المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية منذ إنشائها وما زالت تتابع التطورات على الساحة العلمية والعالمية من منجزات علمية وما يلحق بها من أخطاء طبية وممارسات لاأخلاقية لتضع ميثاقا مستمدا من الشريعة الإسلامية يكون نبراسا يضيء الطريق أمام العاملين في مجال الطب والصحة، ويتناول ما يأتي:

أولا: بيان أهمية الميثاق:

أ - الحاجة إلى إظهار الرؤية الإسلامية للأخلاق الطبية في محاولة لترشيد الممارسات الطبية في عصر ابتعدت فيه بعض الممارسات عن التمسك بالقيم.

ب - أهمية وجود نظام قيمي واضح يكون من شأنه رفع الاضطراب الذي أصاب الممارسات الطبية من خلال ما يكشف عنه التقويم الدقيق لهذه الممارسات.

ج - إيجاد بديل لسيطرة النموذج النفعي على الرؤية الطبية يكون من شأنه تنقية الساحة الطبية من آثار النظرية النفعية السيئة.

د - اقتراح نظام عام يمكن الرجوع إليه عند عدم التمكن من الاطلاع

على الدراسات الخاصة بالوقائع والنوازل في مجال الطب حين يصعب ذلك.

هـ - حاجة الطبيب المسلم إلى دافع قيمي يدفعه إلى بذل قصارى الجهد في مجالات الخدمة الطبية بما يساعده على التقدم والرقي بالعمل في خدمة الإنسانية، وحوافز مستمدة من القيم والأخلاق الحميدة.

و - إبراز الرؤية الإسلامية المتكاملة للتعامل مع الإنسان من خلال تناول آثار هذه الرؤية في مجالات الاهتمام به.

ز - وجود وثيقة أخلاقية ومهنية تعمل على تلافي الآثار السلبية للممارسات الخاطئة في مهنة الطب وما يتصل بها.

ثانيا: بيان وظيفة الميثاق:

١ - تكريس الاهتمام بقيمة النفس الإنسانية والحفاظ على كرامتها وعدم التعدي عليها لأي سبب من الأسباب، مع بيان علاقة ذلك بوظيفة الإنسان في الحياة ويؤكد ذلك قوله تعالى:
﴿مَن قَتَلَ نَفْسًۢا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِى ٱلْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ ٱلنَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَآ أَحْيَا ٱلنَّاسَ جَمِيعًا﴾ (المائدة ٣٢).

٢ - التأكيد من خلال الممارسات الطبية، على أن الشافي هو الله سبحانه وأن بيده مقاليد السماوات والأرض وهو المؤثر في الكون، وهو الذي خلق الموت والحياة، بيده الملك وهو على كل شيء قدير... قال تعالي: ﴿تَبَٰرَكَ ٱلَّذِى بِيَدِهِ ٱلْمُلْكُ وَهُوَ عَلَىٰ كُلِّ شَىْءٍ قَدِيرٌ ۝١ ٱلَّذِى خَلَقَ ٱلْمَوْتَ وَٱلْحَيَوٰةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا ۚ وَهُوَ ٱلْعَزِيزُ ٱلْغَفُورُ﴾ (الملك: ١، ٢)

٣ - إبراز مكانة الالتزام بمنهج الإسلام في الممارسات الطبية التي تحتاج إلى معان أخلاقية راقية لأداء المهام الكثيرة التي تطلب من الطبيب الممارس.

٤ - التنبيه على أن التطبيب أحد أفعال الإنسان التي لا تخرج في كل حركاتها عن معنى العبودية لله سبحانه وتعالى مما ينتج طبا ملتزما غير منفلت.

٥ - بيان الوسطية الشرعية المتمثلة في التوازن بين مختلف مكونات الحكم الشرعي أخلاقية وفقهية بأن نبين جهود الفقهاء والأصوليين المسلمين في أن يقيموا الفقه على الأخلاق ويوجهوا الأخلاق بالفقه.

٦ - توضيح أن الأخلاق بالنسبة لعلم الفقه بمثابة القانون الحاكم للتطبيقات الفقهية والممارسات العملية، وليست مجرد رؤية فلسفية لا نصيب لها من التطبيق، فالأخلاق معيار للسلوك الإنساني ولا تختلف عنه.

٧ - سد ثغرات القوانين العامة من خلال محاولة المزج بين الإلزام القانوني والالتزام الأخلاقي بحيث تصبح مبادئ الأخلاق الخاصة قادرة على أن تسد ثغرات القوانين العامة.

٨ - تفعيل دور المقاصد الشرعية، بأن نجعلها تشمل كل مجالات الحياة الإنسانية بما يساعد على تحقيق مقاصد الشريعة العليا، والاستعاضة بها عن الصيغة المادية التي يجري التعامل بها الآن.

٩ - رفع كفاءة الطبيب المسلم الطبية بإمداده بمنظومة أخلاقية وروحية تساعده على بذل أقصى جهد في القيام بدوره المرجو منه.

ويعتمد الميثاق في محتواه على مكارم الأخلاق والتي يتوجب أن نوضح مفهومها في الإسلام.

فكلمة الأخلاق مفردها خلق، وكما جاء في لسان العرب لابن منظور "الخُلُق" (بضم اللام أو سكونها): الطبع والسجية وهو مختص بصورة الإنسان الباطنة أي نفسه وأوصافها ومعانيها المختصة بها وهو بمنزلة الخَلْق (بفتح الخاء وتسكين اللام). وهو الصورة الباطنة ولادخل له بأوصاف الصورة الظاهرة.

وهذا التحديد عند ابن منظور يؤكد أن الإنسان يحاسب ثوابا أو عقابا على أعماله الباطنة الصادرة عنه بإرادته لأنه يستطيع أن يتحكم فيها بعقله الذي ميزه الله به عن سائر الخلق.

فالأخلاق إذن ليست موقفا وصفيا لما حصل من أفعال وسلوك، وإنما هي مبادئ وقواعد تستند عند صاحبها إلى العقيدة أو إلى فلسفة حياته لتكون المعيار الذي يحكم بواسطته على مختلف الأمور والأفعال الصادرة عنه أو عن غيره، وأساس الحكم هو تلك الثنائية بين الفضيلة والرذيلة وبين الخير والشر، وقد يقول البعض بأن الخير والشر أمران نسبيان في المجتمعات وبين الأفراد، وهذا خطأ جسيم، فالخير هو الرغبة في ترقية القيم والعمل على النهوض بها، في حين أن الشر هو الحركة المضادة التي تهدف إلى الانتقاص من القيم والعمل على الهبوط بها. وبهذا فإن القيم الأخلاقية بمعنى أدق هي معراج لإنسانية الإنسان تجاه المثل العليا لتذكية النفس وتساميها فوق نوازع السوء مصداقا لقوله تعالى: ﴿قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّىٰهَا ۝٩ وَقَدْ خَابَ مَن دَسَّىٰهَا﴾ (الشمس: ٩، ١٠).

وإذا نظرنا إلى قول الحق تبارك وتعالى في وصف بعثة الرسول صلى الله عليه وسلم: ﴿وَمَآ أَرْسَلْنَٰكَ إِلَّا رَحْمَةً لِّلْعَٰلَمِينَ﴾ (الأنبياء: ١٠٧) ثم وصف الله سبحانه وتعالى لرسوله والثناء عليه بقوله: ﴿وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلُقٍ عَظِيمٍ﴾ (القلم: ٤) ووصف السيدة عائشة لأخلاق الرسول صلى الله عليه وسلم بقولها: "**كان خلقه القرآن**" وتوضيح الرسول

صلى الله عليه وسلم لجوهر رسالته النبوية بقوله: "**إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق**" لتبين لنا عظم مكانة الأخلاق في الإسلام، ومكانتها في المجتمعات البشرية.

فالأخلاق تمثل عاملا حاسما في تقدم الجماعات والشعوب والأمم وازدهارها، هذا إذا كانت أخلاقا حميدة وقائمة على معايير سليمة. أما إذا كانت أخلاق شر وفساد فإن المجتمعات سيصيبها التدهور والهلاك، ويدلنا التاريخ على مر السنين أنه بالبحث والتدقيق في أسباب ازدهار الحضارات أو تدهورها كانت الأخلاق من الأعمدة الرئيسية وراء الازدهار أو التدهور، ولذلك احتلت الأخلاق مكانة كبيرة في تاريخ الأمم وبين المفكرين والمنظرين، فكل منهم تعرض لها بما يدين به أو يعتقد فيه، والأديان الثلاثة الكبرى كانت مهمتها الرئيسية توجيه أتباعها إلى الأخلاق الحميدة.

ونرى في مجال ذلك عناية الإسلام بالفرد، لأنه أساس الأسرة، والأسرة عماد المجتمع محاولة لتحريك الفرد باتجاه فعل الخير والانخراط مع الجماعة بسلوك متميز يحكمه الإيثار والنظرة الجماعية بدلا من الأنانية والنظرة الضيقة للذات مصداقا لقوله تعالى: ﴿وَيُؤْثِرُونَ عَلَىٰٓ أَنفُسِهِمْ وَلَوْ كَانَ بِهِمْ خَصَاصَةٌ﴾ (الحشر: ٩) وقوله سبحانه: ﴿وَيُطْعِمُونَ ٱلطَّعَامَ عَلَىٰ حُبِّهِۦ مِسْكِينًا وَيَتِيمًا وَأَسِيرًا ۝٨ إِنَّمَا نُطْعِمُكُمْ لِوَجْهِ ٱللَّهِ لَا نُرِيدُ مِنكُمْ جَزَآءً وَلَا شُكُورًا﴾ (الإنسان: ٨، ٩).

والرسول الكريم يقول: "إنكم لن تسعوا الناس بأموالكم فسعوهم بأخلاقكم" وفي رواية أخرى "فليسعهم ببسط الوجه".

ويقول صلى الله عليه وسلم: "**ما شئ في الميزان أثقل من حسن الخلق**".

ولقد سأل رجل رسول الله صلى الله عليه وسلم عن حسن

الخلق، فتلا قوله تعالى: ﴿خُذِ ٱلْعَفْوَ وَأْمُرْ بِٱلْعُرْفِ وَأَعْرِضْ عَنِ ٱلْجَٰهِلِينَ﴾ (الأعراف: ١٩٩).

فالخلق هو أن تصل من قطعك، وتعطي من حرمك، وتعفو عمن ظلمك.

وجاء رجل إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم من بين يديه فقال: "يا رسول الله ما الدين؟ قال صلى الله عليه وسلم: "حسن الخلق" وجاء صحابي يسأل رسول الله صلى الله عليه وسلم أن يوصيه فقال صلى الله عليه وسلم: "اتق الله حيثما كنت وأتبع السيئة الحسنة تمحُها وخالق الناس بخلق حسن"، وقيل لرسول الله صلى الله عليه وسلم إن فلانة تصوم النهار وتقوم الليل وهي سيئة الخلق تؤذي جيرانها بلسانها فقال صلى الله عليه وسلم: "**لا خير فيها هي من أهل النار**"، وقيل يا رسول الله أي المؤمنين أفضل إيمانا قال صلى الله عليه وسلم: "**أحسنهم أخلاقا**" وقال صلى الله عليه وسلم: "**إن من أحبكم إليَّ وأقربكم مني مجلسا يوم القيامة أحاسنكم أخلاقاً**".

وقال أنس: قال صلى الله عليه وسلم: "**إن العبد ليبلغ بحسن خلقه عظيم درجات الآخرة وشرف المنازل وإنه لضعيف في العبادة**".

وقال صلى الله عليه وسلم: "**البر حسن الخلق**".

وسئل ابن عباس ما الكرم؟ قال ما بيّن الله في كتابه العزيز: "**إن أكرمكم عند الله أتقاكم**" قيل فما الحسب قال "**أحسنكم أخلاقا أفضلكم حسبا، وقال لكل بنيان أساس وأساس الإسلام حسن الخلق**".

ولكن ما هو حسن الخلق؟

عرف علي بن أبي طالب رضي الله عنه حسن الخلق في ثلاث خصال هي: "**اجتناب المحارم، وطلب الحلال، والتوسعة على**

العيال"، ويقول الإمام الغزالي: يقال فلان حسن الخلْق والخلُق أي حسن الظاهر والباطن، ويراد بالظاهر الخلْق وبالباطن الخلُق ولكل واحد منهما صوره، وهي إما قبيحة وإما جميلة فالنفس المدركة بالبصيرة أحسن قدرا من الجسد المدرك بالبصر إذ قال الله سبحانه وتعالى: "**إني خالق بشرا من طين فإذا سويته ونفخت فيه من روحي فقعوا له ساجدين**" فنبه على أن الجسد منسوب إلى الطين والروح إلى رب العالمين، والمراد بالروح والنفس في هذا المقام واحد، فالخلق عبارة عن هيئة في النفس راسخة عنها تصدر الأفعال، وقد بين أن الباطن أربعة أركان لابد من الحسن في جميعها حتى يتم حسن الخلق: قوة العلم وقوة الغضب وقوة الشهوة وقوة العدل.

أما قوة العلم إذا صلحت حسب العقل والشرع حصلت منها ثمرة الحكمة، والحكمة رأس الأخلاق الحسنة وهي التي قال الله فيها: ﴿**يُؤْتِي ٱلْحِكْمَةَ مَن يَشَآءُ ۚ وَمَن يُؤْتَ ٱلْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا ۗ**﴾ (البقرة: ٢٦٩).

أما قوة الغضب والشهوة فَحُسْنُ كل منهما أن يصير انقباضها وانبساطها على حد ما تقتضيه الحكمة والعقل والشرع، فالطرفان رذيلتان مذمومتان والوسط هو الفضيلة.

أما قوة العدل فهي ضبط الشهوة والغضب تحت إشارة الحكمة، والعدل إذا فات فليس له طرفا زيادة ونقصان بل له ضد واحد ومقابل هو الجور.

إن حسن الخلق هو الإيمان، وسوء الخلق هو النفاق، وقد ذكر القرآن الكريم العديد من الآيات في وصف حسن الخلق.

كما أن الأحاديث النبوية في هذا المجال كثيرة ويضيق المكان عن ذكرها.

وجمع بعض المفكرين الإسلاميين حسن الخلق فقال: " هو أن يكون كثير الحياء قليل الأذى كثير الصلاح، صدوق اللسان، قليل الكلام كثير العمل، قليل الزلل قليل الفضول، باراً وصولا وقورا صبورا، شكورا راضيا حليما رفيقا عفيفا شفيقا، لا لعانا و لا سبابا ولا نماما ولا مغتابا ولا عجولا ولا حقودا ولا بخيلا ولا حسودا باشاً هاشاً يحب في الله ويرضى في الله ويغضب في الله فهذا هو حسن الخلق.

ولكن ما هي مقومات الأخلاق وأصولها في الإسلام؟

يقول الإمام الغزالي: أمهات الأخلاق وأصولها أربعة: الحكمة، والشجاعة، والعفة، والعدل، والباقي فروعها.

وفي وصف الحق سبحانه وتعالى لأهداف البعثة النبوية في الأرض يقول عز من قائل: ﴿وَمَآ أَرۡسَلۡنَٰكَ إِلَّا رَحۡمَةٗ لِّلۡعَٰلَمِينَ﴾ (الأنبياء: ١٠٧) وقوله سبحانه: ﴿رَبَّنَا وَسِعۡتَ كُلَّ شَيۡءٖ رَّحۡمَةٗ وَعِلۡمٗا﴾ (غافر: ٧) رسالة هدفها الرحمة والمساواة بين الناس لا فضل لإنسان على آخر إلا بالتقوى "كلكم لآدم وآدم من تراب" لا فضل لعربي على أعجمي إلا بالتقوى والعمل الصالح" فالمسلم أخو المسلم لا يظلمه ولا يقهره يحب لأخيه ما يحب لنفسه فلا ينام شبعانا وينام جاره جائعا، حتى أن الإسلام يدعو المسلم إلى أن يكون رحيما بنفسه فلا يحملها ما لا تطيق قال تعالى: ﴿لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفۡسًا إِلَّا وُسۡعَهَاۚ لَهَا مَا كَسَبَتۡ وَعَلَيۡهَا مَا ٱكۡتَسَبَتۡۗ﴾ (البقرة: ٢٨٦) وليست الرحمة في الإسلام مقصورة على الإنسان بل تشمل الحيوان أيضا فقد قال صلى الله عليه وسلم: "**دخلت امرأة النار في هرة حبستها فلا هي أطعمتها ولا هي أرسلتها تأكل من خشاش الأرض حتى ماتت**"، وأمرنا الرسول بالرحمة في الحيوان "**فقال وإذا ذبحتم فأحسنوا الذبحة**".

وأن يعفو عن حق يستحقه فيسقطه ويبرئ عنه من قصاص أو

غرامة مصداقا لقوله سبحانه ﴿خُذِ ٱلْعَفْوَ وَأْمُرْ بِٱلْعُرْفِ وَأَعْرِضْ عَنِ ٱلْجَٰهِلِينَ﴾ (الأعراف: ١٩٩) وقوله ﴿وَأَن تَعْفُوٓاْ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَىٰ﴾ (البقرة: ٢٣٧)

ثم التآخي وينطلق من أن الإنسان ليس وحيدا في هذا العالم بل عليه أن يعيش كعنصر خير في مجتمعه متكافلا مع بقية أعضاء المجتمع وأن يسارع بالخيرات فإن يد الله مع الجماعة، والتآخي في الإسلام معناه التآخي في الله لأن أي نمط في العلاقات تحكمه المصالح والأطماع. وفي الحديث الشريف: "سبعة يظلهم الله بظله يوم لا ظل إلا ظله.. من بينهم رجلان تحابا في الله التقيا عليه وافترقا عليه..."

أما الفضيلة وهي ركن كبير من أركان الأخلاق الإسلامية فيقول عنها (ما سكويه) بأنها وسط بين نقيضين كلاهما رذيلة، وبذلك يلتزم المفهوم الإسلامي بالسلوك الذي يحذر من التطرف في الأمر ويطالب بالاعتدال في كل شيء، وحاول (ماسكويه) أن يجمع الفضائل والرذائل كلّا على حدة فقال أجمع الحكماء أن أجناس الفضائل أربع: الحكمة والعفة والشجاعة والعدالة.

والرذائل أربع أيضا: الجهل والشر والجبن والجور.

ويقول ابن حزم عن الفضيلة: إن الإنسان تتنازعه الأهواء والرغبات الحسية المشتركة مع سائر المخلوقات وباتباعها ينحط عن مكانته السامية أو تشده الحكمة بالاعتدال على قوة الإدراك والنطق الذي ميزه الله تعالى به، وعن هذا الطريق ينجو ويحقق غايته في التزام المثل العليا المستمدة مما شرعه الله سبحانه وتعالى مصداقا لقوله تعالى: ﴿وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِۦ وَنَهَى ٱلنَّفْسَ عَنِ ٱلْهَوَىٰ ﴿٤٠﴾ فَإِنَّ ٱلْجَنَّةَ هِىَ ٱلْمَأْوَىٰ﴾ (النازعات: ٤٠، ٤١).

وتأسياً على ما سبق أشار ابن حزم إلى بعض أنواع الرذائل

ونقيضها من الفضائل فتوقف أول ما توقف عند **الطمع**: الذي يقود إلى ذل النفس وإلى استخدام كل وسيلة من أجل الوصول إلى المبتغى حتى لو كان ذلك على حساب آدمية الإنسان وعلى حساب العزة وسمو النفس، **فالطمع** إذاً أصل كل ذل وكل هم وهو خلق سيئ ذميم، وضده نزاهة النفس وهذه صفة مركبة من النجدة والجود والفهم.

والطمع أصل لكل ذل لأنه يفتح الباب على مصراعيه لتحقيق الشهوات، فيصبح الإنسان جشعا لا يعرف للقناعة معنى (مع أن القناعة كنز لا يفنى) وتصبح اللذات الحسية غاية عنده مما يشوه الصورة الآدمية المتمثلة في التعقل والحكمة، فما من نوع من أنواع الفساد والرذيلة إلا وكان وراءه طمع ورغبة وشهوة ما، فالذي يطمع في المال قد يسرقه وقد يحتال أو يحتكر أو يستغل غيره لتحصيله، لذلك تراهم يسلكون كل طريق فيورثهم ذلك طبع الجبلّة والكذب وعلى هذا الأساس عُدّت نزاهة النفس رأس الفضائل.

أما **الحب** وهو الطريق إلى السعادة فيصفه الإمام الغزالي بقوله: "إن السعادة الحقيقية هي الأخروية وما عداها سميت سعادة إما مجازا أو حظاً كالسعادة الدنيوية التي لا تعين على الآخرة ومن ذاق هذه السعادة لا يحتاج إلى شئ آخر فقد استغنى بالله عمن سواه وهي ترتبط بكل القيم الأخلاقية في قوله سبحانه: ﴿إِنَّ ٱلْأَبْرَارَ لَفِى نَعِيمٍ ﴿١٣﴾ وَإِنَّ ٱلْفُجَّارَ لَفِى جَحِيمٍ﴾ (الانفطار: ١٣ - ١٤)، وفي قوله تعالى: ﴿وَمِنَ ٱلنَّاسِ مَن يَتَّخِذُ مِن دُونِ ٱللَّهِ أَندَادًا يُحِبُّونَهُمْ كَحُبِّ ٱللَّهِ ۖ وَٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓا۟ أَشَدُّ حُبًّا لِّلَّهِ﴾ (البقرة: ١٦٥).

ويقول عنه جلال الدين الرومي: "**الحب دواء لداء كبريائنا وغرورنا بأنفسنا وهو الطبيب لضعفنا كله**".

ومن غلب حب الله على قلبه أحب جميع خلق الله لأنهم خلقه وهذا الحب العظيم منبع لكل الأفعال الفاضلة.

وقال صلى الله عليه وسلم: "**إن الله تعالى يقول يوم القيامة: أين المتحابون في جلالي؟ اليوم أظلهم في ظلي يوم لا ظل إلا ظلي**".

ويقول صلى الله عليه وسلم: "**والذي نفسي بيده لا تدخلوا الجنة حتى تؤمنوا ولا تؤمنوا حتى تحابَّوا أو لا أدلكم على شئ إذا فعلتموه تحاببتم أفشوا السلام بينكم**".

أما قيمة العدل: فهي قيمة كبرى وهو أحد أسماء الله الحسنى، والعدل خلاف الجور وهو في اللغة القصد في الأمور، وهو عبارة عن الأمر المتوسط بين طرفي الإفراط والتفريط، والعدل ضرورة إنسانية يقود إلى الفضائل الأخلاقية وهو قرين العمل الصالح والبر والإحسان.

يقول تعالى: ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُ بِٱلۡعَدۡلِ وَٱلۡإِحۡسَٰنِ وَإِيتَآيِٕ ذِي ٱلۡقُرۡبَىٰ وَيَنۡهَىٰ عَنِ ٱلۡفَحۡشَآءِ وَٱلۡمُنكَرِ وَٱلۡبَغۡيِۚ يَعِظُكُمۡ لَعَلَّكُمۡ تَذَكَّرُونَ﴾ (النحل: ٩٠).

وقد قرن الله تعالى بين الأمانة والعدل في الأداء مما قد يعني أن تطبيق ومسؤولية العدالة أمانة على المؤمن أن يحفظها ويرعاها وفي ذلك يقول الحق تبارك وتعالى: ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُكُمۡ أَن تُؤَدُّواْ ٱلۡأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهۡلِهَا وَإِذَا حَكَمۡتُم بَيۡنَ ٱلنَّاسِ أَن تَحۡكُمُواْ بِٱلۡعَدۡلِۚ﴾ (النساء: ٥٨)، وفي الحديث القدسي: "يا عبادي إني حرمت الظلم على نفسي وجعلته بينكم محرما".

ويعرف الغزالي العدالة بأنها حالة للقوى الثلاث (الحكمة والشجاعة والعفة) في انتظامها عن التناسب تحت التركيب الواجب في الاستعلاء مع الانقياد ولهذا فهي ليست جزءا من الفضائل بل هي جملة الفضائل ولا تكتنفها رذيلتان بل رذيلة واحدة هي الجور إذ ليس بين

الترتيب وعدم الترتيب وسط. وكما أن العدالة جامعة لجميع الفضائل فالمقابل لها وهو الجور جامع لكل الرذائل.

إن العدل فرض على المؤمن أُمِر به حتى لو انحرف الآخرون مصداقا لقوله تعالى: ﴿وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَآنُ قَوْمٍ عَلَىٰٓ أَلَّا تَعْدِلُوا۟ ۚ ٱعْدِلُوا۟ هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَىٰ ۖ﴾ (المائدة: ٨) ويعد رب العزة الظالمين بالهلاك والعقاب في قوله تعالى: ﴿وَقَالَ ٱلَّذِينَ كَفَرُوا۟ لِرُسُلِهِمْ لَنُخْرِجَنَّكُم مِّنْ أَرْضِنَآ أَوْ لَتَعُودُنَّ فِى مِلَّتِنَا ۖ فَأَوْحَىٰٓ إِلَيْهِمْ رَبُّهُمْ لَنُهْلِكَنَّ ٱلظَّٰلِمِينَ﴾ (إبراهيم: ١٣) وقوله تعالى: ﴿فَأَذَّنَ مُؤَذِّنٌۢ بَيْنَهُمْ أَن لَّعْنَةُ ٱللَّهِ عَلَى ٱلظَّٰلِمِينَ﴾ (الأعراف: ٤٤).

والإحسان قيمة إسلامية عالية قرنها رب العزة بالعدل وإيتاء ذي القربى واليتامى والمساكين وابن السبيل حقوقهم ولم يقتصر ذلك على مجرد إقامة العدل بينهم بل أن نحسن إليهم ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأْمُرُ بِٱلْعَدْلِ وَٱلْإِحْسَٰنِ وَإِيتَآئِ ذِى ٱلْقُرْبَىٰ وَيَنْهَىٰ عَنِ ٱلْفَحْشَآءِ وَٱلْمُنكَرِ وَٱلْبَغْىِ ۚ يَعِظُكُمْ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ﴾ (النحل: ٩٠)

ويقول صلى الله عليه وسلم: "**إن الله كتب الإحسان على كل شيء فإذا قتلتم فأحسنوا القِتلة وإذا ذبحتم فأحسنوا الذبح وليحد أحدكم شفرته وليرح ذبيحته**".

ويقول صلى الله عليه وسلم: "**إن الرفق لا يكون في شئ إلا زانه ولا ينزع من شئ إلا شانه**".

ويقول سبحانه وتعالى: ﴿خُذِ ٱلْعَفْوَ وَأْمُرْ بِٱلْعُرْفِ وَأَعْرِضْ عَنِ ٱلْجَٰهِلِينَ﴾ (الأعراف: ١٩٩) ويقول صلى الله عليه وسلم: "**ألا أخبركم بمن يحرم على النار أو بمن تحرم عليه النار، تحرم على كل قريب هين سهل**".

وسئل الرسول صلى الله عليه وسلم عن الإحسان فقال: "**اعبد الله كأنك تراه فإن لم تكن تراه فإنه يراك**" والمتأمل في الحديث يجد أن صياغته جاءت بالأمر حتى يكون التزاما لكل مؤمن أن يرى الله في كل عمل يقوم به سواء كان صغيرا أو كبيرا..

تلك كانت لمحة مختصرة عن أسس الأخلاق الإسلامية وكما سماها الغزالي الأمهات الكبرى للأخلاق وهناك الكثير والعديد من الصفات مثل الصبر والكرم والمروءة والوفاء وغيرها لا يتسع المقام لذكرها.

وقد حاولنا أن يكون الاستشهاد على كل ما كتبناه من القرآن والحديث وأئمة المسلمين دليلٌ على أن الإسلام لديه الكثير الكثير من القواعد الأخلاقية التي يمكن أن تكون دستورا إسلاميا يقود البشرية من الظلام إلى النور ومن الجور إلى العدل ومن الانحلال إلى العفة . . .

والسؤال الذي طرح هو: أي مصادر الأخلاق تستهدي بها المنظمة؟

وللإجابة عليه نقول:

مما لا شك فيه أن الفلاسفة والعلماء المهتمين بالأخلاقيات وضعوا الكثير من القواعد التي لا تختلف في خطوطها العريضة عن الأخلاق في الإسلام لكن هناك بعض الاختلافات في التفصيلات فالأخلاق عندهم قام معظمها على جانب واحد كاللذة أو السعادة أو الاعتدال وأهملت بقية الجوانب فجاءت قاصرة. وعندما فكرت المنظمة في وضع هذا الميثاق كان أمامها أحد أمرين إما أن تأخذ بالأخلاقيات التي اجتهد فيها ووضعها البشر أو أن تأخذ بما جاء به الإسلام كديانة سماوية من عند رب العالمين.

ولم يكن أمام المنظمة غير اختيار واحد هو الإسلام، والشريعة

الإسلامية مصدر للقواعد الأخلاقية في هذا الميثاق لأن الشريعة الإسلامية استطاعت أن تؤسس حضارة كانت تبادل الكتب بالأسرى وتزن ترجمتها بالذهب. ولم يكن ذلك الانحياز تطرفا ولا تعصبا ولكن لأسباب موضوعية منها: -

١ - الأديان الثلاثة الإسلام والمسيحية واليهودية كانت رسالتها الكبرى والأساسية تهذيب الأخلاق والدعوة إلى مكارم الأخلاق.

٢ - إذا آمنا بهذه الرسالة الإلهية وبأن الله صانع الكون وخالق الإنسان ويعلم ما توسوس به نفسه وكرمه ونعمه وجعله خليفته في الأرض وأمر ملائكته أن تسجد له وعلمه الأسماء كلها إذا آمنا بهذا فعلينا أن نسلم بأن الخالق أولى وأعلم بأسرار من خلق وتعاليمه تأتي متوافقة متوازنة مع كل الجوانب والنوازع الإنسانية التي لا يعرفها إلا الله.

٣ - الإسلام ينظر للفرد ليحيطه بسياج من الأمن و الأمان ويعتبر الاعتداء على نفس واحدة كأنها اعتداء على الإنسانية جمعاء، ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعا.
ورغم هذه المكانة للفرد في الإسلام إلا أنه لم يطلق له العنان في حريته بل جعلها تنتهي عندما تبدأ حرية الآخرين.
وتلك النظرة في الحرية المقيدة لها أبعادها في صلاح المجتمع.

٤ - وعلى الجانب الآخر فإن الفلسفات التي وضعها الفلاسفة والمهتمون بالجوانب الأخلاقية تبقى قاصرة عن الإسلامية لأنها تأتي نسبية الجانب فلكل فرد قناعاته وأهواؤه ومصالحه وفلسفته وبيئته وكلها ستنعكس على قراره وتصوره، وإنتاجه، فما يعتبره ضروريا قد لا يكون كذلك عند مفكر آخر.
هذه الرؤى المختلفة والاضطراب في تحديد المعايير راجع إلى

اشتغال الفلسفة من دون ردها إلى أصلها الحقيقي وهو الدين الذي يجمع عنصر الإنسانيات والمعنويات والغيبيات التي لايؤمن بها من لا يؤمنون بالأديان السماوية.

٥ - النظرة في الغرب قائمة على تقديس الفرد وإعطائه الحرية المطلقة في اتخاذ ما يراه مناسبا، فنرى لدى شخص نوازع دينية متطرفة وآخر لا يؤمن بذلك مطلقا.

ولا يتسع المجال لنضرب الأمثلة من الغرب فقد تتضارب بعضها مع البعض الآخر لأن فيلسوف اقتصاد السوق له فلسفته الأخلاقية المختلفة في كثير من الأبعاد عن فيلسوف الاشتراكية أو الشيوعية، وبينما تدعو قواعد الدين إلى الإيمان بالإله الواحد، والجنة والنار والبعث ويوم الحساب والوحي الإلهي، يرى الملحدون غير ذلك تماما فانطلاقاتهم ستختلف، ولن تلتقي.

٦ - تميز الدين الإسلامي بالأوامر والنواهي والحلال والحرام وهي توجب على المسلم ضرورة الالتزام بها، وإلا فإنه آثم قلبه ومخالف لدينه، والأخلاق الإسلامية لها صفة الإلزام للمؤمنين بها، والمخالف لها يعاقب عقابا شديدا في الدنيا والآخرة، لكن الأخلاق الوضعية ليس لها صفة الالتزام فليست جزءا من تشريع أو قانون.

٧ - إذا كنا نسعى إلى قواعد وأسس ثابتة تتحسس أعماق النفس البشرية وتتميز بالثبات والاستمرارية، غير متميزة ولا متأثرة بأوضاع اجتماعية ولا نوازع شخصية ولا أهواء سياسية أو اقتصادية، فليس لنا إلا أن نلجأ إلى مصدر رباني لا يأتيه الباطل من بين يديه ولا من خلفه دينا قيما لا اعوجاج فيه ألا وهو الإسلام.

٨ - كلمة أخلاق في اللغة الانجليزية لها مرادفان Ethics, Morals

واختلف فلاسفة الغرب في توضيح الفروق بينهما منهم من اعتمد كلمة Morality على أنها تشمل Ethics وأوسع في المفهوم منها، ومنهم من اعتبر العكس في ذلك لأن منطلقات كل منهما مختلفة.

٩ - ظهور مصطلح جديد في الأخلاقيات الغربية الحديثة، الأخلاقيات التطبيقية Applied Ethics، ويوحي ذلك بأن هناك أخلاقيات نظرية بينما ينطلق الإسلام من مفهوم ومبادئ واحدة مستمدة من الشريعة الإسلامية فلا فرق بين الأخلاق النظرية والعملية فكلها مصدرها واحد.

١٠ - ربط معظم إن لم يكن جميع الفلاسفة نظرية الغاية تبرر الوسيلة والوصول إلى الحق بطريق الباطل بمعظم فلسفتهم الأخلاقية فارتكاب الموبقات جائز في بعض النظريات الوضعية للوصول إلى هدف يراه صاحب النظرية نبيلا.

١١ - إن الإيمان بالخالق واليوم الآخر يجعل من المسلم إنسانا راقيا ذا أخلاق سامية فيتقبل كل تعاليمه بالنهي بالرضا الخالص لأنها من خالقه كما يؤمن بالحساب في اليوم الآخر والجنة والنار.

بينما يرى أصحاب الفلسفة الوضعية أن الإنسان سيد الكون وعليه أن يقبل أو لايقبل بناء على ما يمليه عليه عقله فقط، وبذلك نرى أن في الأمر اختلافا شاسعا بين المؤمنين وغيرهم.

وقد تثار نقطة مهمة هي: لماذا الاهتمام بالجوانب الأخلاقية في الطب والعلوم الصحية؟

وللإجابة عن هذه النقطة نقول إن الأخلاق مطلب أساسي يجب توافره في كل مناحي الحياة حتى تشيع الفضيلة والأخلاق القومية كأسلوب حياتي للفرد والأسرة ويكون المجتمع كالجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الأعضاء، وكالبنيان المرصوص يشد

بعضه بعضا. . فالعلم كذلك وحدة واحدة، والتقدم والتطور فيه يسير بخطى متسارعة في كل الاتجاهات، والتقدم في الطب انعكاس للتقدم في العلوم كلها. . لكن الطب يمتاز عن غيره بصلته الوثيقة بالإنسان، خليفة الله في الأرض الذي كرمه وفضله على كثير من خلقه.

ومن هنا فالتقدم العلمي يبقى له أن يسعى إلى سعادة الإنسان بالتغلب على آلامه وتحقيق آماله وطموحاته، ولكن بدأت تراود العلماء خيالات كثيرة تهدد كرامة الإنسان وتنتهك حرمته وتتعدى عليه باعتباره إحدى وسائل التجريب للمخترعات الجديدة سواء أكان ذلك دواء أم أسلوبا جديدا في العلاج، وبدأ الكثير من هذه التطبيقات يدخل حيز التنفيذ على الإنسان، فكان لابد من وضعها تحت البحث لنتبين مدى مطابقتها وتوافقها مع أحكام الشريعة الإسلامية، ووضع الضوابط لها ضمانا لحماية كرامة الإنسان من سوء التطبيق حتى لا نصحو يوما ما لنرى بين أيدينا أطفالا مشوهين تشويها خطيرا نتيجة لأي من تلك التجارب أو الأدوية، ناهيك عن أن الساحة العالمية أصبحت تغص بممارسات خاطئة كثيرة نحو واجبات وحقوق الأطباء والعاملين في مجال الرعاية الصحية، فلم يكن بد من التصدي لظاهرة الأخطاء الطبية الباعثة على القلق بين المواطنين ولعدم الحفاظ على سرية المهنة بعد إدخال الأجهزة الإلكترونية والتأمين الصحي ودور مقدمي الخدمة والحكومات تجاه كل هذه التقنية، والهدف الرئيسي لكل ذلك هو تحويل الطبيب ليكون وسيلة من وسائل رحمة الله بالعباد، ويتحقق قول الإمام الشافعي الذي يصف الطب بقوله " لم أعلم علما أشرف ولا أنبل بعد الشريعة الإسلامية سوى الطب ".

وقول ابن رشد: إن علاقة الطب بالحكمة أمر منهجي فلا تنال صناعة الطب دون أن يكون صاحبها عارفا بصناعة المنطق، والطبيب الفاضل فيلسوف ضرورة، ومعنى الفيلسوف المحب في علوم الحق.

والمحور الأخير **ويشمل القواعد الفقهية الإسلامية التي استمد منها الميثاق أحكامه وإرشاداته وتتمثل فيما يلي:**

(المبدأ الأول) هو أن احترام الأشخاص على النحو المذكور أصل ثابت ومقرر في الشريعة الإسلامية، فهو أحد مظاهر كرامته المنصوص عليها في قوله تعالى ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِيٓ ءَادَمَ﴾ [الآية ٧٠ من الإسراء].

أ - فالشخص الكامل الأهلية [القادر على الاستقلال بتقرير مصيره] يلزم احترام استقلاليته، وتمكينه من الاختيار الشخصي، واتخاذ القرار المناسب له برضاه التام، وإرادته الحرة، دون شائبة إكراه أو خديعة أو استغلال.

وقد أكدت القواعد الفقهية العامة هذا المبدأ، حيث جاء في نصوصها مايلي: "حق الآدمي لايجوز لغيره التصرف فيه بغير إذنه"[(١)] "وحق الإنسان لإيجوز إبطاله عليه من غير رضاه"[(٢)] "حقوق الآدميين جاءت الشريعة بحفظها ورعايتها".

ب - أما الشخص فاقد الأهلية أو ناقصها [الذي يشوب استقلاليته ضعف أو نقص][(٣)] فقد راعت الشريعة الإسلامية حاجته إلى الحماية من غيره الذي قد يستغل جوانب ضعفه، وكذلك من سوء تصرفه في حق نفسه أيضا، لعدم تمكنه من إدارة شؤونه وتقدير مصالحه على وجه الصواب، فمنعته من الاستقلال في التصرف، ولم تجعله مسؤولا عن أقواله التي يمكن أن تستغل من قبل غيره - وعلى ذلك جاء في القواعد الفقهية العامة "من لايصح تصرفه لاقول له" - وأقامت له القواعد الفقهية وليا أو وصياً يلي تدبير

(١) المغني لابن قدامة ٤/ ٥٥٢.
(٢) بدائع الصنائع للكاساني ٥/ ٢٥١.
(٣) شرح الروضة للطوفي ٢/ ٢٠٨.

أموره ورعاية شؤونه على النحو الذي يحقق مصلحته، ويوفر الحفاظ عليها، ويحميه من سوء استغلال غيره له.

(المبدأ الثاني) وهو تحقيق المنفعة بالمعنى المبين [وهو الالتزام الأخلاقي بتعظيم الفائدة، ونفي الإيذاء أو إلحاق الضرر المتعمد بالغير، وتقليل الضرر الذي لابد منه إلى أدنى حد ممكن] وهذا أيضا أصل مقرر في التشريع الإسلامي، وثابت في أحاديث النبي صلى الله عليه وسلم: "لاضرر ولاضرار" حتى صار من المقاصد الشرعية وأهدافها الكلية وانبثقت منه القاعدة الفقهية المستقرة "جلب المصالح ودرء المفاسد عن العباد" وفي ذلك يقول القرافي: "إن الله تعالى إنما بعث الرسل عليهم السلام لتحصيل مصالح العباد عملا بالاستقراء، فمهما وجدنا مصلحة غلب على الظن أنها مطلوبة للشرع"[(١)]

والمراد بالمصلحة – كما قال القاضي ابن العربي – : "كل معنى قام به قانون الشريعة، وحصلت به المنفعة العامة في الخليقة"[(٢)].

وقد أكدت القواعد الفقهية هذا المفهوم حيث جاء فيها ما يلي: "كل تصرف جر فسادا أو دفع صلاحاً فهو منهي عنه"[(٣)] والمفسدة يجب نفيها عقلا وشرعا مطلقا في جميع الأزمان من جميع الاشخاص والأعيان"[(٤)] وهذا الحكم في شأن المفاسد المحضة.

أما في الحالات التي لاتتمخض فيها المصلحة أو المفسدة، فإنه يلجأ إلى دفع أعظم الضررين وأشد المفسدتين بارتكاب الأخف والأدنى. وعلى ذلك نصت القواعد الفقهية الآتية على: دفع أعظم الضررين

(١) شرح تنقيح الفصول للقرافي ص ٤٤٦.
(٢) القبس شرح الموطأ لابن العربي ٢/ ٧٧٩.
(٣) القواعد الكبرى للعزب بن عبد السلام ٢/ ١٥٨.
(٤) شرح الروضة للطوفي ٣/ ٣٧٩.

بأخفهما متعين"[١]، (وإذا تقابل مكروهان أو محظوران أو ضرران، ولم يمكن الخروج عنهما وجب ارتكاب أخفهما"[٢] ويجب دفع أعظم الفسادين باحتمال أدناهما"[٣]، وإذا تعارضت مفسدتان روعي أعظمهما ضررا بارتكاب أخفهما"[٤] وإذا تعارضت المفسدة المرجوحة والمصلحة الراجحة اغتفرت المفسدة في جنب المصلحة")،[٥].

وقد أوضح ابن تيمية أساس ذلك بقوله: "لايجوز دفع الفساد القليل بالفساد الكثير، ولادفع أخف الضررين بتحصيل أعظم الضررين، فإن الشريعة جاءت بتحصيل المصالح وتكميلها، وتعطيل المفاسد وتقليلها بحسب الإمكان، ومطلوبها ترجيح خير الخيرين إذا لم يمكن أن يجتمعا جميعا، ودفع شر الشرين إذا لم يندفعا جميعا"[٦].

(المبدأ الثالث) وهو تحقيق العدل بالمعنى الموضح [أي الالتزام الأخلاقي بمعاملة كل شخص وفقا لما هو صواب وصحيح من الناحية الأخلاقية، وإعطاء كل ذي حق حقه، سواء كان ذكرا أو أنثى ومنع الجشع والفسق في المعاملات] فهو أيضا أصل مقرر في التشريع الإسلامي، وهو إحدى الصور التطبيقية لمبدأ إقامة العدل والإنصاف الذي أرسى الإسلام قواعده، وجعله محور الصلاح والنجاح في الحياة، بل إن الأنبياء والرسل والكتب السماوية كلها جاءت من أجل إقامته بين الناس كما قال تعالى ﴿لَقَدْ أَرْسَلْنَا رُسُلَنَا بِالْبَيِّنَاتِ وَأَنزَلْنَا مَعَهُمُ الْكِتَابَ وَالْمِيزَانَ لِيَقُومَ النَّاسُ بِالْقِسْطِ﴾ [الآية ٢٥ من الحديد] أي العدل والإنصاف.

(١) تهذيب الأسماء واللغات للنووي ٢/ ١٣٠.
(٢) إيضاح المسالك للونشريسي ص ٢٣٤، القواعد للمقري.٢,/ ٤٥٦.
(٣) مجموع فتاوي ابن تيمية ٢٩/ ٤٨٥، المأمول للسعدي ص ٣١.
(٤) المجلة العدلية م / ٢٨، والأشباه والنظائر للسيوطي ص ١٧٨، ولابن بخيم ص ٩٨.
(٥) الذخيرة للقرافي ١٠/ ١٩٠.
(٦) المسائل الماردينية لابن تيمية ص ٦٣.

ويقول ابن القيم: "قد بين سبحانه - بما شرعه في الطرق - أن مقصوده إقامة العدل بين عباده، وقيام الناس بالقسط فأي طريق استخرج بها العدل والقسط فهي من الدين وليست مخالفة له"(١).

وجاء في القواعد الكبرى للعز بن عبد السلام: "وأجمع آية في القرآن للحث على المصالح كلها وللزجر عن المفاسد بأسرها قوله تعالى ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُ بِٱلۡعَدۡلِ وَٱلۡإِحۡسَٰنِ﴾ [الآية ٩٠ من النحل] فإن الآلف واللام في العدل والإحسان للعموم والاستغراق، فلايبقى من دق العدل وجله شيء إلا اندرج في أمره بالعدل، ولايبقى من دق الإحسان وجله شيء إلا اندرج في أمره بالاحسان. والعدل هو التسوية والإنصاف. والإحسان: إما جلب مصلحة أو درء مفسدة"(٢)

وبعد: فهذه لمحه دالة من التوجه الإسلامي في التربية الأخلاقية، وأهمية الالتزام بالقيم الثابته فيها تآزرت على تأكيدها وأهمية العمل بها في التعامل الإنساني مجموعة من آيات كتاب الله تعالى منبع المثل والقيم الفاضلة، وشرحتها وفصلت القول فيها أحاديث الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم، واستلهمت أقوال المفكرين الإسلاميين هذا الهدي النبوي الذي لاينطق صاحبه عن الهوى في دعم هذه الفضائل وبيان مدى اتصالها بدنيانا التي نحياها ولاسيما مجال الطب والعلوم الصحية التي نحن بصددها.

فجاءت كلها دلائل قوية، وحجج متماسكة رأينا أن نقدمها بين يدي هذا الميثاق الإسلامي للأخلاقيات اللازمة لكل من يعمل بمهنة الطب وما يتصل بها من أمور تخص الصحة العامة، ونأمل أن يكون هذا النهج خير معين على السداد والتوفيق.

---

(١) الطرق الحكمية لابن القيم ص ١٣.
(٢) القواعد الكبرى.. ٢/ ٣١٥.

الجزء الأول
السلوكيات الطبية
وحقوق الطبيب وواجباته

الفهرس

الموضوع	الصفحة
الباب الأول: أخلاق الطبيب	٥٣
الباب الثاني: واجبات الطبيب نحو المريض	٥٧
الباب الثالث: السرّ الطبّي	٧٧
الباب الرابع: واجبات الطبيب تجاه المجتمع	٨٥
الباب الخامس: القضايا الاجتماعية	٨٩
استثمار الموارد الصحيَّة	٩١
مرضى الإيدز وسائر الأمراض السارية	٩٤
تيسير الموت أو قتل المرحمة	٩٥
الإجهاض	٩٦
نقل الأعضاء	٩٧
حالات العنف	٩٩
الباب السادس: الإعلان والإعلام	١٠١
الباب السابع: واجبات الطبيب نحو المؤسسة التي يعمل بها	١٠٧
الباب الثامن: العلاقات مع الزملاء	١١١
الباب التاسع: حقوق الطبيب	١١٧
الباب العاشر: واجبات الطبيب تجاه مهنته	١٢٣

الباب الأول
أخلاق الطبيب

الباب الأول
أخلاق الطبيب

المادة (١)

على الطبيب أن يكون مخلصاً في عمله، متحلِّياً بمكارم الأخلاق، معترفاً بالجميل لمعلّميه ومدرِّبيه، وأن لا يكتم علماً، ولا يتجاهل جهد الآخرين. كما أن عليه أن يكون قدوة في رعاية صحته والقيام بحق بدنه ومظهره العام، وأن يتجنب كلَّ ما من شأنه أن يُخِلَّ باحترام المهنة داخل مكان العمل وخارجه.

الحيثيات الشرعية: (١)

١ - في القرآن الكريم

١ - ﴿وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلُقٍ عَظِيمٍ﴾ (سورة القلم الآية: ٤).

٢ - ﴿خُذِ ٱلْعَفْوَ وَأْمُرْ بِٱلْعُرْفِ وَأَعْرِضْ عَنِ ٱلْجَٰهِلِينَ﴾ (الأعراف: ١٩٩).

٣ - ﴿فَإِنْ أَرَادَا فِصَالًا عَن تَرَاضٍ مِّنْهُمَا وَتَشَاوُرٍ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْهِمَا﴾ (البقرة: ٢٣٣)

٤ - ﴿وَأَمْرُهُمْ شُورَىٰ بَيْنَهُمْ﴾ (الشورى: ٣٨).

٢ - في السنة:

١ - عن عمر، مرفوعا: "إذا دخلت على مريض فمره يدعو لك، فإن دعاءه كدعاء الملائكة" - رواه ابن ماجه بإسناد صحيح.

٢ - "لا يدخل الجنة من كان في قلبه مثقال ذرة من كبر" رواه مسلم.

٣ - عن أنس أن النبي صلى الله عليه وسلم كان يدنو من المريض ويجلس عند رأسه ويسأله عن حاله فيقول: "كيف تجدك" رواه البخاري.

٤ - عن أبي سعيد مرفوعاً "إذا دخلتم على المريض فنفسوا له في الأجل فإنه لا يرد شيئا وهو يطيب نفس المريض" رواه الترمذي وابن ماجه.

الباب الثاني
واجبات الطبيب نحو المريض

الباب الثاني
واجبات الطبيب نحو المريض

المادة (٢)

على الطبيب أن يُحْسن الاستماع لشكوى المريض ويتفهَّم معاناته وأن يُحسن معاملته ويرفق به أثناء الفحص. ولا يجوز له أن يتعالى على المريض أو ينظر إليه نظرة دونيَّة أو يستهزئ به أو يسخر منه، مهما كان مستواه العلمي والاجتماعي، وأياً كان انتماؤه الديني أو العرقي وعليه أن يحترم وجهة نظر المريض، ولاسيَّما في الأمور التي تتعلق به شخصياً، على أن لا يحول ذلك دون تزويد المريض بالتوجيه المناسب.

المادة (٣)

على الطبيب أن يحرص على المساواة في المعاملة بين جميع المرضى، وأن لا يفرِّق بينهم في الرعاية الطبية بسبب تَبَايُن مراكزهم الأدبية أو الاجتماعية أوالاقتصادية، أو بسبب مشاعره الشخصية تجاههم، أو بسبب انتمائهم الديني أو العرقي أو السياسي أو جنسهم أو جنسيَّتهم أو لونهم.

المادة (٤)

على الطبيب أن يتَّقي الله في مرضاه، وأن يحترم عقيدة المريض

ودينه وعاداته أثناء عملية الفحص والتشخيص والعلاج، وأن يحرص على عدم ارتكاب أيِّ مخالفات شرعية، مثل الخلوة بشخص من الجنس الآخر، أو الكشف على جسم المريض أو عورته إلا بالقدر الذي تقتضيه عملية الفحص والتشخيص والعلاج، وبوجود شخص ثالث، وبعد استئذان المريض.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن:

١ - ﴿إِنَّا عَرَضْنَا ٱلْأَمَانَةَ عَلَى ٱلسَّمَٰوَٰتِ وَٱلْأَرْضِ وَٱلْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَن يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا ٱلْإِنسَٰنُ ۖ إِنَّهُۥ كَانَ ظَلُومًا جَهُولًا﴾ (الأحزاب: ٧٢).

٢ - ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَن تُؤَدُّوا۟ ٱلْأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهْلِهَا﴾ (النساء: ٥٨).

٢ - في السنة:

١ - عن أبي سعيد مرفوعا: "إن من شر الناس عند الله منزلة يوم القيامة الرجل يفضي إلى امرأته وتفضي إليه ثم ينشر سرها"، رواه مسلم. وفي رواية "إن من أعظم الأمانة عند الله يوم القيامة الرجل يفضي إلى امرأته وتفضي إليه ثم ينشر سرها" - رواه مسلم وأبو داود والترمذي.

٢ - حديث جابر مرفوعاً: "المجالس بالأمانة إلا ثلاثة مجالس: مجلس يسفك فيه دم حرام، ومجلس يستحل فيه فرج حرام، ومجلس يستحل فيه مال من غير حق" - رواه أحمد وأبو داود.

المادة (٥)

على الطبيب أن يحرص على إجراء الفحوص الطبية اللازمة للمريض، دون إضافة فحوص لا تتطلَّبها حالته المرضية. وعليه أن يبني كل إجراءاته التشخيصية والعلاجية على أفضل ما يمكن من البيِّنات، وأن يمتنع عن استخدام طرق تشخيصية أو علاجية غير معتمدة، أو غير متعارَف عليها، أو غير مُعْتَرَف بها علمياً. كما أن عليه أن يقتصر في وصف الدواء أو إجراء العمليات الجراحية على ما تتطلَّبه حالة المريض.

المادة (٦)

على الطبيب أن يحرص على تحرِّي الصدق في إخبار المريض أو من ينوب عنه بالحالة المرضية وأسبابها ومضاعفاتها، وفائدة الإجراءات التشخيصية والعلاجية، وتعريفهم بالبدائل المناسبة للتشخيص أو العلاج، بأسلوب إنساني ولائق ومبسَّط وواضح، وذلك بالقدر الذي تسمح به حالة المريض الجسمية والنفسية.

المادة (٧)

على الطبيب أن لا يتردَّد في إحالة المريض إلى طبيب مختص بنوع مرضه، أو إلى طبيب لديه وسائل أكثر فعاليةً، إذا استدعت حالة المريض ذلك، أو إلى طبيب آخر يرغب المريض في استشارته. ولا يجوز للطبيب أن يتباطأ في الإحالة إذا كان ذلك في مصلحة المريض. وعليه أن يتيح المعلومات المدوَّنة بسجله الطبي والتي يعتقد أنها لازمة لعلاج المريض، عند إحالته إلى طبيب آخر، وأن يزوِّده دون إبطاء بالتقرير الطبي الوافي عن حالته المرضيَّة.

المادة (٨)

للمريض أو أهله دعوة طبيب كفء آخر أو أكثر على سبيل الاستشارة بعد موافقة الطبيب المعالج، ويجوز للطبيب المعالج أن لا يستمر في علاج الحالة - دون إبداء الأسباب - إذا أصرّ المريض أو أهله على استشارة طبيب لا يقبل به.

المادة (٩)

لا يجوز للطبيب الامتناع عن علاج المريض في الحالات الطارئة، ولا الانقطاع عن علاجه في جميع الأحوال، إلا إذا رفض التعليمات التي حدَّدها الطبيب، أو استعان بطبيب آخر دون موافقة الطبيب المشرف على علاجه. ولا يجوز للطبيب أن يمتنع عن علاج مريض، ما لم تكن حالته خارجة عن اختصاصه.

المادة (١٠)

على الطبيب أن يستمرَّ في تقديم العلاج اللازم للمريض في الحالات الإسعافية حتى تنتفي الحاجة إليه، أو حتى تنتقل رعايته إلى طبيب آخر.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿وَٱفْعَلُواْ ٱلْخَيْرَ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ﴾ - الحج: ٧٧.

٢ - ﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِۦ عِلْمٌۚ إِنَّ ٱلسَّمْعَ وَٱلْبَصَرَ وَٱلْفُؤَادَ كُلُّ أُوْلَٰٓئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْـُٔولًا﴾ - الإسراء: ٣٦.

٣ - ﴿كُنتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ تَأْمُرُونَ بِٱلْمَعْرُوفِ وَتَنْهَوْنَ عَنِ ٱلْمُنكَرِ﴾ - آل عمران: ١١٠.

٤ - ﴿إِنَّا عَرَضْنَا ٱلْأَمَانَةَ عَلَى ٱلسَّمَٰوَٰتِ وَٱلْأَرْضِ وَٱلْجِبَالِ﴾ - الأحزاب: ٧٢.

٢ - في السنة:

١ - "الدين النصيحة" - رواه مسلم.

٢ - عن ابن مسعود مرفوعاً "من كتم علماً عن أهله أُلجم بلجام من نار" - رواه ابن عدي.

٣ - عن جابر مرفوعاً "خير الناس أنفعهم للناس" - رواه القضاعي.

٤ - "الزعيم غارم".

المادة (١١)

على الطبيب أن يستمرَّ في تقديم الرعاية الطبية المناسبة، للمرضى المصابين بأمراض غير قابلة للعلاج أو مستعصية أو مميتة، ومواساتهُم وفتح باب الأمل أمامهم حتى اللحظات الأخيرة من حياتهم.

المادة (١٢)

على الطبيب أن يعمل على تخفيف آلام المريض بكل ما يستطيعه وما يتاح له من وسائل وقائية وعلاجية مادية ونفسية وغيرها، وعليه إشعار المريض بحرصه على العناية به ورعايته، كما أن عليه أن يستخدم مهاراته في طمأنة المريض والتخفيف عنه.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿لَقَدْ جَآءَكُمْ رَسُولٌ مِّنْ أَنفُسِكُمْ عَزِيزٌ عَلَيْهِ مَا

عَنِتُّمْ حَرِيصٌ عَلَيْكُم بِٱلْمُؤْمِنِينَ رَءُوفٌ رَّحِيمٌ﴾ - التوبة: ١٢٨

٢ - ﴿فَهَلْ عَسَيْتُمْ إِن تَوَلَّيْتُمْ أَن تُفْسِدُوا۟ فِى ٱلْأَرْضِ وَتُقَطِّعُوٓا۟ أَرْحَامَكُمْ﴾ - سورة محمد: ٢٢

٣ - ﴿وَقُل رَّبِّ ٱغْفِرْ وَٱرْحَمْ وَأَنتَ خَيْرُ ٱلرَّٰحِمِينَ﴾ المؤمنون: ١١٨.

٤ - ﴿وَقُل رَّبِّ ٱرْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِى صَغِيرًا﴾ - الإسراء: ٢٤.

٢ - في السنة:

١ - عن النعمان بن بشير مرفوعاً "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم مثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الأعضاء بالسهر والحمى" - رواه مسلم.

٢ - "أجيبوا الداعي، وعودوا المريض، وفكوا العاني"، رواه البخاري ومسلم وعن أبي موسى مرفوعاً "أطعموا الجائع، وعودوا المريض، وفكوا العاني" - أخرجه البخاري عن أبي موسى.

٣ - أخرج ابن ماجه عن ابن عباس أن النبي صلى الله عليه وسلم عاد رجلا فقال: "ما تشتهي" قال: "أشتهي خبز بر. فقال: "من كان عنده خبز بر فليبعث إلى أخيه" ثم قال: "إذا اشتهى مريض أحدكم شيئا فليطعمه" - رواه ابن ماجة.

٤ - وعن أبي سعيد مرفوعاً: "إذا دخلتم على المريض فنفسوا له في الأجل" - أخرجه الترمذي وابن ماجة.

المادة (١٣)

على الطبيب أن يعمل على تثقيف المريض حول مرضه بخاصة، وحول صحته بعامة، وحول كيفية حفظه لصحته ووقايته من الأمراض بالطرق المناسبة والفعالة، وذلك بالتثقيف المباشر وجهاً لوجه، أو باستخدام الوسائل الفعَّالة الأخرى متى توافرت له.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿كُنتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ تَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَتَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنكَرِ﴾ - آل عمران: ١١٠.

٢ - ﴿وَأَنزَلْنَآ إِلَيْكَ الذِّكْرَ لِتُبَيِّنَ لِلنَّاسِ مَا نُزِّلَ إِلَيْهِمْ وَلَعَلَّهُمْ يَتَفَكَّرُونَ﴾ - النحل: ٤٤.

٣ - ﴿يَٰٓأَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُواْ اتَّقُواْ اللَّهَ وَكُونُواْ مَعَ الصَّٰدِقِينَ﴾ - التوبة: ١١٩.

٢ - في السنة:

١ - عن تميم بن أوس الداري مرفوعاً "الدين النصيحة لله ولرسوله ولأئمة المسلمين وعامتهم" - رواه مسلم.

٢ - عن ابن مسعود مرفوعاً "إن الرجل ليصدق حتى يكتب عند الله صديقا" - رواه البخاري ومسلم.

٣ - "حق المسلم على المسلم ست، وإذا استنصحك فانصح له" - رواه مسلم عن أبي هريرة.

المادة (١٤)

لا يجوز الكشف على المريض أو معالجته دون رضاه، إلا في الحالات التي تتطلب تدخلاً طبياً طارئاً ويتعذر فيها الحصول على الموافقة المتبصرة، أو إذا كان مرضه مُعْدياً، أو مهدِّداً للصحة العمومية، أو كان يشكِّل خطراً على الآخرين وفقاً للقوانين النافذة. ويتحقق رضاء المريض بموافقته الصريحة أو الضمنية، إن كان كامل الأهلية، أو بموافقة من ينوب عنه قانوناً في حالة كونه قاصراً أو فاقداً للوعي أو فاقداً لأيِّ شرط من شروط الأهلية. ويجب أن تكون الموافقة كتابية متبصرة في العمليات والتدخلات الجراحية.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿وَكُلَّ إِنسَٰنٍ أَلْزَمْنَٰهُ طَٰٓئِرَهُۥ فِى عُنُقِهِۦ﴾ - الإسراء: ١٣.

٢ - ﴿فَذَكِّرْ إِنَّمَآ أَنتَ مُذَكِّرٌ ﴿٢١﴾ لَّسْتَ عَلَيْهِم بِمُصَيْطِرٍ﴾ - الغاشية: ٢١، ٢٢.

٣ - ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوا۟ لَا تَأْكُلُوٓا۟ أَمْوَٰلَكُم بَيْنَكُم بِٱلْبَٰطِلِ إِلَّآ أَن تَكُونَ تِجَٰرَةً عَن تَرَاضٍ مِّنكُمْ ۚ وَلَا تَقْتُلُوٓا۟ أَنفُسَكُمْ ۚ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ - النساء: ٢٩.

٢ - في السنة:

١ - "عن عقبة بن عامر، مرفوعا: "لا تكرهوا مرضاكم على الطعام والشراب فإن الله عز وجل يطعمهم ويسقيهم" رواه الترمذي وحسنه والحاكم.

٢ - " عن حنيفة الرقاش مرفوعا "لا يحل مال امرئ مسلم إلا بطيب نفس منه" - رواه أبو داود.

٣ - عن أبي بكر مرفوعاً "إن دماءكم وأموالكم وأعراضكم عليكم حرام" - رواه البخاري ومسلم.

المادة (١٥)

الطبيب مؤتمن على تحرّي البرامج العلاجية المناسبة لحالة المريض، وعليه أن يتأكد من جدوى البرنامج العلاجي قبل تنفيذه أو تطبيقه على المريض، وأن يتابع حالة المريض حتى يشفى إن كان مرضه قابلاً للشفاء. وفي حالة طلب المريض لبرنامج علاجي غير ذي جدوى، فعلى الطبيب أن يقنعه بعدم جدواه.

المادة (١٦)

مع مراعاة ما ورد في المادة (٤) على الطبيب أن يحرص على ما يلي عند فحص المريض:

أ - تسجيل الحالة الصحية للمريض، والسيرة المرضية الشخصية والعائلية الخاصة به، وذلك قبل الشروع في التشخيص أو العلاج.

ب - التزام الدقَّة والإتقان في الفحص الطبي والتشخيص وتخصيص الوقت الكافي لذلك.

ج - وصف العلاج كتابةً وبوضوح، مع تحديد مقاديره وطريقة استعماله، وتنبيه المريض أو ذويه بحسب الأحوال إلى ضرورة التقيُّد بالأسلوب الذي حدَّده الطبيب للعلاج، وإلى الآثار الجانبية الهامة والمتوقعة لذلك العلاج الطبي أو الجراحي.

د - رصد المضاعفات الناجمة عن العلاج الطبي أو الجراحي، والمبادرة إلى معالجتها متى أمكن ذلك.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿لَقَدْ جَآءَكُمْ رَسُولٌ مِّنْ أَنفُسِكُمْ عَزِيزٌ عَلَيْهِ مَا عَنِتُّمْ حَرِيصٌ عَلَيْكُم بِٱلْمُؤْمِنِينَ رَءُوفٌ رَّحِيمٌ﴾ - التوبة: ١٢٨.

٢ - ﴿فَهَلْ عَسَيْتُمْ إِن تَوَلَّيْتُمْ أَن تُفْسِدُواْ فِى ٱلْأَرْضِ وَتُقَطِّعُوٓاْ أَرْحَامَكُمْ﴾ - سورة محمد: ٢٢.

٣ - ﴿وَقُل رَّبِّ ٱغْفِرْ وَٱرْحَمْ وَأَنتَ خَيْرُ ٱلرَّٰحِمِينَ﴾ المؤمنون: ١١٨

٤ - ﴿وَقُل رَّبِّ ٱرْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِى صَغِيرًا﴾ - الإسراء: ٢٤.

٢ - في السنة:

١ - "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الأعضاء بالسهر والحمى" - رواه مسلم.

٢ - "أجيبوا الداعي، وعودوا المريض، وفكوا العاني"، رواه البخاري ومسلم. وعن أبي موسى مرفوعاً "أطعموا الجائع، وعودوا المريض، وفكوا العاني" - أخرجه البخاري عن أبي موسى.

٣ - "أخرج ابن ماجه عن ابن عباس أن النبي صلى الله عليه وسلم عاد رجلا فقال: "ما تشتهي" قال: "أشتهي خبز بر". فقال: "من كان عنده خبز بر فليبعث إلى أخيه" ثم قال: "إذا اشتهى مريض أحدكم شيئا فليطعمه" - رواه ابن ماجه.

٤ - وعن أبي سعيد مرفوعاً: "إذا دخلتم على المريض فنفسوا له في الأجل" - أخرجه الترمذي وابن ماجه.

المادة (١٧)

على الطبيب أن يحرص على توافر الشروط الآتية لإجراء العمليات الجراحية:

أن يكون الطبيب الذي يُجري الجراحة مؤهلاً لإجرائها، بحسب تخصصه العلمي وخبرته العملية ونوعية العملية الجراحية.

أن تجرى الجراحة في مؤسسة علاجية أو منشأة صحية مهيأة تهيئة كافية لإجراء الجراحة المقصودة.

أن تجرى الفحوصات والتحاليل المختبرية والشعاعية اللازمة للتأكد من أن التدخُّل الجراحي ضروري ومناسب لعلاج المريض، والتحقُّق من أن الحالة الصحية للمريض تسمح بإجراء الجراحة.

أن يلتزم الجراح المسؤول عن المريض الجراحي بإجراء العملية الجراحية اللازمة له. ويجوز أن يساعده أحد الأطباء المقيمين بالمستشفى أو غيرهم من الجراحين، ولو بدون موافقة المريض. كما يجوز للجراح أنْ يفوّض مساعده بأداء جوانب معينة من العملية شريطةَ أن يتم ذلك تحت إشراف الجراح ومساعدته وعلى مسؤوليته القانونية.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿إِنَّا عَرَضْنَا ٱلْأَمَانَةَ عَلَى ٱلسَّمَٰوَٰتِ وَٱلْأَرْضِ وَٱلْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَن يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا ٱلْإِنسَٰنُ﴾ - الأحزاب: ٧٢.

٢ - ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُكُمۡ أَن تُؤَدُّواْ ٱلۡأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهۡلِهَا﴾ - النساء: ٥٨.
٣ - ﴿وَلَا يَأۡبَ كَاتِبٌ أَن يَكۡتُبَ كَمَا عَلَّمَهُ ٱللَّهُۚ فَلۡيَكۡتُبۡ﴾ - البقرة: ٢٨٢.

٢ - في السنة:

١ - "من تطبب ولم يعلم عنه طب فهو ضامن".
٢ - "إن دماءكم وأموالكم وأعراضكم عليكم حرام".
٣ - "الظلم ظلمات يوم القيامة".

المادة (١٨)

على الطبيب تبصير المريض بحالته الصحية والبدائل المتاحة للعلاج إذا كان المريض مدركاً، ولا يجوز للطبيب إرغام المريض على معالجة معينة. كما لا يجوز له أن يرغم المريض على التوقيع على بيانات في الملف الطبي دون رضاه.

المادة (١٩)

على الطبيب في حالة رفض المريض للعلاج أن يشرح له الآثار المترتبة على عدم تعاطيه للعلاج، والتطورات المرضية المترتبة على ذلك برفق وحكمة وصدق وعدم مبالغة، كما أنَّ عليه أن يسجِّل إقرار المريض، وفي حالة رفضه يوقِّع الطبيب وأحد أفراد الهيئة التمريضية على ذلك في الملف الطبي، حتى يُخلي الطبيب مسؤوليته.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿وَكُلَّ إِنسَٰنٍ أَلۡزَمۡنَٰهُ طَٰٓئِرَهُۥ فِي عُنُقِهِۦۖ﴾ - الإسراء: ١٣.

٢ - ﴿فَذَكِّرْ إِنَّمَآ أَنتَ مُذَكِّرٌ ﴿٢١﴾ لَّسْتَ عَلَيْهِم بِمُصَيْطِرٍ﴾ - الغاشية: ٢١، ٢٢.

٣ - ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ لَا تَأْكُلُوٓاْ أَمْوَٰلَكُم بَيْنَكُم بِٱلْبَٰطِلِ إِلَّآ أَن تَكُونَ تِجَٰرَةً عَن تَرَاضٍ مِّنكُمْ ۚ وَلَا تَقْتُلُوٓاْ أَنفُسَكُمْ ۚ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ - النساء: ٢٩.

٢ - في السنة:

١ - عن عقبة بن عامر، مرفوعاً: "لا تكرهوا مرضاكم على الطعام والشراب فإن الله عز وجل يطعمهم ويسقيهم" - رواه الترمذي وحسنه والحاكم.

٢ - عن حنيفة الرقاش مرفوعاً "لا يحل مال امريء مسلم إلا بطيب نفس منه" - رواه أبو داود.

٣ - عن أبي بكر مرفوعاً: "إن دماءكم وأموالكم وأعراضكم عليكم حرام" - رواه البخاري ومسلم.

المادة (٢٠)

على الطبيب مراعاة مايلي في حالة إحالة المريض إلى أيٍّ من المؤسسات أو المنشآت التي يشارك فيها الطبيب:

أ - أن تقدم هذه المنشأة خدمات متميزة لا تقلُّ عن غيرها من حيث نوعيتها أوجودتها؛

ب - أن تكون الإحالة إلى تلك المنشأة ضرورية لعدم توافر الإمكانات العلاجية لحالة المريض، وأن لا يمكث المريض في المنشأة وقتاً أكثر من الضروري.

ج - أن يخبر المريض بأن له علاقة مادية بالمنشأة التي سيحال إليها. وفي جميع الأحوال على الطبيب أن يحرص على إعطاء المريض حرية الاختيار.

الحيثيات الشرعية:

من القواعد الفقهية:

١ - الضرر الأخف يُقدّم على الضرر الأعم.

٢ - درء المفاسد مقدم على جلب المصالح.

٣ - الأمور بمقاصدها.

المادة (٢١)

لا يجوز إخراج المريض من المنشأة الصحية التي يتلقَّى فيها العلاج، إلا إذا كانت حالته الصحية تسمح بذلك، أو كان ذلك بناءً على رغبته في الخروج رغم تبصيره بعواقب خروجه، على أن يؤخذ إقرار كتابي منه أو من أحد أقاربه حتى الدرجة الرابعة إن كان ناقص الأهلية، ويُثبت ذلك في السجل الطبي للمريض.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿إِنَّا عَرَضْنَا ٱلْأَمَانَةَ عَلَى ٱلسَّمَٰوَٰتِ وَٱلْأَرْضِ وَٱلْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَن يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا ٱلْإِنسَٰنُ﴾ - الأحزاب: ٧٢.

٢ - ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَن تُؤَدُّوا۟ ٱلْأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهْلِهَا﴾ - النساء: ٥٨.

٣ - ﴿وَلَا يَأْبَ كَاتِبٌ أَن يَكْتُبَ كَمَا عَلَّمَهُ ٱللَّهُ فَلْيَكْتُبْ﴾ - البقرة: ٢٨٢.

٢ - **في السنة:**

١ - "من تطبب ولم يعلم عنه طب فهو ضامن".

٢ - "إن دماءكم وأموالكم وأعراضكم عليكم حرام".

٣ - "الظلم ظلمات يوم القيامة".

المادة (٢٢)

على الطبيب أن يتعاون مع غيره من أعضاء الفريق الصحي الذين لهم صلة بالرعاية الصحية للمريض، وإتاحة ما لديه من معلومات عن حالته الصحية والطريقة التي اتَّبعها في علاجه كلما طلب منه ذلك.

المادة (٢٣)

على الطبيب إبلاغ مريضه مسبقاً بسفره أو بغيابه لفترة معينة، وبالتصرُّف الذي يستطيع اتِّباعه في حالة غيابه. وفي جميع الأحوال يجب توافر الطبيب المناسب في حال غياب الطبيب المعالج، بما يضمن استمرار تقديم العلاج للمريض.

المادة (٢٤)

على الطبيب التقيد بالقواعد الآتية إذا دعي لمعاينة مريض يعالجه زميل آخر:

أ - أن يستجيب لطلب الاستشارة إذا كانت الدعوة من الطبيب المعالج حتى لو لم تتبين له مسوِّغات ذلك، وعلى الطبيب المستشار أن يبلغ نتيجة فحصه إلى الطبيب المعالج لا إلى المريض؛

ب - أن يقوم بطمأنة المريض، والتقليل من قلقه، واستعمال الحكمة

في تحديد ما ينبغي أن يطَّلع المريض عليه بنفسه وما يتركه للطبيب المعالج؛

ج - أن يتوخى الحذر من أي كلمة أو إيحاءة قد يُفهم منها انتقاص الزميل المعالج أو الحطُّ من قدره أو التقليل مما بذله للمريض، ويتأكد ذلك عند اختلاف وجهة نظره عن وجهة نظر الطبيب المعالج؛

د - إذا كان طلب الاستشارة من المريض أو من ذويه، فعلى الطبيب المستشار التأكد من علم الطبيب المعالج بذلك قبل موافقته على المعاينة، ولا يسوغ الاطلاع على ملف المريض إلا بعد إذن الطبيب المعالج؛

هـ - إذا كان المريض عازماً على الاستغناء عن الطبيب الأول فيجب التأكد من إعلام الطبيب الأول بذلك؛

و - يحق للطبيب المعالج عند الحاجة أن يستشير زميلاً آخر في نفس التخصص أو غيره، بعد إتمام المستشار الأول لمرئياته وتوصياته

المادة (٢٥)

على الطبيب المكلَّف بالرعاية الطبية للأشخاص المقيَّدة حريَّتهُم أن يلتزم بما يلي:

أ - أن يوفِّر لهم رعاية صحية من نفس النوعية والمستوى المتاحَيْن للأشخاص غير المقيَّدة حريَّتهُم؛

ب - أن لا يقوم بطريقة إيجابية أو سلبية، بأية أفعال تمثِّل مشاركة في عمليات التعذيب وغيرها من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية، أو تمثِّل تواطؤاً أو تحريضاً على هذه الأفعال، أو سكوتاً عليها؛

ج - أن لا يقوم باستخدام معلوماته ومهاراته المهنية للمساعدة في استجواب الأشخاص المقيَّدة حريَّاتهم على نحو يضرّ بالحالة الصحية الجسمية أو النفسية لهم، أو المشاركة في أيِّ إجراء لتقييدهم؛

د - أن يقوم بإبلاغ السلطات المعنية إذا لاحظ أن الشخص المقيدة حريته قد تعرَّض أو يتعرَّض لتعذيب أو سوء معاملة.

المادة (٢٦)

يعمل الأطباء الذين يقدمون العلاج لمرضى لم يبلغوا سن الرشد على تبصيرهم بطبيعة الإجراء أو التدخُّل الطبي، كلٌّ وفقاً لقدراته.

المادة (٢٧)

على الطبيب عند معالجته طفلاً مريضاً أن يكون مدافعاً عن مصلحته إذا قدَّر أن حالته الصحية لم يتم استيعابها من قِبَل أهله أو أقاربه، أو لم يقوموا بواجبهم نحوه.

المادة (٢٨)

على الطبيب التعامل مع المريض الذي يتعاطى إحدى مواد الإدمان بحرص وجدِّية وسرية، وعليه تحرِّي أفضل السُبُل لعلاجه، سواء في المؤسسات المخصصة لذلك، أو في عيادته الخاصة إذا توافرت لديه إمكانات العلاج، ملتزماً في ذلك بالقوانين النافذة.

الحيثيات الشرعية:

كل هذا يمكن معالجته شرعا من القواعد الفقهية والمقاصد الشرعية سالفة الذكر.

الباب الثالث
السّر الطبّي

الباب الثالث
السّر الطبّي

المادة (٢٩)

لا يجوز للطبيب أن يفشي سراً وصل إلى علمه بسبب مزاولته المهنة، سواء كان المريض قد عهد إليه بهذا السر، أو كان الطبيب قد اطَّلع عليه بحكم عمله، وذلك فيما عدا الحالات الآتية، وأمثالها مما تنصّ عليه التشريعات الوطنية:

أ - إذا كان إفشاء السر بناءً على طلب صاحبه خطِّياً، أو كان في إفشائه مصلحة للمريض، أو مصلحة للمجتمع؛

ب - إذا كانت القوانين النافذة تنصُّ على إفشاء مثل هذا السر، أو صدر قرار بإفشائه من جهة قضائية؛

ج - إذا كان الغرض من إفشاء السر منع وقوع جريمة، فيكون الإفشاء في هذه الحالة للسلطة الرسمية المختصة فقط؛

د - إذا كان إفشاء السر لدفع الضرر عن الزوج أو الزوجة، على أن يبلغ به في حضورهما معاً، وليس لأحدهما دون الآخر؛

هـ - إذا كان الغرض من إفشاء السر هو دفاع الطبيب عن نفسه أمام جهة قضائية، وبناءً على طلبها، بحسب ما تقتضيه حاجة الدفاع؛

و - إذا كان الغرض من إفشاء السر منع تفشِّي مرض مُعْدٍ يضُرّ أفراد

المجتمع. ويكون إفشاء السر في هذه الحالة للسلطة الصحية المختصة فقط.

المادة (٣٠)

على الطبيب عندما يطلُب منه المرضى القصَّر تلقِّي العلاج سراً دون إخبار أولياء أمورهم، أن يعمل على التعرف على سبب رغبة المريض في عدم إطْلاع أهله على حالته، وأن يشجعّه على إشراك الأهل، وأن يعمل على تصحيح المفاهيم الخاطئة لديه.

المادة (٣١)

للطبيب أن يعالج المرضى القصّر، وله أن يُحجم عن التصريح بأي معلومات قد تؤدي إلى إلحاق ضرر بالقاصر، إلا إذا كانت القوانين النافذة تقضي بغير ذلك.

المادة (٣٢)

على الطبيب إخطار المريض والحصول على موافقته المتبصرة، كتابةً، قبل تقديم أية معلومات عنه لأطراف أخرى، مثل الباحثين، أو شركات الأدوية، أو مؤسسات جمع البيانات.

المادة (٣٣)

من حق المريض أن يحصل على تقرير تفصيلي بحالته الصحية من الطبيب المعالج ومن واقع معاينته الشخصية إذا طلب المريض ذلك. ولايجوز للطبيب أن يحرِّر تقريراً طبياً أو يدلي بشهادة في موضوع بعيد عن تخصُّصه، أو بشكل مخالف للواقع الذي توصل إليه من خلال فحصه الشخصي للمريض.

المادة (٣٤)

للطبيب مناقشة حالة المريض والتشخيص والعلاج والتوقعات الخاصة بتطور الحالة مع محامي المريض، شريطة موافقة المريض أو ولي أمره على ذلك.

المادة (٣٥)

للطبيب الكشف عن معلومات خاصة بحالة المريض لمندوب شركة التأمين، شريطة موافقة المريض أو من يمثله قانونياً على ذلك كتابةً، وعلى أن يقتصر الكشف على المعلومات المتعلقة بالبند التأميني فقط. وعلى الطبيب أن يقوم بتبصير المريض بما يترتب على كشفها قبل أن يقوم بذلك.

المادة (٣٦)

على الطبيب وسائر العاملين في المجال الصحي بذلُ كل جهد ممكن للمحافظة على سرية جميع التقارير الطبية، بما في ذلك التقارير التي تخزَّن في ذاكرة أجهزة الحاسوب. ولا يجوز أن يتم إدخال المعلومات إلى سجل الحاسوب إلا من قِبَل الأشخاص المخوَّلين بذلك وحدَهم. ويراعى تحديد تاريخ وتوقيت أيِّ إضافة لمعلومات جديدة، كما يراعى تسجيل اسم مَنْ قام بالتعديل أو الإضافة.

المادة (٣٧)

يجب إخبار المريض أو من ينوب عنه بوجود نظام تخزين البيانات على الحاسوب بالمنشأة الصحية، على أن يكون ذلك قبل أن يقوم الطبيب المعالج بإرسال المعلومات لقسم الحاسوب الذي يتولى تخزينها. كما ينبغي أن يُحدَّد مسبقاً جميع الأفراد والجهات التي يمكنها

الوصول إلى المعلومات. ويُعَدُّ التصريح بكل هذه المعلومات للمريض أمراً ضرورياً للحصول على موافقته. وتبعاً لمدى حساسية بيانات المريض، يراعى اتخاذ الاحتياطات الأمنية التي تمنع تسرب المعلومات أو وصول أفراد آخرين إليها.

المادة (٣٨)

يجب إخبار المريض أو من ينوب عنه قبل توزيع أية تقارير تشتمل على بيانات خاصة به. كما يجب الحصول على موافقة المريض، وإخطار الطبيب المعالج، قبل إرسال أيِّ بيانات أو معلومات خاصة بالمريض إلى أفراد أو منظمات خارج نطاق مؤسسات الرعاية الصحية، بحيث لا يصرَّح بإفشاء مثل هذه البيانات لأية جهة دون موافقة المريض.

المادة (٣٩)

يقتصر التصريح بأيِّ بيانات طبية سرية على الأفراد والهيئات التي ستتناولها بكتمان شديد، حسب الأنظمة واللوائح النافذة. كما يقتصر إرسال المعلومات الطبية السرية على الوفاء بالغرض الذي تحدد عند طلبها، وتكون محددة بالإطار الزمني لهذا الغرض. ويجب إخطار جميع تلك الهيئات والأفراد أن إفشاء تلك البيانات لهم لا يعني السماح بتمريرها لجهات أخرى، أو استخدامها في أغراض غير التي حُدِّدَتْ عند طلبها، أو استخدامها في غير صالح المريض.

المادة (٤٠)

يجب تزويد الأجهزة الحاسوبية بأنظمة حفظ واسترجاع المعلومات، لتجنب ضياعها حال حدوث خلل في البرامج أو عطل في

مخدِّم الحاسوب server. وإذا تمَّ إلغاء أحد الملفات فيجب إعطاء صورة مطبوعة منه للطبيب المعالج أولاً.

المادة (٤١)

يجوز مَحْو المعلومات المخزَّنة على الحاسوب أوالتخلص منها، حال التأكد من حيازة الطبيب المعالج لصورة لها (مطبوعة أو مختزنة على حاسوب أو على أسطوانة). وعند مَحْو الملفات يجب أن يقوم قسم الحاسوب بإخطار الطبيب المعالج كتابياً بإتمام عملية المَحْو، ويحق للمريض طلب مَحْو بعض المعلومات الخاصة به في إطار القوانين النافذة.

المادة (٤٢)

يجب اتخاذ كافة التدابير الصارمة التي تمنع الوصول إلى قاعدة البيانات، بما في ذلك وضع النظم الرقابية اللازمة لاكتشاف محاولات النفاذ إلى قاعدة البيانات من جانب أي فرد أو جهة ليس لهما الحق في ذلك.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُكُمۡ أَن تُؤَدُّواْ ٱلۡأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهۡلِهَا﴾ - النساء: ٥٨.

٢ - ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ ٱجۡتَنِبُواْ كَثِيرٗا مِّنَ ٱلظَّنِّ إِنَّ بَعۡضَ ٱلظَّنِّ إِثۡمٞۖ وَلَا تَجَسَّسُواْ وَلَا يَغۡتَب بَّعۡضُكُم بَعۡضًاۚ أَيُحِبُّ أَحَدُكُمۡ أَن يَأۡكُلَ لَحۡمَ أَخِيهِ مَيۡتٗا فَكَرِهۡتُمُوهُۚ﴾ - الحجرات: ١٢.

٣ - ﴿إِنَّ ٱلَّذِينَ يُحِبُّونَ أَن تَشِيعَ ٱلۡفَٰحِشَةُ فِي ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ لَهُمۡ عَذَابٌ أَلِيمٞ﴾ - النور: ١٩.

٢ - في السنة:

١ - "الزعيم غارم".

٢ - عن علي مرفوعاً "المجالس بالأمانة" - رواه الخطيب البغدادي.

٣ - عن ثوبان مرفوعاً "لا تؤذوا عباد الله ولا تطلبوا عوراتهم، فإنه من طلب عورة أخيه المسلم طلب الله عورته حتى يفضحه في بيته" رواه أحمد.

٤ - عن أبي هريرة مرفوعاً: "لا يستر عبد عبدا في الدنيا إلا ستره الله يوم القيامة" رواه مسلم عن أبي هريرة.

٥ - " إياكم والغيبة: " فإن كان فيه ما تقول فقد بغته، وإن لم يكن فيه ما تقول فقد بهته.

ويستثنى من ذلك: ما يدخل في القواعد الفقهية: لا ضرر ولا ضرار، واختيار أخف الضررين.

الباب الرابع
واجبات الطبيب تجاه المجتمع

الباب الرابع
واجبات الطبيب تجاه المجتمع

المادة (٤٣)

على الطبيب أن يكون عضواً حيوياً نافعاً في المجتمع، يتفاعل معه ويؤثِّر فيه ويهتم بأموره، وأن يوظِّف كل طاقاته وإمكاناته لخدمة المجتمع في المجال الصحي، وأن يكون عمله دائماً ابتغاء مرضاة الله، وأن لا ينخرط في أية ممارسات أو سلوكيات غير أخلاقية أو تضر المجتمع.

المادة (٤٤)

على الطبيب أن يكون عوناً للمجتمع في التعامل مع عناصر تعزيز الصحة والوقاية من المرض وحماية البيئة الطبيعية والاجتماعية، وأن يكون على مستوى المسؤولية في القيام بالتوعية والتثقيف الصحي للمجتمع، وأن يغتنم زيارة المريض له، لنصحه باتباع أنماط الحياة الصحية، ونهيه عن اتباع أنماط الحياة المنافية للصحة.

المادة (٤٥)

على الطبيب أن يجتهد في استخدام مهاراته ومعلوماته وخبراته لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدَّمة للمجتمع.

المادة (٤٦)

على الطبيب أن يحرص على المحافظة على الموارد الصحية،

البشرية منها والمادِّية، وعلى استخدامها بالطريقة المثلى، وأن يقدم الأسوة الحسنة في ذلك.

المادة (٤٧)

على الطبيب، ولاسيَّما إذا كان في موقع المسؤولية، أن يشارك بفاعلية وإيجابية في سَنِّ الأنظمة، ورسم السياسات الصحية، وحل المشكلات الصحية، بما يخدم مصلحة المجتمع.

المادة (٤٨)

على الطبيب في حالات الأمراض السارية أن يلتزم باتِّباع التنظيمات الصحية الموضوعة لذلك، بما في ذلك الإبلاغ عن هذه الحالات للجهة المختصَّة واتِّخاذ ما يلزم من إجراءات.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿إِنَّ هَٰذِهِۦٓ أُمَّتُكُمْ أُمَّةً وَٰحِدَةً وَأَنَا۠ رَبُّكُمْ فَٱعْبُدُونِ﴾ - الأنبياء: ٩٢.

٢ - ﴿وَمَن يُشَاقِقِ ٱلرَّسُولَ مِنۢ بَعْدِ مَا تَبَيَّنَ لَهُ ٱلْهُدَىٰ وَيَتَّبِعْ غَيْرَ سَبِيلِ ٱلْمُؤْمِنِينَ نُوَلِّهِۦ مَا تَوَلَّىٰ وَنُصْلِهِۦ جَهَنَّمَ ۖ وَسَآءَتْ مَصِيرًا﴾ - النساء: ١١٥.

٢ - في السنة:

١ - من لم يهتم بأمر المسلمين فليس منهم ".

٢ - "عليكم بالجماعة فإن الذئب لا يأكل من الغنم إلا الشاردة".

الباب الخامس
القضايا الاجتماعية

الباب الخامس
القضايا الاجتماعية

استثمار الموارد الصحيَّة:

المادة (٤٩)

على الأطباء توظيف ما لديهم من خبرات مهنية، للمشاركة في عملية اتِّخاذ القرارات الخاصة بتوزيع الموارد الطبية المحدودة أو ترشيد استهلاكها، بما يكفُل حماية مصلحة المريض، وبما يضمن تحقيق مبدأ العدالة والمساواة.

المادة (٥٠)

يجب أن تستند عملية اتِّخاذ قرارات توزيع الموارد الصحية المحدودة إلى معايير طبية وعلمية وأخلاقية، ترتبط بما تستدعيه الحالة الصحية للمريض. وتتضمَّن هذه المعايير: مدى الاحتياج لهذه الموارد، ومدة العلاج، واحتمال وقوع الوفاة، وفي بعض الحالات حجم الموارد اللازمة لنجاح العلاج.

المادة (٥١)

على الطبيب أن يتمسَّك بدوره كراعٍ للمريض ومدافع عن مصلحته، ولا سيما في ما يتعلق باحتياجاته العلاجية.

المادة (٥٢)

يحق للمرضى الذين يُحْرَمون من الحصول على بعض الموارد الصحية أن يطَّلعوا على سبب ذلك. فسياسات التحكُّم في الموارد الصحية النادرة التي تتبنَّاها بعض المؤسسات يجب أن تكون معلومة للجميع. كذلك ينبغي أن تخضع مثل هذه السياسات لمراجعة الجهات الرقابية من وقت إلى آخر.

الحيثيات الشرعية:

من القواعد الفقهية:

١ - الضرر الأخف يقدم على الضرر الأعم.

٢ - درء المفاسد مقدم على جلب المصالح.

٣ - الأمور بمقاصدها.

المادة (٥٣)

لا يجوز للطبيب أن يتّخذ قراراته المتعلقة بإدخال المريض إلى المستشفى أو إخراجه أو القيام بأي إجراءات تشخيصية أو علاجية بغرض الربح المادي دون النظر إلى حاجة المريض الفعلية.

المادة (٥٤)

يتعين على الأطباء أن يصفوا الأدوية والأدوات والتجهيزات الطبية وغيرها من أشكال العلاج المعتمدة، استناداً إلى الاعتبارات الطبية واحتياجات المرضى فقط، وليس تحت أي نوع من الضغوط. ولايجوز للطبيب أن يقبل عروضا من طرف آخر.

المادة (٥٥)

يجدر بكل طبيب أن يعمل على اقتراح السياسات التي ترمي إلى تحقيق العدالة في توفير المستوى الملائم من الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع.

المادة (٥٦)

عند اختيار الإجراءات والطرق الوقائية والعلاجية التي تضمن تحقيق مستوى ملائم من الرعاية الصحية، يلتزم الأطباء بمراعاة الاعتبارات الأخلاقية الآتية:

أ - مدى استفادة المريض من البرنامج العلاجي؛

ب - احتمال استفادة المريض من العلاج؛

ج - مدة هذه الاستفادة؛

د - تكلفة العلاج؛

هـ - عدد المرضى الذين سيستفيدون من العلاج.

الحيثيات الشرعية:

من القواعد الفقهية:

١ - الضرر الأخف يقدم على الضرر الأعم.

٢ - درء المفاسد مقدم على جلب المصالح.

٣ - الأمور بمقاصدها.

مرضى الإيدز وسائر الأمراض السارية:

المادة (٥٧)

من حق المصاب بعدوى مرض الإيدز أو غيره من الأمراض السارية، أن يُمَكَّن من العلاج والرعاية الصحية اللذين تتطلبهما حالته الصحية، مهما كان سبب إصابته بالعدوى. وعلى الطبيب أن يلتزم بعلاجه متخذاً من الاحتياطات ما يقي به نفسه وغيره.

المادة (٥٨)

على الطبيب توعية المصاب بعدوى الإيدز أو غيره من الأمراض السارية، بكيفية الحفاظ على حالته من مزيد من التدهور، وكفّ العدوى عن الآخرين.

المادة (٥٩)

على الطبيب الذي يعلم أنه إيجابيُّ المصل لمرض الإيدز أو غيره من الأمراض السارية Communicable، أن يتوقف عن مزاولة أيِّ نشاط من شأنه المجازفة بنقل المرض إلى مرضاه أو زملائه أو غيرهم. وعليه في هذه الحالة أن يستشير السلطة المختصة بالمنشأة الصحية التي يعمل بها لتحديد المهام التي يمكنه القيام بها.

المادة (٦٠)

مع مراعاة أحكام الفقرة (د) من المادة (٢٨)، على الطبيب إبلاغ أحد الزوجين في حالة إصابة الزوج الآخر بالإيدز أو غيره من الأمراض السارية، حسب الأنظمة المتَّبعة وبحضور الزوج المريض.

الحيثيات الشرعية:

من المقاصد الشرعية:

١ - حفظ النفس والعقل والعرض.

٢ - رفع الحرج عن الأمة.

٣ - جلب المصالح ودرء المفاسد.

تيسير الموت أو القتل بحجة الرحمة:

المادة (٦١)

لحياة الإنسان حُرمتها، ولا يجوز إهدارها إلا في المَوَاطن التي حدَّدها الشرع والقانون، وهذه جميعاً خارج نطاق المهنة الطبية تماماً. ولا يجوز للطبيب أن يساهم في إنهاء حياة المريض ولو بناء على طلب وليه أو وصيه، ولو كان السبب وجود تشوه شديد، أو مرض مستعص ميئوس من شفائه، أو وجود آلام شديدة مبرّحة لا يمكن تسكينها بالوسائل المعتادة، وعلى الطبيب أن يوصي مريضه بالصبر، ويذكره بأجر الصابرين. ويتأكد ذلك بوجه خاص في الحالات الآتية مما يُعرف بالقتل بحجة الرحمة:

أ - القتل العَمْد لمن يطلب إنهاء حياته بملء إرادته ورغبته؛

ب - الانتحار بمساعدة الطبيب؛

ج - القتل العَمْد للوِلْدَان المولودين بعاهات خِلقية قد تهدِّد حياتهم أو لا تهددها.

المادة (٦٢)

لا تندرج الحالات التالية (على سبيل المثال) في مسمّى القتل بحجة الرحمة:

أ - وقف العلاج الذي يثبت عدم جدوى استمراره بقرار من اللجنة الطبية المختصة بما في ذلك أجهزة الإنعاش الاصطناعي في حدود ماتسمح به القوانين والأنظمة النافذة؛

ب - صرف النظر عن الشروع في معالجة يُقطع بعدم جدواها؛

ج - تكثيف العلاج القوي لدفع ألم شديد، رغم العلم بأن مثل هذا العلاج ربما يُنهي حياة المريض.

الحيثيات الشرعية:

من المقاصد الشرعية:

١ - حفظ النفس والعقل والعرض.

٢ - رفع الحرج عن الأمة.

٣ - جلب المصالح ودرء المفاسد.

الإجهاض:

المادة (٦٣)

لا يجوز للطبيب إجهاض امرأة حامل إلا إذا اقتضت ذلك دواع طبية تهدد صحة الأم وحياتها. ومع ذلك يجوز الإجهاض إذا لم يكن الحمل قد أتم أربعة أشهر وثبت بصورة أكيدة أن استمراره يهدد حياة الأم بضرر جسيم، على أن يتم إثبات هذا الأمر بقرار من لجنة طبية لا

يقل عدد أعضائها عن ثلاثة أخصائيين، يكون بينهم أخصائي ملمٌّ بنوعية المرض الذي أوصي من أجله بإنهاء الحمل، يقومون بإعداد تقرير يوضحون فيه نوع الخطورة المذكورة المؤكدة التي تهدد صحة الأم فيما لو استمر الحمل. وفي حالة التوصية بضرورة الإجهاض يوضَّح ذلك للمريضة وزوجها أو وليها، ثم تؤخذ موافقتهم الخطية على ذلك. ويرجع في جميع الحالات الاستثنائية الأخرى، بما فيها حالات الاغتصاب، إلى هيئات الفتوى والتشريع وإلى القوانين والأنظمة النافذة.

الحيثيات الشرعية

من المقاصد الشرعية:

١ - حفظ النفس والعقل والعرض.

٢ - رفع الحرج عن الأمة من خصائص الشريعة الإسلامية.

٣ - جلب المصالح ودرء المفاسد.

نقل الأعضاء:

المادة (٦٤)

عملية نقل الأعضاء من متبرّع حي أو من جثة ميت، من أهم وسائل إحياء النفس التي يتجلَّى فيها توادُّ أفراد المجتمع وتراحُمهم وتعاطُفهم، على أن تُراعى فيها الضوابط الشرعية الأخلاقية والقانونية.

المادة (٦٥)

لا يجوز للأطباء الذين أعلنوا وفاة شخص يحتمل تبرّعه بأعضائه،

أن يشاركوا بشكل مباشر في استخراج هذه الأعضاء منه، أو في إجراءات زرعها بعد ذلك في غيره، أو أن يكونوا مسؤولين عن رعاية المرضى الذين يُحتمل أن يتلقَّوا هذه الأعضاء.

المادة (٦٦)

على الطبيب قبل إجراء عمليات نقل الأعضاء وفقاً للتشريعات الناظمة لذلك، أن يقوم بتبصير المنقول منه بالعواقب والمخاطر التي قد يتعرَّض لها نتيجة لعملية النقل، وعليه أن يحصُل منه على الإقرار الكتابي الذي يفيد علمه بكافة العواقب في هذا الشأن قبل إجراء العملية.

المادة (٦٧)

لا يجوز أخذ أي عضو من جسد حيٍّ قاصر لزرعه في شخص آخر. وقد تُستثنى من ذلك الأنسجة المتجدِّدة إذا نصّت على ذلك القوانين الوطنية النافذة.

المادة (٦٨)

لا يجوز أن يكون الجسد البشري وأجزاؤه محلاً لمعاملات تجارية، ويحظر الاتِّجار في الأعضاء أو الأنسجة أو الخلايا أو الجينات البشرية. كما يُحظر الإعلان عن الحاجة إلى أعضاء أو عن توافرها لقاء ثمنٍ يُدفع أو يُطلب. ولا يجوز للطبيب بأي حال من الأحوال المشاركة في أيٍّ من هذه الأعمال. كما يُحظر على الأطباء وسائر المهنيين الصحيين القيام بعمليات لنقل الأعضاء أو المشاركة فيها، إذا رجح لديهم أن الأعضاء المطلوب نقلُها كانت محلاً لمعاملات تجارية.

المادة (٦٩)

على الطبيب القائم بإجراء عملية نقل الأعضاء أن يضمن توفير الرعاية الطبية الكاملة للشخص المنقول منه، بما يكفل عدم الإضرار به نتيجةَ هذا النقل بأي شكل من الأشكال.

المادة (٧٠)

يُحظر على الأطباء زرع الخصية أو المبيض.

الحيثيات الشرعية:

من المقاصد الشرعية:

١ - حفظ النفس والعقل والعرض.

٢ - رفع الحرج عن الأمة.

٣ - جلب المصالح ودرء المفاسد.

حالات العنف:

المادة (٧١)

للطبيب إبلاغ السلطات المعنيَّة عن حالات العنف التي يطَّلع عليها بحكم عمله، ولاسيَّما إذا كان المريض قاصراً، أو امرأة، أو شخصاً عاجزاً عن حماية نفسه بسبب التقدُّم في السن، أو بسبب المرض الجسمي أو النفسي، إذا قدَّر أن ذلك سيمنع مزيداً من العنف الجسمي أو النفسي.

الحيثيات الشرعية:

من المقاصد الشرعية:

١ - حفظ النفس والعقل والعرض.

٢ - رفع الحرج عن الأمة.

٣ - جلب المصالح ودرء المفاسد.

الباب السادس
الإعلان والإعلام

الباب السادس
الإعلان والإعلام

المادة (٧٢)

يقصد بالإعلان والإعلام أن يقوم الطبيب، مباشرة أو بالواسطة، باستخدام وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة، المتعارف عليها (كالصحف والمجلات والإذاعة المرئية والمسموعة والبريد العادي والإلكتروني) وغير ذلك من وسائل الإعلان لبث معلومات غايتها التعريف بالطبيب واختصاصه وخبرته.

المادة (٧٣)

يجوز أن يشتمل الإعلان على الشهادات والتخصصات التي حصل عليها الطبيب، وعلى تاريخه المهني وخبراته السابقة وما إلى ذلك من المعلومات الموضوعية غير المضللة.

المادة (٧٤)

لا يجوز أن يشتمل الإعلان أو الإعلام على معلومات تهدف إلى تضليل المتلقي، أو تزييف الحقائق، أو إخفاء الآثار الجانبية للعلاج، أو أن يكون فيه ما يُخل بالآداب العامة، او يحط من كرامة المهنة، أو يسيء إلى زملاء المهنة.

المادة (٧٥)

لايجوز للطبيب أن يدَّعي لنفسه أو منشأته مهارات وخدمات تشخيصية أو علاجية ليس مؤهلاً لها وليس مرخصاً له بمزاولتها.

المادة (٧٦)

لا يجوز للطبيب أن يستغل جهل المرضى بالمعلومات الطبية، فيضلِّلهم بادِّعاء إمكانه القيام بإجراءات تشخيصية أو علاجية لا تستند إلى دليل علمي، أو بعرض ضمانات بشفاء بعض الأمراض. ويجب أن تقتصر المادة الإعلانية على المعلومات الحقيقية فقط دون مبالغة، وأن تخلو من عبارات توحي بالتفوق على الآخرين أو الحط من قدراتهم بأي شكل كان.

المادة (٧٧)

على الطبيب أن يضيف إلى اسمه مؤهلاته وعنوانه وطريقة الاتصال به، في أي دليل طبي محلي أو وطني، أو في غير ذلك من المطبوعات المحترمة. ويجوز للأطباء والاختصاصيين العاملين في القطاع الخاص، إبلاغ زملائهم والمنشآت الصحية الأخرى عن الخدمات التي يقدمونها والممارسة التي يزاولونها.

المادة (٧٨)

مع أن من الواجب تشجيع التوسع في استخدام وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية في التثقيف الصحي والتوعية الصحية، فإن من الضروري اتخاذ جميع الاحتياطات التي تكفل عدم إساءة استعمال هذه الوسائل في الدعاية للطبيب بشكل ينافي ضوابط الإعلان الآنفة الذكر.

المادة (٧٩)

على الأطباء الذين يعملون في منشآت صحية أو عيادات متخصصة، تجنُّب الدعاية للخدمات التي تقدمها الجهات التي يعملون بها، أثناء الحديث في وسائل الإعلام أو كتابة المقالات أو ما إلى ذلك.

الحيثيات الشرعية:

تعالج من الناحية الشرعية بمقاصد الشريعة في حفظ النفوس والأعراض.

الباب السابع
واجبات الطبيب نحو المؤسسة التي يعمل بها

الباب السابع
واجبات الطبيب نحو المؤسسة التي يعمل بها

المادة (٨٠)

على الطبيب أن يحافظ على سمعة وكرامة المؤسسة التي يعمل بها، وأن يساهم مساهمة فاعلة في تنظيم العمل بها وتطوير أدائها والارتقاء بها.

المادة (٨١)

على الطبيب أن يكون ملتزماً بالقوانين واللوائح والأنظمة والتعليمات النافذة فيها.

المادة (٨٢)

على الطبيب أن يحافظ على ممتلكات المؤسسة وأن يستخدمها الاستخدام الأمثل الرشيد.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُكُمۡ أَن تُؤَدُّواْ ٱلۡأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهۡلِهَا﴾ - النساء: ٥٨.

٢ - ﴿وَإِذَا كَانُوا۟ مَعَهُۥ عَلَىٰٓ أَمْرٍ جَامِعٍ لَّمْ يَذْهَبُوا۟ حَتَّىٰ يَسْتَـْٔذِنُوهُ﴾ - النور: ٦٢.

٣ - ﴿وَلَا تَكْتُمُوا۟ ٱلشَّهَـٰدَةَ ۚ وَمَن يَكْتُمْهَا فَإِنَّهُۥٓ ءَاثِمٌ قَلْبُهُۥ﴾ - البقرة: ٢٨٣.

٢ - في السنة:

١ - عن خولة الأنصارية مرفوعاً: "أن رجالا يتخوضون في مال الله بغير حق فلهم النار يوم القيامة" - أخرجه البخاري.

٢ - عن عبادة بن الصامت، مرفوعاً: "لا تغلوا فإن الغلول نار وعار على أصحابه في الدنيا والآخرة" - صححه ابن حبان.

٣ - عن أنس مرفوعاً: "اسمعوا وأطيعوا وإن استعمل عليكم عبد حبشي" رواه البخاري وأحمد في مسنده.

الباب الثامن
العلاقات مع الزملاء

الباب الثامن
العلاقات مع الزملاء

المادة (٨٣)

على الطبيب أن يحرص على حُسْن التصرُّف مع زملائه، وأن يبني علاقته بهم على الثقة المتبادلة والتعاون البنّاء والاحترام المتبادل، وأن يتجنَّب نقدهم المباشر أمام المرضى، وأن يبذل جهده في تعليم الأطباء الذين يعملون ضمن الفريق الطبي أو من هم تحت التدريب. وعليه أن يتوخَّى الدقَّة والأمانة في تقييمه لأداء من يعملون معه أو يتدربون تحت إشرافه، فلا يبخس أحداً حقه، ولا يبالغ في مدحه والثناء عليه، ولا يساوي في التقييم بين المجتهد والمقصِّر.

المادة (٨٤)

إذا اعتقد الطبيب أن التدخُّل الطبي من أحد زملائه أو رؤسائه من شأنه التأثير على سلامة ممارسته الطبية، أو خشي حصول ضرر للمريض من قِبَله، فعليه إبداءُ رأيه للزميل أو الرئيس مشافهةً. وفي حالة عدم الاتِّفاق يُرفع الأمر كتابةً إلى الجهة المختصَّة للنظر فيه واتخاذ القرار المناسب.

المادة (٨٥)

لا ينبغي للطبيب أن يتقاضى أجراً مقابل فحص أو علاج زميل له

أو أحد أقاربه الأدنين (الزوجة والأبوان والأولاد) إلا إذا كان ذلك ردّاً لما أنفق الطبيب الفاحص أو المعالج من تكاليف إضافية.

المادة (٨٦)

لا يجوز للطبيب أن يسعى لمزاحمة زميل له بطريقة غير شريفة في أيِّ عمل متعلِّق بالمهنة.

المادة (٨٧)

على الطبيب تسوية أيِّ خلاف قد ينشأ بينه وبين أحد زملائه بالطرق الودِّية؛ فإن لم يُسَوَّ الخلاف، يبلغ الأمر إلى الجهة المختصَّة للفصل فيه.

المادة (٨٨)

إذا حلَّ طبيبٌ محلَّ زميل له في عيادته بصفة مؤقتة، فعليه أن لا يحاول استغلال هذا الوضع لصالحه الشخصي، كما يجب عليه إبلاغ المريض قبل بدء الفحص بصفته، وأنه يحل محل الطبيب صاحب العيادة بصفة مؤقتة.

المادة (٨٩)

إذا دُعي طبيبٌ لعيادة مريض يتولى علاجَهُ طبيبٌ آخر تعذَّرت دعوتُه، فعليه أن يترك إتمام المعالجة لزميله بمجرد عودته، وأن يبلغه بما اتَّخذه من إجراءات، ما لم يَرَ المريض أو أهله استمراره في المعالجة.

المادة (٩٠)

لا يجوز للطبيب أن يفرض على أيٍّ من زملائه أجراً أو مساعديه إلا إذا اشترك معه في الاستشارة أو العلاج بالفعل.

المادة (٩١)

على الطبيب في تعامله مع أفراد الهيئة الطبية المساعدة أن يلتزم بما يلي:

أ - أن يحترمهم ويوقرهم وأن يبدي ملاحظاته المهنية لهم بطريقة ودية ولائقة؛

ب - أن يقوم بإصدار تعليماته العلاجية كتابةً، وبصورة واضحة، وأن يتأكد من تنفيذها ما أمكن ذلك؛

ج - أن يستمع إلى ملاحظاتهم ونقدهم وتحفظاتهم بالنسبة لتعليماته العلاجية بنظرة موضوعية وبدون تعالٍ.

د - أن يساعد ويساهم في تقدُّمهم العلمي والمهني وفي تطوير وتحديث معارفهم ومهاراتهم.

الحيثيات الشرعية:

١ - **في القرآن الكريم:**

١ - ﴿رُحَمَآءُ بَيۡنَهُمۡۖ﴾ - الفتح: ٢٩.

٢ - ﴿وَتَعَاوَنُواْ عَلَى ٱلۡبِرِّ وَٱلتَّقۡوَىٰۖ﴾ - المائدة: ٢.

٣ - ﴿وَإِذَا كَانُواْ مَعَهُۥ عَلَىٰٓ أَمۡرٖ جَامِعٖ لَّمۡ يَذۡهَبُواْ حَتَّىٰ يَسۡتَـٔۡذِنُوهُۚ﴾ - النور: ٦٢.

٤ - ﴿وَأَمۡرُهُمۡ شُورَىٰ بَيۡنَهُمۡ﴾ - سورة الشورى: ٣٨.

٢ - في السنة:

١ - عن أنس مرفوعاً "اسمعوا وأطيعوا وإن استعمل عليكم عبد حبشي" رواه البخاري وأحمد في مسنده.

٢ - "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم مثل الجسد الواحد" رواه مسلم.

٣ - "لينوا في يد إخوانكم".

الباب التاسع
حقوق الطبيب

الباب التاسع
حقوق الطبيب

المادة (٩٢)

من حق الطبيب أن يوفر له المجتمع وسائل التدريب والتأهيل العلمي، ووضع النُظُم التي تكفُل ضمان جودة المؤسسات الصحية وجودة أدائها وفقاً للمعايير العالمية المتعارف عليها.

المادة (٩٣)

من حق الطبيب أن تُتاح له فرص التعليم والتدريب الطبي المستمر، وذلك من خلال المؤتمرات والندوات واللقاءات العلمية والمكتبات والبعثات الدراسية ودورات صَقْل المعلومات والمهارات وغيرها. وعليه أن يحرص على متابعة أحدث التطوُّرات المهنية في مجال تخصصه، وأن لا يتوانى عن التفاعُل معها.

المادة (٩٤)

من حق الطبيب أن يُعامَل بما يستحقه من احترام وتقدير، وأن توفَّر له جميع الحقوق الإنسانية والمدنية التي يتمتع بها غيره من الأشخاص الطبيعيين، وأن لا يُوقف عن ممارسة المهنة إلا في حدود القانون، وأن تُصانَ كرامته أثناء أي إجراء تحقيقي أو قضائي، وأن توفَّر

له الحماية القانونية وحق الدفاع عن نفسه في حالة ارتكابه لأيٍّ خرق لأحكام القانون.

المادة (٩٥)

الطبيب مسؤول تجاه المريض عن بذل العناية اللازمة وليس مسؤولاً عن تحقيق الشفاء.

المادة (٩٦)

في حالة أداء الطبيب عمله مقابل أجر مباشر يجوز الاتفاق بينه وبين المريض على ربط استحقاق المقابل بحصول البرء.

المادة (٩٧)

لا يجوز إكراه الطبيب مادياً أو معنوياً أو إجباره على أداء عمل أو الامتناع عن عمل يتعلَّق بممارسة مهنته، إلا في حدود القانون. ولا يجوز إرغامه على الشهادة بما يخالف ضميره وينبغي توفير الحصانة الكاملة له عندما يدعى للإدلاء برأيه أو شهادته الفنية أمام القضاء أو سلطات التحقيق.

المادة (٩٨)

للطبيب أن يقوم بإحالة المريض من أجل التشخيص أو العلاج إلى طبيب آخر أو إلى منشأة صحية أخرى وفقاً للّوائح الناظمة لهذه الإحالة مع مراعاة ما يلي:

أ - أن يكون الطبيب الذي سيحال إليه المريض يملك خبرة تخصصية يستفيد منها المريض.

ب - أن يدلي، كتابة أو مشافهة، إلى الطبيب الذي يحيل إليه، المعلومات التي يعتقد أنها لازمة لاستمرار العلاج.

ج - أن لا تكون إحالة المريض بسبب التيقن من عدم شفائه، أو لأسباب مالية.

المادة (٩٩)

من حق الطبيب على أفراد الهيئات الصحية، المساعدةُ في تنفيذ توجيهاته، ومناقشتهُ للاستيضاح كلما أمكن لهم ذلك، وأن يلتزموا بحدود المهنة في مجال تخصُّصهم دون تجاوز.

الحيثيات الشرعية:

١ - **في القرآن الكريم:**

١ - ﴿وَلَهُنَّ مِثْلُ ٱلَّذِى عَلَيْهِنَّ بِٱلْمَعْرُوفِ﴾ - البقرة: ٢٢٨.

٢ - ﴿فَلَوْلَا نَفَرَ مِن كُلِّ فِرْقَةٍ مِّنْهُمْ طَآئِفَةٌ لِّيَتَفَقَّهُوا۟ فِى ٱلدِّينِ وَلِيُنذِرُوا۟ قَوْمَهُمْ إِذَا رَجَعُوٓا۟ إِلَيْهِمْ﴾ - التوبة: ١٢٢.

٣ - ﴿إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِندَ ٱللَّهِ أَتْقَىٰكُمْ﴾ الحجرات: ١٣.

٢ - **في السنة:**

١ - "ليس منا من لم يجل كبيرنا ويرحم صغيرنا ويعرف لعالمنا حقه" رواه الحاكم وأحمد في مسنده.

٢ - عن عائشة مرفوعاً "أنزلوا الناس منازلهم". رواه أبو داود.

الباب العاشر
واجبات الطبيب
تجاه مهنته

الباب العاشر
واجبات الطبيب تجاه مهنته

المادة (١٠٠)

على الطبيب أن يحافظ على شرف مهنته وسمعتها، ويلتزم بمعايير مزاولتها ويعمل على الارتقاء بها، وأن يساهم بصورة فعّالة في تطويرها علمياً ومعرفياً، من خلال الأبحاث والدراسات، وكتابة المقالات، والتعليم والتدريب المستمر.

المادة (١٠١)

على الطبيب في تعامله مع المريض، أن يتجنَّب كل ما يخل بأمانته ونزاهته، وكل ما من شأنه الإساءة لمهنة الطب، وأن لا يخسر ثقة المريض باستخدام أساليب الغش أو التدليس، أو إقامة علاقات غير طبيعية معه أو مع أحد من أفراد عائلته، أو التكسُّب المادي بطرق غير مشروعة. كما أن عليه أن يتجنَّب السعي إلى الشهرة على حساب أخلاقيات المهنة وأصولها.

المادة (١٠٢)

على الطبيب أن يُدلي بشهادته أمام السلطات المختصَّة كلما طُلب منه ذلك. وعليه أن يقوم بتحرير التقارير الطبية بأمانة ودقة وفقاً للنُّظُم المعمول بها.

المادة (١٠٣)

على الطبيب أن لا يحيل المريض إلى معالج بالطب التكاملي (الطب الشعبي، الطب التكميلي، الطب البديل) مالم يكن هذا المعالج حاصلاً على ترخيص لممارسة المهنة من السلطة الصحية المختصة.

الحيثيات الشرعية:

١ - في القرآن الكريم:

١ - ﴿ٱقۡرَأۡ بِٱسۡمِ رَبِّكَ ٱلَّذِي خَلَقَ﴾ إلى قوله تعالى: ﴿عَلَّمَ ٱلۡإِنسَٰنَ مَا لَمۡ يَعۡلَمۡ﴾ - سورة العلق.

٢ - ﴿يَرۡفَعِ ٱللَّهُ ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ مِنكُمۡ وَٱلَّذِينَ أُوتُواْ ٱلۡعِلۡمَ﴾ - المجادلة: ١١.

٣ - ﴿نَرۡفَعُ دَرَجَٰتٖ مَّن نَّشَآءُۗ وَفَوۡقَ كُلِّ ذِي عِلۡمٍ عَلِيمٞ﴾ - يوسف: ٧٦.

٤ - ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُكُمۡ أَن تُؤَدُّواْ ٱلۡأَمَٰنَٰتِ إِلَىٰٓ أَهۡلِهَا﴾ - النساء: ٥٨.

٥ - ﴿وَلَا تَكۡتُمُواْ ٱلشَّهَٰدَةَۚ﴾ - البقرة: ٢٨٣.

٢ - في السنة:

١ - عن أنس مرفوعا "طلب العلم فريضة على كل مسلم" رواه البيهقي والطبراني وابن عدي.

٢ - "الناس مستوون كأسنان المشط ليس لأحد على أحد فضل إلا بتقوى الله" رواه الديلمي.

المادة (١٠٤)

على الطبيب أن يكون نموذجاً في المحافظة على صحته وكل سلوكياته، وأن يتَّخذ جميع الاحتياطات اللازمة لحماية نفسه من جميع الأخطار المحتملة أثناء ممارسته للمهنة.

المادة (١٠٥)

لا يجوز للطبيب أن يأتي عملاً من الأعمال الآتية:

أ - الاستعانة بالوسطاء أو الوسائل غير المشروعة لاجتذاب المرضى، سواء كان ذلك بأجر أو بدون أجر؛

ب - السماح باستعمال اسمه في ترويج الأدوية أو العقاقير أو مختلف أنواع العلاج أو لأغراض تجارية على أي صورة من الصور؛

ج - طلب أو قبول مكافأة أو أجر من أي نوع كان، نظيرَ التعهد أو القيام بوصف أدوية أو أجهزة معينة للمرضى، أو نظيرَ إرسالهم إلى منشأة صحية أو مصحَّة علاجية أو دار للتمريض أو صيدلية أو أي مكان محدد لإجراء الفحوص والتحاليل الطبية أو لبيع المستلزمات أو المُعِينات الطبية، أو أن يعمل وسيطاً بأجر لطبيب آخر أو منشأة صحية بأي صورة من الصور.

د - القيام بإجراء استشارات طبية في محال تجارية أو ملحقاتها مما هو معدٌّ لبيع الأدوية أوالأجهزة أو التجهيزات الطبية، سواء كان ذلك بالمجان أو نظير مرتب أو مكافأة؛

هـ - القيام باستشارات طبية من خلال شركات الاتصالات المحترفة لهذا النوع من الاستشارات؛

و - القيام ببيع أي أدوية أو وصفات أو أجهزة أو مستلزمات طبية في عيادته - أو أثناء ممارسته للمهنة - بغرض الاتجار؛

المادة (١٠٦)

للطبيب القيام أو المشاركة بالتطبيب عن بُعد telemedicine في حدود القوانين والأنظمة النافذة.

الجزء الثاني

أ - القواعد الإرشادية الأخلاقية العالمية لأبحاث الطب الحيوي المتعلقة بالجوانب الإنسانية "رؤية إسلامية"

الفهرس

الموضوع **الصفحة**

مقدمة ١٣٥

خلفية المشروع ١٣٨

الاتفاقيات والقواعد الإرشادية الدولية ١٤٧

المبادئ العامة لأخلاق المهنة ١٥٠

تمهيد ١٥٣

المبادئ العامة لآداب المهنةمن منظور إسلامي ١٥٧

القواعد الإرشادية لآداب المهنة ١٦٣

١ – التبرير الأخلاقى والصلاحية العلمية لابحاث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية ١٦٣

٢ – لجان دراسة مراجعة آداب أخلاق المهنة ١٦٧

٣ – المراجعة الأخلاقية للأبحاث التى ترعاها جهات خارجية ١٦٩

٤ – الموافقة الفردية المستنيرة ١٨٤

٥ – الحصول على الموافقة المستنيرة: المعلومات الضرورية لحالات البحث المتوقعة ١٩٤

٦ - الحصول على الموافقة المستنيرة: التزامات الجهات الراعية للأبحاث والباحثين ١٩٩

٧ - الحث على المشاركة فى الأبحاث ٢٠٨

٨ - مزايا ومخاطر المشاركة فى الأبحاث ٢١٢

٩ - القيود الخاصة على المخاطرة عندما يتضمن البحث أفراداً غير قادرين على منح الموافقة المستنيرة ٢١٨

١٠ - البحث وسط سكان ومجتمعات ذات موارد محدودة ٢٢٣

١١ - اختيار التحكم فيما يتعلق الضابط (مقياس المقابلة) فى التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة ٢٢٨

١٢ - التوزيع العادل للأعباء والمزايا في اختيار مجموعات الحالات في الأبحاث ٢٤٢

١٣ - الأبحاث المتضمنة لأشخاص سريعي التأثر ٢٤٦

١٤ - الأبحاث التي تتضمن أطفالاً ٢٥١

١٥ - الأبحاث التي يشارك فيها أفراد لا يستطيعون إبداء موافقة مبنية على وعيهم التام بالعواقب المترتبة عليها بسبب أصابتهم ببعض الاضطرابات العقلية أو السلوكية ٢٥٨

١٦ - موقف المرأة بصفتها نموذجا مشاركا في الأبحاث ٢٦٤

١٧ - موقف المرأة الحامل بصفتها عضوا مشاركا في الأبحاث ٣٦٩

١٨ - الحفاظ على سرية المعلومات ٢٧٢

١٩ - حق المرضي المشاركين في الأبحاث في العلاج والتعويض عند الإصابة ٢٧٩

٢٠ – تدعيم القدرة على المراجعة العلمية والأخلاقية والأبحاث الطبية الحيوية ٢٨٤

٢١ – الالتزام الأخلاقي للمؤسسات الخارجية الراعية للأبحاث بتوفير خدمات الرعاية الصحية ٢٨٧

– ملحق ١ : البند يتم ادراجه فى بروتوكول (أو وثائق ذات صلة) لأبحاث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات بشرية .. ٢٩٥

– ملحق ٢ : إعلان هلسنكى ٣٠٥

– ملحق ٣: مراحل التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة فيما يتعلق باللقاحات والعقاقير ٣١٧

مقدمة
الجزء الخاص بالأبحاث

عندما فكرت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في إصدار الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية قررت إدراج الأبحاث في مجالات الصحة كأحد أركان الميثاق لأسباب كثيرة منها:

أولا: أهمية دور الأبحاث بوجه عام والصحية بوجه خاص لنهضة الأمم والشعوب.

ثانيا: ضرورة وضع الأسس الأخلاقية التي يجب الالتزام بها أثناء إجراء الأبحاث وحقوق المريض وحماية الباحث من العواقب القانونية والأخلاقية.

ثالثا: رغم أن موضوع الأبحاث أثار جدلا كبيرا في الاجتماع الذي خصص لمناقشة هذا الجزء من الميثاق حيث أثار البعض أن الدول العربية لايجري بها أبحاث ذات مستوى رفيع، عن جدوى إدراج هذا الجزء بالميثاق لكن الواقع أن الدول النامية عموما ومعظم الدول العربية جزء منها يجري فيه نوعان من الأبحاث:

أ - أبحاث تجريها المؤسسات العالمية لأمراض متوطنة داخل تلك الدول ويندر وجودها بالدول الصناعية وهذه تتطلب حرصا شديدا والتزاما بالجوانب الأخلاقية التي يجب التقيد بها دون النظر إلى أصل الإنسان سواء أكان ذلك فقيرا أو غنيا فالإنسان واحد في كل

زمان ومكان ويجب النظر إليه من حيث هو إنسان له حقوق وليس حيوانا للتجارب.

ب - كثير من الأدوية بل لعلها جميعا تكتشف في الغرب ويتم تجربتها في الغرب وعند البدء في استعمالها في الدول الثانية من الأفضل أن يعاد تقييم فاعليتها ورصد مضاعفاتها الجانبية على المواطنين في تلك الدول نظرا لاختلاف بيئة معظم الدول الإسلامية وعادات الأكل والشرب وطبيعتها وكمياتها ونوعياتها بالإضافة للسلوكيات اليومية التي تتميز بها كل دولة عن الأخرى. . . فقد يحتاج الأمر إلى تغيير للجرعات بالزيادة أو النقصان، وقد يظهر في شعب ما مقاومة لعلاج ما لأسباب داخلية ليست بالدولة صاحبة الاختراع الجديد.

وليس الأمر قاصرا على تجربة الدواء ولكن تمتد الأبحاث إلى إدخال تكنولوجيا جديدة في مجال العلاج من عمليات جراحية مثل زراعة الأعضاء - استعمال الحقن المجهري - العلاج الجيني - الاستنساخ.

بجانب التقييم العلمي للعلاج أو الأداء فإن هناك بعدا آخر مهما بالنسبة للدول الإسلامية وبما يتميز به الإسلام بالحلال والحرام فقبل البدء في أي من هذه التجارب يجب أن تتوافق مع مبادئ الشريعة الإسلامية لمعرفة مدى الحل والحرمة في كل جانب من جوانب الحياة ليطمئن المسلم بأن كل ما يتعاطاه علاجا أو دواء يخضع للرؤية الإسلامية. فإن كانت حراما ينظر - في مدى توافقها مع القاعدة الشرعية الإسلامية بأن الضرورات تبيح المحظورات.

رابعا: كانت مهمة اختيار مرجع علمي عالمي ينظم الجوانب الأخلاقية في الأبحاث مهمة شاقة وفي النهاية تم اختيار الوثيقة العالمية **[القواعد الإرشادية الأخلاقية العالمية لأبحاث الطب الحيوي المتعلقة بالجوانب الإنسانية]** التي قام باعدادها مجلس المنظمات العالمية للعلوم الطبية للأسباب الآتية:

أ - تمت ترجمة المرجع إلي لغات عدة ما عدا العربية حيث اهتمت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بترجمته إلى العربية ليكون تحت أنظار الباحثين العرب ليتعرفوا على ما يجري في العالم حولنا.

ب - العديد من دول العالم اعتمدت المبادئ التي جاءت فيه وتطبقه عندما تجري أي بحث من البحوث على الإنسان.

ج - المرجع اشترك في إعداده حوالي مائتي عالم ومتخصص في مجالات مختلفة وثقافات متنوعة وأجناس شتى ليأتي بحصيلة متميزة وآراء تتماشي مع كثير من الثقافات الإنسانية.

د - المرجع صدر حديثا وتعرض لكثير من الإنجازات العلمية التي ظهرت في الآونة الأخيرة. وأبدى رأيه فيها.

لذلك رأت المنظمة أنه أنسب مرجع في هذا المجال يمكن الرجوع إليه للتعرف على الرأي الأخلاقي في كثير من الموضوعات، فقامت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بترجمته إلى العربية وإحالته إلى أحد فقهاء الشريعة الإسلامية لوضع التكييف الشرعي لكل ما جاء في ذلك المرجع ثم أرسل التكييف الشرعي لمجموعة من فقهاء الشريعة الإسلامية - والأطباء والمهتمين بالأخلاقيات والقانون للاطلاع على الرأي الفقهي استعدادا لمناقشة ذلك في المؤتمر الذي عقد لإصدار "الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية".

وهاهي حصيلة ما اتفق عليه المشاركون بعد مناقشات دارت على مدي ثلاثة أيام رصدنا حصيلتها بعد الإضافة أو الحذف أو التعديل الذي ارتآه المشاركون.

ندعو الله أن نكون قد وفقنا إلى ما يحبه ويرضاه.

أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد للمنظمة

خلفية مشروع وضع القواعد الإرشادية الأخلاقية العالمية لأبحاث الطب الحيوي المتعلقة بالجوانب الإنسانية والتي نشرته CIOMS

مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية منظمة دولية غير حكومية تربطها علاقات رسمية مع منظمة الصحة العالمية. وقد تأسست تحت رعاية منظمة الصحة العالمية ومنظمة التربية والعلوم والثقافة التابعة لهيئة الأمم المتحدة (اليونسكو) في عام ١٩٤٩، ومن بين تفويضاتها الحفاظ على علاقات تعاون مع هيئة الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصصة خاصة اليونسكو ومنظمة الصحة العالمية.

وقد تقلد مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية بالاتحاد مع منظمة الصحة العالمية مهامه في مجال آداب المهنة فيما يتعلق ببحوث الطب الأحيائي في أواخر السبعينيات. وفي ذلك الحين كانت الدول المستقلة حديثاً والمنضمة لمنظمة الصحة العالمية بصدد إنشاء أنظمة للرعاية الصحية. وكانت المنظمة حينذاك ليست في وضع يمكنها من تطوير آداب المهنة باعتبارها شكلاً من أشكال الرعاية الصحية أو البحث. لذلك تم إنشاء مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية لإعداد القواعد الإرشادية للوقوف على "كيفية التطبيق الفعال للمبادئ الأخلاقية التي يتعين أن تُوجه مسار بحوث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية، كما هو منصوص عليه

في إعلان هلسنكى، خاصة في الدول النامية دون إغفال ظروفها الاجتماعية والاقتصادية وقوانينها وتنظيماتها وترتيباتها التنفيذية والإدارية". وقد أصدر الاتحاد الطبى العالمى إعلان هلسنكى الأصلى في عام ١٩٦٤ ونسخته المعدلة في عام ١٩٧٥. وجاءت ثمرة جهود مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية ومنظمة الصحة العالمية في عام ١٩٨٢ متمثلة في القواعد الإرشادية الدولية لآداب المهنة فيما يتعلق ببحوث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية.

وشهدت الفترة التالية تفشى وباء نقص المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز) ومقترحات للقيام بتجارب واسعة النطاق بشأن اللقاحات والعقاقير الخاصة بهذه الحالة المرضية. وقد أثارت هذه التجارب قضايا جديدة تتعلق بآداب المهنة لم يتم وضعها في الاعتبار عند إعداد القواعد الإرشادية المقترحة. وكانت هناك بالإضافة إلى ذلك عوامل أخرى مثل معدلات التقدم السريع في الطب والتكنولوجيا الحيوية وتغير الممارسات البحثية كالتجارب الحقلية المتعددة الجنسيات والتجارب المتضمنة لمجموعات سكانية سريعة التأثر وظهور وجهة نظر مغايرة في الأقطار الغنية والفقيرة مؤداها أن البحوث المتضمنة لحالات دراسة بشرية ذات فوائد كبيرة ولا تشكل تهديداً. وقد تم تنقيح إعلان هلسنكى مرتين خلال الثمانينات- في عامى ١٩٨٣ و ١٩٨٩. وقد كان تنقيح وتطوير القواعد الإرشادية المصوغة في عام ١٩٨٢ في وقته المناسب، وقد أخذ مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية على عاتقه هذه المهمة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية وبرنامجها العالمي بخصوص مرض الإيدز. وكانت ثمرة ذلك هي إصدار مجموعتين من القواعد الإرشادية: في عام ١٩٩١، القواعد الإرشادية الدولية للمراجعة الأخلاقية للدراسات المتعلقة بعلم الأوبئة؛ وفي عام ١٩٩٣، القواعد الإرشادية الدولية لآداب المهنة فيما يتعلق ببحوث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية.

وبعد عام ١٩٩٣، ظهرت على السطح قضايا تتعلق بآداب المهنة لم يتم التطرق إليها على نحو خاص في القواعد الإرشادية التي وضعها مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية. وهذه القضايا ترتبط بشكل أساسى بالتجارب التي تخضع للملاحظة العلاجية المباشرة ويقوم على رعايتها جهات خارجية وباحثون خارجيون، ويتم القيام بها في أقطار ذات موارد متوسطة وباستخدام أدوات للمقارنة غير أساليب التدخل الفعال المعمول بها. وكانت القضية محل الاهتمام هي إدراك مدى الحاجة في تلك الأقطار إلى حلول للصحة العامة المنخفضة التكاليف وملائمة من الناحية التكنولوجية، خاصة فيما يتعلق بالعقاقير العلاجية واللقاحات الخاصة بمرض الإيدز التي تستطيع الدول الفقيرة تحمل تكاليفها. وقد يحبذ المرء للدول ذات الموارد المحدودة، التجارب التي تعتمد على أسلوب المداخلات التي قد تكون أقل تأثيراً أكثر من أساليب العلاج المتاحة في الدول الغنية وذات التكلفة الأقل في الوقت ذاته. ويرى البعض أنه لا ينبغي رفض جميع الجهود البحثية من أجل التوصل إلى حلول عامة ملائمة للأقطار النامية على اعتبار أنها ليست أخلاقية، إذ إنه يجب مراعاة المناخ الذي يجرى فيه البحث وأن تكون القاعدة هي ترك حرية اتخاذ القرار للسلطات المحلية. كما يتعين تجنب الطريقة الأبوية التي تنتهجها الدول الغنية في معاملة الدول الفقيرة. وكان التحدى القائم هو تشجيع البحث من أجل الحلول المحلية لتخفيف أعباء المرض في بقاع كبيرة من العالم، مع وضع إرشادات واضحة لحماية المجتمعات والأفراد سريعة التأثر بعوامل معينة من أساليب الاستغلال.

وهناك فريق آخر رأي أن مثل هذه التجارب تشكل أو تهدد بأن تشكل استغلالاً للدول الفقيرة بواسطة الدول الغنية إضافة إلى أن الجانب غير الأخلاقى كامن بداخلها، إذ إن العوامل الاقتصادية لاينبغي أن تؤثر على الاعتبارات الأخلاقية. لقد كان بمقدور الدول الغنية وصناعة الدواء أن تقوم بتوفير أساليب العلاج الفعالة والمستقرة بغرض

تطبيق أساليب للمقارنة. وقد قامت أقطار معينة ذات موارد محدودة بالفعل بتوفير طرق العلاج الفعال والمستقر لمرضى الإيدز لديها عن طريق الاعتماد على مواردها الذاتية.

وقد أدى الصراع بين الفريقين إلى تعقيد عمليات التنقيح والتطوير للقواعد الرئيسية الموضوعة في عام ١٩٩٣. وفي نهاية الأمر بات واضحاً أن وجهتى النظر المتضاربتين لا يمكن التوفيق بينهما، على الرغم من أن المؤيدين لوجهة النظر الأولى رأوا أن مسودة القواعد الرئيسية الجديدة قد سنت أساليب فعالة للحماية ضد الاستغلال. وقد أقر التعليق على القاعدة الإرشادية المعنية (١١) بعدم حسم الصراع أو بالأحرى عدم قابليته للحسم.

وقد تم تنقيح / تطوير القواعد الإرشادية الموضوعة في عام ١٩٩٣ في ديسمبر من عام ١٩٩٨، وتم مراجعة المسودة الأولى التي أعدها مستشار مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية للمشروع، بمعرفة لجنة توجيه المشروع التي اجتمعت في مايو ١٩٩٩. وقد اقترحت اللجنة تعديلات وأعدت قوائم بالموضوعات التي تطرقت إليها القواعد الرئيسية الجديدة أو المنقحة؛ وأوصت بعمل أبحاث عن هذه الموضوعات ودعت المؤلفين والمعلقين إلى عرضها و مناقشتها بالمكتب الاستشارى المؤقت لمجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية. وقد تبين أن اجتماعاً مؤقتاً لتبادل الاستشارات لأعضاء لجنة التوجيه جنباً إلى جنب مع مؤلفي البحوث المقدمة والمعلقين الذين وقع عليهم الاختيار، متبوعاً بمزيد من إعادة الصياغة والتوزيع الإلكترونى والتغذية الاسترجاعية، سوف يخدم الغرض من المشروع على نحو أفضل كثيراً من خطوات العمل التي تم وضعها في البداية، والتي كان مقرراً لها أن تُكمل عملية التنقيح في خطوة أخرى تالية. وقد تم بناء على ذلك تنظيم اجتماع تبادل الاستشارات في جنيف في مارس عام ٢٠٠٠.

وقد تحقق تقدم في اجتماع تبادل الاستشارات وتم دراسة القضايا المثيرة للنزاع. وقد تم تقديم والتعليق على ومناقشة ثمانية أبحاث معتمدة تم توزيعها من قبل. وقد استمرت الاستشارات بالتعاون مع مجموعات عمل إلكترونية متخصصة على مدار عدة أسابيع تالية، وتم الإعلان عن نتائج الاستشارات من أجل الإعداد للمسودة الثالثة. وقد تحولت مادة هذه الاستشارات إلى موضوع ظهر في صورة إصدار لمجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية تحت عنوان: آداب المهنة في بحوث الطب الأحيائي. . تطوير القواعد الإرشادية الدولية: دراسة استشارية (ديسمبر ٢٠٠٠).

في يناير ٢٠٠١، اجتمعت في مدينة نيويورك لجنة رسمية لإعادة الصياغة مكونة من ثمانية أفراد من أفريقيا وأمريكا اللاتينية والولايات المتحدة وأمانة مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية، وعقب ذلك تفاعل أعضاء تلك اللجنة إلكترونياً مع بعضهم البعض من ناحية ومع أمانة المجلس من ناحية أخرى. وظهرت مسودة منقحة بموقع المجلس على شبكة الإنترنت في يونيو ٢٠٠١ بخلاف توزيعها على نطاق واسع. وقد أدلى العديد من الهيئات والأفراد بتعليقاتهم، البعض بشكل موسع والبعض الآخر بشكل انتقادى. وكانت الآراء التي تناولت بعض الأوضاع المعينة - وعلى رأسها التجارب التي يُعطى فيها أدوية لإرضاء المرضى ولكن في إطار تقييدى - متضاربة ومن أجل عملية التنقيح التالية، تم إضافة عضوين إلى لجنة إعادة الصياغة من أوروبا وأمريكا اللاتينية، وظهرت المسودة الجديدة بموقع المجلس على شبكة الإنترنت في يناير ٢٠٠٢ تمهيداً لعقد مؤتمر المجلس في فبراير/ مارس ٢٠٠٢.

تم عقد مؤتمر مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية لمناقشة المسودة النهائية والموافقة عليها،ما أمكن ذلك، لعرضها على اللجنة التنفيذية للمجلس من أجل الحصول على الموافقة النهائية. وبالإضافة

إلى تمثيل الهيئات الأعضاء في المجلس، فقد كان من بين المشاركين خبراء في مجال آداب المهنة والبحوث من جميع القارات، وقد قاموا بمراجعة مسودة القواعد الإرشادية على نحو متسلسل واقترحوا بعض التعديلات، وتم إعادة صياغة القاعدة الإرشادية ١١، اختيار التحكم في التجارب المعتمدة على الملاحظة المباشرة في المؤتمر في مسعى إلى تضييق أوجه الخلاف. كما تم مناقشة نص تلك القاعدة الإرشادية بعد إعادة صياغته بشكل مكثف ولقى استحساناً بوجه عام. ومع ذلك، فقد واصل بعض المشاركين إثارة موضوع مدى التقبل الأخلاقى للاستثناء الخاص بالقاعدة العامة التي تحصر استخدام الأدوية التي تُعطى لإرضاء المرضى على الحالات المذكورة في القاعدة الإرشادية؛ وأوضحوا أن حالات الدراسة في الأبحاث ينبغى ألا تتعرض للمجازفة التي تتضمن ضرراً خطيراً أو يتعذر إزالته عندما يكون التدخل الفعال والمعمول به قادراً على منع هذا الضرر، وأن مثل هذا التعرض يمكن أن يشكل نوعاً من الاستغلال. وفي نهاية المطاف، فإن التعليق على القاعدة الإرشادية ١١ يعكس الأوضاع المتعارضة بشأن استخدام أداة للمقارنة غير أسلوب التدخل الفعال المعمول به من أجل أغراض التحكم.

ويتكون النص الجديد، نص عام ٢٠٠٢، والذي يلغي نص عام ١٩٩٣، من بيان للمبادئ العامة لآداب المهنة، وتمهيد، و٢١ قاعدة رئيسية، بالإضافة إلى مقدمة، وسرد موجز للاتفاقيات والقواعد الإرشادية السابقة. ومثل القواعد الإرشادية لعامي ١٩٨٢ و ١٩٩٣، فإن الإصدار الحالى قد تم تصميمه للاستفادة منه، خاصة بالنسبة للدول ذات الموارد المحدودة، في تعريف السياسات الوطنية بشأن آداب المهنة فيما يتعلق ببحوث الطب الأحيائي، وتطبيق المعايير الأخلاقية في الظروف المحلية، ووضع وإعادة تعريف آليات جديدة للمراجعة الأخلاقية للأبحاث التي تتضمن أناساً كحالات للدراسة.

مقدمـة
للقواعد الإرشادية الأخلاقية العالمية لأبحاث الطب الحيوي المتعلقة بالجوانب الإنسانية والتي نشرته CIOMS

هذه هي الحلقة الثالثة في سلسلة القواعد الإرشادية الدولية لآداب المهنة فيما يتعلق ببحوث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية التي يصدرها مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية منذ عام ١٩٨٢. ويعكس نطاق وإعداد هذه الحلقة بشكل جيد التحول الذي حدث في مجال أخلاقيات البحث على مدى ربع قرن تقريباً عقب تعهد المجلس بالقيام بهذه المساهمة لصالح العلوم الطبية والآداب المرتبطة بمهنة البحث. ومن منطلق اهتمامها الثابت بتطبيق إعلان هلسنكى في الأقطار النامية، تعكس القواعد الإرشادية للمجلس ظروف واحتياجات بحوث الطب الأحيائي في هذه الأقطار وكذا مضامين كل ما ورد سابقا: الأبحاث المتعددة الجنسيات أو المتخطية للحدود القومية التي تشارك فيها هذه الدول.

وهناك مسألة تتعلق بصفة رئيسية بتلك الأقطار وربما تكون الآن أقل ارتباطاً بالموضوع عن ذى قبل، وهي الحد الذي تعتبر عنده مبادئ آداب المهنة عالمية أو مرتبطة بالخلفية الثقافية - وجهة النظر الشمولية في مقابل وجهة النظر التعددية. والتحدى القائم أمام الأخلاقيات الدولية للبحث هو تطبيق مبادئ أخلاقية عالمية على بحوث الطب الأحيائي في

عالم متعدد الثقافات ذى وفرة من أنظمة الرعاية الصحية وتنوع كبير في مستويات تلك الرعاية. ومن منظور القواعد الإرشادية، فإن الأبحاث المتضمنة لحالات دراسة بشرية يجب ألا تنتهك أية معايير أخلاقية معمول بها على مستوى العالم، مع الإقرار بأن تطبيق المبادئ الأخلاقية من الجوانب الظاهرية، على سبيل المثال فيما يتعلق بالاستقلالية الفردية والموافقة المستنيرة، يتطلب وضع القيم الثقافية موضع الاعتبار مع الاحترام المطلق للمعايير الأخلاقية.

وهناك مسألة أخرى مرتبطة بالمسألة السابقة وهي الحقوق الإنسانية لحالات البحث، وكذا تلك التي تخص العاملين بحقل الصحة كباحثين في أوساط اقتصادية وثقافية متنوعة، والإسهام الذي يمكن أن تقدمه الآليات الدولية لحقوق الإنسان عند تطبيق المبادئ العامة لآداب المهنة فيما يختص بالبحوث المتضمنة لحالات دراسة بشرية. وتتعلق هذه المسألة على نطاق واسع – وليس كلياً – بمبدأين اثنين: احترام الاستقلالية وحماية الأشخاص أو المجموعات السكانية المعتمدة على الغير أو سريعة التأثر بعوامل معينة. وفي معرض إعداد القواعد الإرشادية، تم مناقشة المساهمة المحتملة فيما يرتبط بهذه الجوانب من آليات وقواعد حقوق الإنسان، وقد عبر واضعو القواعد الإرشادية عن آراء المعلقين بشأن الحفاظ على حقوق حالات البحث والمماثلة لحقوق الآخرين.

وتوجد مجالات معينة في بحوث الطب الأحيائي لم تتطرق إليها بعض القواعد الإرشادية المحددة. ومثال هذه المجالات علم الوراثة البشرية. ومع ذلك، فقد تناولته القاعدة الإرشادية ١٨ عند حديثها عن مسائل السرية التامة في علم الوراثة البشرية. وكانت آداب المهنة في بحوث الوراثة البشرية هي موضوع بحث مُعَدٍّ بُنَاءً على تكليف وكذا التعليقات التي أُثيرت بصدده.

وهناك مجال آخر غير مطروق وهو البحث فيما يتعلق بنتاج الحمل (أبحاث الجنين في مراحله الأولى والمتقدمة، وأبحاث أنسجة الأجنة). وقد ثبت عدم جدوى محاولة ابتكار قاعدة إرشادية بشأن هذا الموضوع. وما زال الجدل مثاراً عن الوضع الأخلاقى للأجنة الصغار والكبار ودرجة المخاطرة المسموح بها أخلاقياً التي تتعرض لها حياة ورفاهية هذه الكيانات.

وفيما يتعلق باستخدام أدوات مقارنة في أساليب التحكم، أثار المعلقون قضية مستوى الرعاية المقدمة لمجموعة التحكم. ويؤكد هؤلاء المعلقون أن مستوى الرعاية يشير إلى ما هو أكبر من العقار الذي يُستخدم كأداة للمقارنة أو غيره من وسائل التدخل، وأن حالات البحث في الأقطار الفقيرة لا تتمتع عادة بنفس مستوى الرعاية العامة الذي تتمتع به مثيلاتها في الأقطار الغنية. ولم يتم تناول هذه المسألة في القواعد الإرشادية على نحو خاص.

إن القواعد الإرشادية، في جانب من الجوانب، تتخلى عن المصطلحات الواردة في إعلان هلسنكى. "التدخل الحالى الأفضل" هو المصطلح الأكثر استخداماً لوصف أداة المقارنة النشطة التي تُفضل أخلاقياً في التجارب المتحكم فيها والتي تقوم على الملاحظة المباشرة.

الاتفاقيات والقواعد الإرشادية الدولية

تم الإعلان عن الاتفاقية الدولية الأولى بشأن آداب المهنة في مجال البحوث الطبية، أو ما يعرف بمجموعة قواعد نورمبرج، في عام ١٩٤٧ عقب محاكمة الأطباء الذين قاموا بتجارب مروعة على السجناء والمعتقلين الذين لم يعطوا موافقتهم على مثل هذه التجارب خلال الحرب العالمية الثانية. وقد وضعت هذه القواعد التي تم تصميمها للحفاظ على سلامة حالة البحث، شروطاً للسلوك الأخلاقى في البحوث المتضمنة لحالات دراسة بشرية وأكدت موافقتهم على إجراء البحث بمحض إرادتهم.

أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان العالمى لحقوق الإنسان في عام ١٩٤٨. ولإعطاء الإعلان مزيداً من القوة القانونية والأخلاقية، أقرت الجمعية العامة في عام ١٩٦٦ الاتفاقية الدولية للحقوق المدنية والسياسية. وتنص المادة السابعة من الاتفاقية على عدم تعرض أي شخص للتعذيب أو المعاملة أو العقاب القاسى أو غير الإنسانى أو المهين، وبصفة خاصة عدم خضوع أي شخص للتجارب الطبية أو العلمية دون موافقته الحرة. ومن خلال هذا البيان، يعبر المجتمع عن القيمة الإنسانية الأساسية التي من شأنها أن تحكم جميع الأبحاث المتضمنة لحالات دراسة بشرية.... وهي حماية حقوق مصلحة جميع حالات الدراسة البشرية الخاضعة للتجارب العلمية.

إن إعلان هلسنكى الذي أصدرته الجمعية الطبية العالمية في عام ١٩٦٤ يعد الوثيقة الدولية الأساسية في مجال آداب المهنة فيما يتعلق

ببحوث الطب الأحياء، وقد كان له أثره في صياغة التشريعات وقواعد السلوك الدولية والإقليمية والوطنية. كما يعد الإعلان، الذي تم تعديله مرات عدة آخرها في عام ٢٠٠٠ (ملحق ٢) بياناً شاملاً لآداب المهنة فيما يتعلق بالبحوث المتضمنة لحالات دراسة بشرية. ويضع الإعلان قواعد إرشادية أخلاقية للأطباء المشاركين في بحوث الطب الأحيائي التي تقوم على الملاحظة المباشرة وغيرها.

ومنذ إصدار القواعد الإرشادية لمجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية في عام ١٩٩٣، قامت العديد من المنظمات الدولية بإصدار إرشادات لآداب المهنة فيما يخص التجارب التي تقوم على الملاحظة المباشرة. وشملت هذه ما أصدرته منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٩٥ من قواعد إرشادية تهدف إلى التطبيق السليم لأساليب الملاحظة المباشرة بالنسبة للتجارب التي تُجرى على المنتجات الدوائية، وما أصدره المؤتمر الدولى عن توافق المتطلبات الفنية من أجل تسجيل الأدوية التي يستخدمها البشر في عام ١٩٩٦ من قاعدة إرشادية تهدف إلى الممارسة السليمة لأساليب الملاحظة المباشرة والتي تم وضعها لضمان أن البيانات الناشئة عن تجارب الملاحظة المباشرة مقبولة على نحو تبادلي لدى السلطات التنظيمية في الاتحاد الأوروبي واليابان والولايات المتحدة الأمريكية وقد قام البرنامج المشترك للأمم المتحدة فيما يخص مرض فقد المناعة المكتسبة (الإيدز) بنشر الوثيقة الإرشادية للاعتبارات الأخلاقية في أبحاث اللقاحات المقاومة لمرض الإيدز والتي أصدرتها وكالة الأمم المتحدة للتنمية الدولية.

وفي عام ٢٠٠١، أقر مجلس وزراء الاتحاد الأوروبي توجيهات تتعلق بالتجارب القائمة على الملاحظة المباشرة، والتي ستكون ملزمة للدول الأعضاء بدءاً من عام ٢٠٠٤. ويقوم المجلس الأوروبي الذي يضم ٤٤ عضواً، بإعداد بروتوكول بشأن بحوث الطب الأحيائي،

والذي سيكون بمثابة بروتوكول إضافي لاتفاقية المجلس عام ١٩٩٧ بخصوص حقوق الإنسان والطب الأحيائي.

إن الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان ليست فقط متعلقة على نحو خاص ببحوث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية كما هو موضح سلفاً، ولكنها مرتبطة على نحو وثيق بهذه البحوث. وتتمثل هذه الاتفاقيات بشكل رئيسى في الإعلان العالمى لحقوق الإنسان والذي تأثر بدرجة كبيرة بمجموعة مبادئ نورمبرج خاصة في نصوصه العلمية؛ والاتفاقية الدولية للحقوق المدنية والسياسية؛والاتفاقية الدولية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ومنذ تجربة نورمبرج، فإن قانون حقوق الإنسان قد اتسع ليشمل حماية النساء (مؤتمر القضاء على جميع صور التمييز ضد النساء) والأطفال (مؤتمر حقوق الطفل). وفيما يتعلق بحقوق الإنسان، تقر جميع هذه الاتفاقيات المبادئ العامة لآداب المهنة التي تشكل أساس القواعد الإرشادية الدولية لآداب المهنة التي أصدرها مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية.

المبادئ العامة لآداب المهنة

"يجب أن تتم جميع الأبحاث المتضمنة لحالات دراسة بشرية وفقاً لثلاثة مبادئ رئيسية تتعلق بآداب المهنة وهي احترام الأشخاص والمنفعة والعدل". وهناك اتفاق عام على أن هذه المبادئ، التي لها قوة أخلاقية متساوية من الناحية النظرية، تُوجه عملية إعداد مقترحات الدراسات العلمية حسب ما يمليه الضمير الحى. وفي ظروف مغايرة، قد يتم التعبير عن هذه المبادئ بشكل مختلف ويُعطى لها ثقل أخلاقى مختلف، وقد يؤدى تطبيقها إلى قرارات أو خطوات تنفيذية مختلفة. والقواعد الإرشادية الحالية موجهة لتطبيق هذه المبادئ على الأبحاث المتضمنة لحالات دراسة بشرية.

"ويجسد احترام الأشخاص على الأقل اعتبارين أساسيين فيما يتعلق بآداب المهنة وهما:

أ - احترام الاستقلالية، مما يتطلب معاملة أولئك الذين تتوفر لديهم القدرة على التفكير المتأني بشأن اختياراتهم الشخصية، باحترام لمقدرتهم على تقرير المصير.

ب - حماية الأشخاص ذوى الاستقلالية التي يشوبها ضعف أو نقص، مما يتطلب توفير السلامة لأولئك الأفراد التابعين لغيرهم أو سريعي التأثر بعوامل معينة ضد أي أذى أو سوء استغلال".

ويُقصد بالمنفعة الالتزام الأخلاقى بتعظيم الفائدة وتقليل الضرر إلى أدنى حد. وهذا المبدأ يفسح المجال للقواعد التي تتطلب أن تكون مخاطر البحث معقولة في ضوء الفوائد المتوقعة، وأن يكون تصميم

البحث خاليا من العيوب، وأن يكون الباحثون أكفاء فيما يتعلق بتنفيذ البحث وحماية مصلحة حالات البحث. كما تُحرم المنفعة إنزال الضرر المتعمد بالأفراد: وأحياناً ما يُعبر عن هذا الجانب من المنفعة كمبدأ منفصل، عدم الإيذاء أو إلحاق الضرر.

ويُقصد بالعدل الالتزام الأخلاقى بمعاملة كل شخص وفقاً لما هو صواب وصحيح من الناحية الأخلاقية، وإعطاء كل شخص ما يستحقه سواء كان ذكراً أو أنثى. وفيما يخص آداب المهنة المتعلقة بأبحاث متضمنة لحالات دراسة بشرية فإن العدل يُقصد به في المقام الأول عدالة التوزيع، والتي تتطلب التوزيع العادل لكل من أعباء ومزايا المشاركة في البحث. ويكون الاختلاف في توزيع الأعباء والمزايا مبرراً فقط في حالة ما إذا استندت إلى فوارق أخلاقية بين الأفراد. وأحد هذه الفوارق هو الحساسية المفرطة، ويُقصد بها فقدان القدرة بشكل كبير على حماية المصالح الشخصية بسبب معوقات مثل عدم توفر المقدرة على إعطاء الموافقة المستنيرة، وغياب الوسائل البديلة للحصول على الرعاية الطبية أو أية ضرورات أخرى ذات تكلفة عالية، أو كون الفرد قاصراً أو عضواً تابعاً لجماعة ذات سلطة ما. وبناء على ذلك، يتعين صياغة نص لحماية حقوق ومصلحة الأفراد شديدى الحساسية.

وبصفة عامة فإن الجهات الراعية للأبحاث أو الباحثين لا يمكن اعتبارهم مسؤولين عن الظروف المجحفة التي يتم فيها إجراء البحث، إلا أنه يجب عليهم أن يحجموا عن الممارسات التي قد تجعل الظروف المجحفة أكثر سوءاً أو تساهم في إيجاد أشكال جديدة من عدم المساواة. كما ينبغى عليهم عدم الاستفادة من فقدان القدرة النسبية للدول ذات الموارد المحدودة أو المجموعات السكانية شديدة الحساسية على حماية مصالحها الخاصة، وذلك عن طريق إجراء أبحاث منخفضة

التكاليف وتجنب الضوابط التنظيمية المعقدة للدول التصنيعية من أجل تطوير منتجات لصالح الأسواق المربحة في تلك الدول.

وبصفة عامة كذلك، يجب أن يغادر المشروع البحثي الدول أو المجتمعات ذات الموارد المحدودة في حالة أفضل مما كانت عليه من قبل أو على أقل تقدير في حالتها التي كانت عليها قبل إجراء البحث. كما يجب على المشروع أن يلبي احتياجاتهم وأولوياتهم الصحية بحيث يتم توفير أي منتج جديد لهم على نحو معقول. وكذلك يتعين على المشروع أن يترك السكان في وضع أفضل بقدر الإمكان للحصول على رعاية صحية فعالة والحفاظ على حالتهم الصحية.

ويقتضى العدل كذلك أن يتفهم البحث الظروف أو الاحتياجات الصحية للحالات شديدة الحساسية. ويجب أن يكون الأشخاص الذين وقع عليهم الاختيار أقل السكان حساسية بالقدر الذي يلزم لإنجاز أغراض البحث. ويكون التبرير أيسر ما يكون إذا كانت المخاطرة التي تتعرض لها الحالات شديدة الحساسية ناشئة عن تدخلات أو إجراءات تحول دون تحقيق أملهم في الحصول على فائدة مباشرة تتعلق بوضعهم الصحى. أما بالنسبة للمخاطرة التي لا تحول دون تحقيق هذا الأمل فيتعين تبريرها بالفائدة المتوقعة للسكان الذين ينتمي إليهم الفرد الخاضع لعملية البحث.

تمهيـــد

يشير مصطلح "بحث" إلى طبقة من النشاط مصممة لتطوير المعارف العامة أو المساهمة فيها. وتتألف المعارف العامة من نظريات، ومبادئ أو علاقات، أو تراكم المعلومات التي تعتمد عليها هذه الأشياء، والتي يمكن الربط بينها بواسطة أساليب الملاحظة والاستدلال العلمى. وفي السياق الذي نحن بصدده فإن "البحث" يشمل كلاً من الدراسات الطبية والسلوكية المرتبطة بالصحة الإنسانية. وعادة ما يقترن "البحث" بصفة "الطب الأحيائي" للدلالة على علاقته بالصحة.

ويعتمد التقدم في الرعاية الطبية ومكافحة المرض على تفهم العمليات النفسية وتلك المتعلقة بعلم الأمراض أو النتائج المرتبطة بعلم الأوبئة، ويتطلب في بعض الأحيان إجراء أبحاث تتضمن حالات دراسة بشرية. ويساهم جمع وتحليل وتفسير المعلومات التي يتم الحصول عليها من الأبحاث المتضمنة لحالات دراسة بشرية في تحسين الصحة البشرية بدرجة كبيرة.

وتشتمل الأبحاث التي تتضمن حالات دراسة بشرية:

- دراسات خاصة بالعمليات الفسيولوجية وتلك المتعلقة بالطب الأحيائي وعلم الأوبئة، أو خاصة بالاستجابة لتدخل محدد- سواء كان بدنياً أو كيمائياً أو نفسياً- في الحالات الصحيحة أو المرضية.

- تجارب محكومة للإجراءات التشخيصية أو الوقائية أو العلاجية على

مجموعات كبيرة من الأفراد، ومصممة لإظهار رد فعل عام محدد لهذه الإجراءات في مقابل خلفية الاختلاف البيولوجى للفرد؛

- دراسات مصممة لتحديد نتائج الإجراءات الوقائية أو العلاجية المعنية التي تلحق بالأفراد والجماعات؛

- دراسات تتعلق بالسلوك الإنسانى المرتبط بالصحة في وسط متنوع من الظروف والبيئات.

إن الأبحاث المتضمنة لحالات دراسة بشرية قد تستعين بالملاحظة أو التدخل البدني أو الكيمائي أو النفسي؛ وقد تنشئ كذلك سجلات أو تستفيد من السجلات المتاحة التي تحتوى على معلومات الطب الأحيائي أو غيرها عن الأفراد الذين يمكن أو لا يمكن التعرف عليهم من خلال السجلات والمعلومات. ونتعرض بالمناقشة لاستخدام مثل هذه السجلات والحفاظ على سرية البيانات التي يتم الحصول عليها من تلك السجلات في الحديث عن القواعد الإرشادية الدولية للمراجعة الأخلاقية لدراسات علم الأوبئة (مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية، ١٩٩١).

وقد يهتم البحث بالبيئة الاجتماعية ويستغل العوامل البيئية على نحو يؤثر على الذين يتعرضون لحوادث طارئة. ويتم تعريف البحث على نطاق واسع لكى يشمل الدراسات الميدانية للكائنات الحية المسببة للمرض والكيماويات السامة الخاضعة للفحص لأغراض متعلقة بالصحة.

وتتميز أبحاث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية عن الممارسة الطبية والصحة العامة والأشكال الأخرى من الرعاية الصحية، حيث يتم تصميمها للمساهمة بصورة مباشرة في صحة الأفراد والمجتمعات. وربما تصاب الحالات المتوقعة بالحيرة عندما يتم البحث

والممارسة في وقت واحد، خاصةً عندما يتم تصميم البحث للحصول على معلومات جديدة عن مدى فاعلية عقار ما أو غير ذلك من الوسائل العلاجية أو التشخيصية أو الوقائية.

وكما تنص الفقرة ٣٢ من إعلان هلسنكى، "فإنه عند علاج مريض ما وفي غياب الأساليب الواقية من المرض أو التشخيصية أو العلاجية المثبتة أو بيان عدم فعاليتها، فإنه يجب أن تتوفر للطبيب الحرية، على أثر موافقة معلنة من المريض، في استخدام التدابير الواقية من المرض أو التشخيصية أو العلاجية غير المثبتة أو الجديدة، إذا رأي الطبيب أنها تمثل أملاً في إنقاذ الحياة أو تستعيد الصحة من جديد أو تُخفف من المعاناة. ويتعين أن تكون هذه التدابير هي هدف البحث، ما أمكن ذلك، والذي يتم تصميمه لتقييم مدى سلامتها وفاعليتها. وفي جميع الحالات، ينبغي أن يتم تسجيل المعلومات الجديدة ونشرها إذا كان ذلك ملائماً. كما يجب مراعاة القواعد الإرشادية الأخرى ذات الصلة من الإعلان."

إن المختصين الذين تعتمد مهمتهم على مزيج من الفحص والعلاج عليهم التزام خاص نحو حماية حقوق ومصالح الحالات من المرضى. والباحث الذي يوافق على أن يلعب دور الطبيب الباحث يتحمل بعض أو كل المسؤوليات الأخلاقية والقانونية التي يتحملها طبيب الرعاية الأولية الخاص بالمريض. وفي هذا الوضع، إذا انسحبت الحالة من البحث بسبب تعقيدات متعلقة بالبحث أو على سبيل ممارسة حق الانسحاب دون فقدان للفوائد، فإن الطبيب يلتزم بمواصلة تقديم الرعاية الطبية، أو الإشراف على تلقي المريض للرعاية اللازمة في نظام الرعاية الصحية، أو تقديم مساعدته في العثور على طبيب آخر.

إن الأبحاث المتضمنة لحالات دراسة بشرية يجب أن تُجرى فقط بمعرفة أو تحت الإشراف الصارم لباحثين مؤهلين وذوي خبرة على نحو

مناسب ووفقاً لبروتوكول ينص صراحة على: الهدف من البحث؛ أسباب اقتراح أن يتضمن البحث حالات بشرية؛ طبيعة ودرجة المخاطر المعروفة بالنسبة للحالات، المصادر المقترحة لاختيار الحالات؛ والوسائل المقترحة لضمان أن تكون موافقة الحالات معلنة واختيارية على نحو كاف. ويتعين تقييم البروتوكول من الناحية العلمية وتلك المتعلقة بآداب المهنة بواسطة هيئة مراجعة أو أكثر مُشكلة على نحو ملائم ومستقلة عن الباحثين.

ويجب اختبار اللقاحات والعقاقير الطبية الجديدة قبل الموافقة على استخدامها على نحو عام، على الحالات البشرية من خلال التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة؛ ومثل هذه التجارب تُشكل جزءاً كبيراً في جميع الأبحاث المتضمنة لحالات دراسة بشرية.

المبادئ العامة لآداب المهنة من منظور إسلامي

مقدمة : -

١ - إن الإسلام لايمانع - بل يحث على أعمال الأبحاث الطبية، ويشجع الأفراد على الاشتراك والتطوع فيها، لأن لها نفعاً عاما، وتتصل بفريضة من فرائض الكفاية، وهي التقدم الطبي.

٢ - إن القواعد الإرشادية المعدة من قبل (CIOMS) بالتعاون مع (WHO) تتوافق إجمالا مع الأصول التي تقتضيها الفطرة البشرية السوية، وهي تمثل مظاهر الحكمة التي يعتبر الالتزام بها من مقتضيات الشريعة الإسلامية.

٣ - لقد قامت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بمراجعة القواعد الإرشادية في ضوء أحكام ومبادئ الشريعة الإسلامية، من قبل الخبراء في الفقه الإسلامي والعلوم الطبية والإنسانية والقانونية لبيان الرأي الشرعي في كل قاعدة من تلك القواعد مع الأدلة والمستندات المعتمدة في الفقه وأصول الفقه وتبين أنها جديرة بالقبول من طرف الحكومات والمؤسسات الطبية والمجتمعات الإسلامية.

٤ - إن هذه القواعد الإرشادية بنيت على المبادئ الرئيسية الآتية : -

- احترام الأشخاص (تكريم الإنسان).

- المنفعة (جلب المصلحة ودرء المفسدة).
- العدل (بما في ذلك التوزيع العادل في تحمل الأعباء والاستفادة من المزايا).

ويجدر أن يضاف إلى هذه المبادئ:

- الإحسان (بمعنى البذل للزيادة عن الواجب المحقق للعدل).

الـرأي الإسـلامـي
بشأن المبادئ العامة لآداب المهنـة

(المبدأ الأول) هو أن احترام الأشخاص على النحو المذكور أصل ثابت مقرر في الشريعة الإسلامية، إذ هو أحد مظاهر كرامته المنصوص عليها في قوله تعالى ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِيٓ ءَادَمَ﴾ [الآية ٧٠ من الإسراء].

أ - فأما الشخص الكامل الأهلية [القادر على الاستقلال بتقرير مصيره] فيلزم احترام استقلاليته، وتمكينه من الاختيار الشخصي، واتخاذ القرار المناسب له برضاه التام، وإرادته الحرة، دون شائبة إكراه أو خديعة أو استغلال.
وقد أكدت القواعد الفقهية العامة هذا المبدأ، حيث جاء في نصوصها ما يلي "حق الآدمي لا يجوز لغيره التصرف فيه بغير إذنه"[(١)] وحق الإنسان لا يجوز إبطاله عليه من غير رضاه"[(٢)] حقوق الآدميين لايسقطها الإسلام.

ب - وأما الشخص فاقد الأهلية أو ناقصها [الذي يشوب استقلاليته ضعف أو نقص][(٣)] فقد راعت الشريعة الإسلامية حاجته إلى الحماية من الغير الذي قد يستغل جوانب ضعفه، ومن سوء تصرفه في حق نفسه أيضا، لعدم تمكنه من إدارة شؤونه وتقدير

(١) المغني لابن قدامة ٤/ ٥٥٢.
(٢) بدائع الصنائع للكاساني ٥/ ٢٥١.
(٣) شرح الروضة للطوفي ٢/ ٢٠٨.

مصالحه على وجه الصواب، فمنعته من الاستقلال في التصرف، ولم تجعله مسؤولا عن أقواله التي يمكن أن تستغل من قبل الغير - وعلى ذلك جاء في القواعد الفقهية العامة "من لايصح تصرفه لاقول له"[١] - وأقامت له ولياً أو وصياً يلي تدبير أموره ورعاية شؤونه على النحو الذي يحقق مصلحته، ويوفر الحفاظ عليها، ويحميه من سوء استغلال الغير له.

(المبدأ الثاني) وهو تحقيق المنفعة بالمعنى المبين [وهو الالتزام الأخلاقي بتعظيم الفائدة، ونفي الإيذاء أو إلحاق الضرر المتعمد بالغير، وتقليل الضرر الذي لابد منه إلى أدنى حد ممكن] فهذا أصل مقرر في التشريع الإسلامي، وهو مندرج تحت مقصدها العام وهدفها الكلي، وهو "جلب المصالح ودرء المفاسد عن العباد" وفي ذلك يقول القرافي: "أن الله تعالى إنما بعث الرسل عليهم السلام لتحصيل مصالح العباد عملا بالاستقراء، فمهما وجدنا مصلحة غلب على الظن أنها مطلوبة للشرع"[٢].

والمراد بالمصلحة - كما قال القاضي ابن العربي - : "كل معنى قام به قانون الشريعة، وحصلت به المنفعة العامة في الخليقة[٣].

وقد أكدت القواعد الفقهية هذا المفهوم حيث جاء فيها ما يلي: "كل تصرف جر فسادا أو دفع صلاحاً فهو منهي عنه"[٤] ولأن المفسدة يجب نفيها عقلا وشرعا مطلقا في جميع الأزمان من جميع الاشخاص والأعيان"[٥] وهذا الحكم في شأن المفاسد المحضة.

(١) المبدع لبرهان الدين ابن مفلح ١٠/١٤٦.
(٢) شرح تنقيح الفصول للقرافي ص ٤٤٦.
(٣) القبس شرح الموطأ لابن العربي ٢/٧٧٩.
(٤) القواعد الكبري للعز بن عبد السلام ٢/١٥٨.
(٥) شرح الروضة للطوفي ٣/٣٧٩.

أما في الحالات التي لاتتمحص فيها المصلحة أو المفسدة، فإنه يلجأ إلى دفع أعظم الضررين وأشد المفسدين بارتكاب الأخف والأدنى. وعلى ذلك نصت القواعد الفقهية الآتية: "دفع أعظم الضررين بأخفهما متعين"(١)، "وإذا تقابل مكروهان أو محظوران أو ضرران، ولم يمكن الخروج عنهما وجب ارتكاب أخفهما"(٢)، ويجب دفع أعظم الفسادين باحتمال أدناهما"(٣)، "وإذا تعارضت مفسدتان روعي أعظمهما ضررا بارتكاب أخفهما"(٤) "وإذا تعارضت المفسدة المرجوحة والمصلحة الراجحة اغتفرت المفسدة في جنب المصلحة"(٥).

وقد أوضح ابن تيمية أساس ذلك بقوله: " لايجوز دفع الفساد القليل بالفساد الكثير ولادفع أخف الضررين بتحصيل أعظم الضررين، فإن الشريعة جاءت بتحصيل المصالح وتكميلها، وتعطيل المفاسد وتقليلها بحسب الإمكان، ومطلوبها ترجيح خير الخيرين إذا لم يمكن أن يجتمعا جميعا، ودفع شر الشرين إذا لم يندفعا جميعا"(٦).

(المبدأ الثالث) وهو تحقيق العدل بالمعنى الموضح [وهو الالتزام الأخلاقي بمعاملة كل شخص وفقا لما هو صواب وصحيح من الناحية الأخلاقية، وإعطاء كل شخص ما يستحقه، سواء كان ذكرا أو أنثى] أصل مقرر في التشريع الإسلامي، وهو أحد الصور التطبيقية لمبدأ إقامة العدل والإنصاف الذي أرسى الإسلام قواعده، وجعله محور الصلاح

(١) تهذيب الأسماء واللغات للنووي ٢/ ١٣٠.
(٢) إيضاح المسالك للونشريسي ص ٢٣٤، القواعد للمقري ٢/ ٤٥٦.
(٣) مجموع فتاوي ابن تيمية ٢٩/ ٤٨٥، المأمول للسعدي ص ٣١.
(٤) المجلة العدلية م / ٢٨، والأشباه والنظائر للسيوطي ص ١٧٨، ولابن بخيم ص ٩٨.
(٥) الذخيرة للقرافي ١٠/ ١٩٠.
(٦) المسائل المارديئية لابن تيمية ص ٦٣.

والنجاح في الحياة، بل إن الأنبياء والرسل والكتب السماوية كلها جاءت من أجل إقامته بين الناس كما قال تعالى ﴿لَقَدْ أَرْسَلْنَا رُسُلَنَا بِٱلْبَيِّنَٰتِ وَأَنزَلْنَا مَعَهُمُ ٱلْكِتَٰبَ وَٱلْمِيزَانَ لِيَقُومَ ٱلنَّاسُ بِٱلْقِسْطِ﴾ [الآية ٢٥ من الحديد] أي العدل والإنصاف.

قال ابن القيم: "قد بين سبحانه - بما شرعه في الطرق - أن مقصوده إقامة العدل بين عباده، وقيام الناس بالقسط فأي طريق استخرج بها العدل والقسط فهي من الدين وليست مخالفة له"(١).

وجاء في القواعد الكبرى للعز بن عبد السلام: " وأجمع آية في القرآن للحث على المصالح كلها وللزجر عن المفاسد بأسرها قوله تعالى ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأْمُرُ بِٱلْعَدْلِ وَٱلْإِحْسَٰنِ﴾ [الآية ٩٠ من النحل] فإن الألف واللام في العدل والإحسان للعموم والاستغراق، فلايبقى من دق العدل وجله شيء إلا اندرج في أمره بالعدل، ولايبقى من دق الإحسان وجله شيء إلا اندرج في أمره بالإحسان. والعدل هو التسوية والإنصاف. والإحسان: إما جلب مصلحة أو درء مفسده"(٢).

(١) الطرق الحكمية لابن القيم ص ١٣.
(٢) القواعد الكبري. . ٢/ ٣١٥.

القواعد الإرشادية الدولية لآداب المهنة في مجال بحوث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية (CIOMS) والرأي الإسلامي حول كل منها

القاعدة الإرشادية (١)
التبرير الأخلاقي، والصلاحية العلمية لأبحاث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية

يتمثل التبرير الأخلاقي لأبحاث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية في الأمل باكتشاف وسائل جديدة تعود بالفائدة على صحة البشر. ومثل هذه الأبحاث يمكن تبريرها من منظور آداب المهنة فقط إذا تم تنفيذها بطرق تحترم وتصون حالات تلك الأبحاث وتوفر العدل لها، وتكون مقبولة من الناحية الأخلاقية داخل المجتمعات التي تُجرى فيها هذه الأبحاث. إضافة إلى ذلك، ونظراً لأن الأبحاث غير السليمة من الناحية العلمية تعتبر غير ملتزمة بآداب المهنة من حيث تعريضها لحالات البحث لمخاطر دون الفوائد المحتملة، فإنه يجب على الباحثين والكفلاء أن يضمنوا أن الدراسات المتضمنة لحالات دراسة بشرية تتوافق مع المبادئ العلمية المقبولة بصفة عامة وتستند إلى معرفة كافية من المؤلفات العلمية ذات الصلة الوثيقة بالموضوع.

تعليق على القاعدة ١

من بين الجوانب الأساسية للأبحاث ذات التبرير الأخلاقى والمتضمنة لحالات دراسة بشرية، بما في ذلك الأبحاث التي تشتمل على أنسجة أو بيانات بشرية يمكن التعرف عليها، أن يوفر البحث وسائل لتطوير المعلومات التي يتعذر الحصول عليها من طريق آخر، وأن يكون تصميم البحث سليماً من الناحية العلمية، وأن يتميز الباحثون وغيرهم من طاقم البحث بالكفاءة. ويتعين أن تكون الأساليب المقرر استخدامها ملائمة لأهداف البحث وحقل الدراسة. كما يجب على الباحثين والكفلاء ضمان أن يكون جميع المشاركين في تنفيذ البحث مؤهلين من حيث التعليم والخبرة للقيام بأدوارهم بكفاءة. وينبغى أن يتم التعبير عن هذه الاعتبارات في بروتوكول البحث المقدم للجان المراجعة الأخلاقية والعلمية بغرض الدراسة ومنح الموافقة (ملحق ١).

ويتم تناول المراجعة العلمية بشكل أكبر في التعليقات على القاعدتين ٢ و ٣: لجان مراجعة آداب المهنة، ومراجعة آداب المهنة فيما يتعلق بالأبحاث التي ترعاها جهات خارجية. أما النواحى الأخلاقية الأخرى فيتم مناقشتها في القواعد الإرشادية المتبقية وتعليقاتها. وينبغى أن يشتمل البروتوكول المصمم لكى يتم تسليمه للجان الأخلاقية والعلمية بغرض الدراسة ومنح الموافقة، على البنود المحددة في ملحق ١ متى كانت ذات صلة بالموضوع، كما يجب اتباع البروتوكول بعناية أثناء إجراء البحث.

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الارشادية (١) التبرير الأخلاقي والصلاحية العلمية لأبحاث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية

يتوقف التسويغ والتبرير لهذه الأبحاث في النظر الفقهي على مراعاة الأمور الآتية: -

١ - أن يكون القصد والهدف من إجرائها جلب مصلحة محضة، تعود بالنفع على صحة البشر، أو درء مفسدة محضة تعود بالضرر عليها، أو تقديم المصلحة الراجحة على المفسدة المرجوحة إذا لم يكن هناك بد من الوقوع - أو تحصيل - إحداهما، حيث "أجمعت الأمة على أن المفسدة المرجوحة مغتفرة مع المصلحة الراجحة"[(١)] وقال ابن تيمية: "الشريعة مبناها على تحصيل المصالح وتكميلها، وتعطيل المفاسد وتقليلها ومطلوبها ترجيح خير الخيرين بتفويت أدناهما، ودفع شر الشرين وإن حصل أدناهما".[(٢)]

٢ - ان تكون المصلحة [المحضة أو الراجحة] حقيقية وذلك بأن لا تخالف نصا تشريعيا من نصوص الكتاب أو السنة، ولاتناقض شيئا من المبادىء أو الأحكام الفقهية القطعية الثابتة.

٣ - أن تكون الوسيلة إلى الهدف [البحث] سائغة شرعا إذ الغاية لاتبرر الوسيلة، ولابد من كون كل من الغاية والوسيلة مأذوناً بهما شرعا.

٤ - أن يكون تصميم البحث سليما من الناحية العلمية، بحيث يغلب

(١) كما قال القرافي فى الذخيره ١٣/ ٣٢٢.

(٢) مجموع فتاوي ابن تيمية ٣٠/ ١٩٣، مختصر الفتاوي المصرية لابن تيمية ص ٣٨٣.

على الظن إفضاؤه [أو تحقيقه] للغرض الصحيح المرجو منه، وإلا كان عبثا يكرم الإنسان ويصان عن أن يكون حقلا لتجاربه، حيث قال سبحانه ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِيٓ ءَادَمَ﴾ [الآية ٧٠ من الإسراء] وقد جاء في القواعد الفقهية: "كل تصرف تقاعد عن تحصيل مقصوده فهو باطل"(١).

٥ - أن يتوفر في فريق البحث الأهلية والكفاءة اللازمة لإجرائه بنجاح، وذلك لتوقف حصول المطلوب على تحقيق هذا الأمر، إذ القاعدة الشرعية أن "ما لايتم الواجب إلا به فهو واجب "(٢).

ولأن القاعدة الشرعية: أن المقدم في كل موطن من هو أقوم بمصالح ذلك الموطن.

(١) القواعد الكبرى للعز بن عبد السلام ٢/ ٢٤٩.
(٢) القواعد الكبرى للعز بن عبد السلام ٢/ ٣٣٧.

القاعدة الإرشادية ٢
لجان مراجعة آداب المهنة

يجب أن تُسلم جميع المقترحات الخاصة بإجراء أبحاث متضمنة لحالات دراسة بشرية إلى لجنة أو أكثر من اللجان العلمية ولجان مراجعة آداب المهنة بهدف معاينة المزايا العلمية لهذه المقترحات ومدى تقبلها من الناحية الأخلاقية. ويجب أن تكون لجان المراجعة مستقلة عن فريق البحث، ويتعين ألا تكون الفوائد المالية المباشرة أو غيرها من الفوائد المادية الأخرى التي قد تحصل عليها هذه اللجان من خلال الأبحاث متوقفة على نتيجة المراجعة التي تقوم بها. كما يجب على الباحث أن يحصل على موافقة أو تصريح من تلك اللجان قبل الشروع في البحث. وينبغى أن تقوم لجنة مراجعة آداب المهنة بإجراء مزيد من الدراسة عند الضرورة أثناء عملية البحث، بما في ذلك قياس درجة تقدم البحث.

تعليق على القاعدة ٢

قد تعمل لجان مراجعة آداب المهنة على المستويات المؤسسية أو المحلية أو الإقليمية أو القومية، وفي بعض الحالات على المستوى الدولى. ويتعين على السلطات التنظيمية أو غيرها من السلطات الحكومية المعنية أن تضع مقاييس متماثلة للجان داخل الدولة، وبموجب جميع أنظمة العمل، يتعين على الجهات الراعية للبحث والمؤسسات التي يعمل بها الباحثون، أن تخصص موارد كافية لعملية المراجعة. وقد تتلقى لجان مراجعة آداب المهنة أموالاً نظير مراجعة البروتوكولات، ولكن لايجوز تحت أي ظرف من الظروف أن تُقدم أو

تُقبل أية مبالغ للحصول على موافقة أو تصريح للبروتوكول من لجنة المراجعة.

المراجعة العلمية:

طبقاً لإعلان هلسنكى (الفقرة ١١)، يجب أن تتوافق البحوث الطبية المتضمنة لبشر مع المبادئ العلمية المقبولة بوجه عام، وتستند إلى معرفة دقيقة للمؤلفات العلمية وغير ذلك من مصادر المعلومات ذات الصلة، والاختبارات الكافية، والتجارب التي تُجرى على الحيوانات إذا لزم الأمر. ويجب أن تنظر المراجعة العلمية، من بين أشياء أخرى، في تصميم الدراسة، بما في ذلك النصوص المتعلقة بتجنب أو تقليل المخاطرة إلى الحد الأدنى أو مراقبة قواعد السلامة. كما يجب أن يكون لدى اللجان المختصة لمراجعة والموافقة على الجوانب العلمية لمقترحات الأبحاث لتخصصات متعددة.

المراجعة الأخلاقية:

تعتبر لجنة مراجعة آداب المهنة مسؤولة عن حماية حقوق وسلامة ومصلحة حالات البحث. ولا يمكن فصل المراجعة العلمية عن المراجعة الأخلاقية: فالبحوث غير السليمة من الناحية العلمية والمتضمنة لبشر كحالات للدراسة تعتبر بطبيعة الحال غير أخلاقية من حيث إنها قد تعرضهم لمخاطرة أو مضايقات دون هدف محدد؛ حتى ولو لم يكن هناك مجازفة تؤدى إلى الإصابة، فإن إضاعة وقت الحالات والباحثين في أنشطة غير إنتاجية تمثل خسارة لمورد ذى قيمة. لذا فمن المعتاد أن تقوم لجنة مراجعة آداب المهنة بدراسة كل من الجوانب العلمية والأخلاقية في البحث المقترح. ويجب عليها أن تقوم بمراجعة علمية صحيحة أو ترتب لها، أو تتحقق من أن هيئة مختصة

ذات خبرة قد رأت بأن البحث سليم من الناحية العلمية. وكذلك تقوم اللجنة بدراسة نصوص مراقبة البيانات وقواعد السلامة.

وإذا وجدت لجنة مراجعة آداب المهنة أن مقترح البحث سليم من الناحية العلمية، أو تحققت بأن هيئة مختصة ذات خبرة رأت ذلك، يتعين عليها أن تدرس فيما إذا كانت المخاطر المحتملة المعروفة أو غير المعروفة التي تهدد الحالات تبررها الفوائد المتوقعة المباشرة وغير المباشرة، وفيما إذا كانت الأساليب المقترحة للبحث سوف تقلل الضرر إلى الحد الأدنى وتعظم الفائدة (انظر القاعدة الإرشادية ٨: فوائد ومخاطر المشاركة في الدراسة) وإذا تبين سلامة المقترح ومعقولية التوازن بين المخاطر والفوائد المنتظرة، يتعين على اللجنة حينئذ أن تحدد ما إذا كانت الإجراءات المقترحة للحصول على الموافقة المستنيرة مرضية وتلك المقترحة لاختيار الحالات منصفة.

المراجعة الأخلاقية للاستخدام الرحيم الطارئ للعلاج القائم على استقصاء الأسباب.

في بعض الأقطار، تشترط سلطات تنظيم تناول العقاقير أن تتم مراجعة ما يسمى بالاستخدام الرحيم أو الإنسانى للمعالجة القائمة على استقصاء الأسباب بواسطة إحدى لجان مراجعة آداب المهنة كما لو كان بحثاً. وعلى غير القاعدة، قد يشرع الطبيب في الاستخدام الرحيم للعلاج القائم على استقصاء الأسباب قبل الحصول على موافقة أو تصريح من لجنة مراجعة آداب المهنة، شريطة الوفاء بثلاثة معايير: حاجة المريض للعلاج الطارئ،ووجود دليل على الفاعلية المحتملة للعلاج القائم على استقصاء الأسباب، وعدم توافر علاج آخر متاح له نفس الدرجة من الفاعلية أو الأفضلية. ويتعين الحصول على الموافقة المستنيرة طبقاً للمتطلبات القانونية والمعايير الثقافية للمجتمع الذي يتم

فيه إجراء التدخل. وفي غضون أسبوع واحد، يجب أن يرفع الطبيب تقريراً بتفاصيل الحالة والإجراء الذي تم اتخاذه إلى لجنة مراجعة آداب المهنة، كما يجب أن يؤكد خبير مستقل في الرعاية الصحية كتابةً للجنة مراجعة آداب المهنة ما ذهب إليه الطبيب المعالج من أن استخدام التدخل القائم على استقصاء الأسباب كان مبرراً طبقاً للمعايير الثلاثة المحددة. (انظر أيضاً إلى قسم التعليقات على القاعدة الإرشادية ١٣: المجموعات الأخرى شديدة الحساسية).

المراجعة القومية (المركزية) أو المحلية:

قد تُنشأ لجان مراجعة آداب المهنة تحت رعاية إدارات صحة وطنية أو محلية، أو مجالس بحوث طبية قومية (أو مركزية)، أو غيرها من الهيئات ذات التمثيل الوطنى. وفي الإدارة التي تعتمد على المركزية بشكل كبير، قد يتم تشكيل لجنة قومية أو مركزية لمراجعة آداب المهنة وذلك بغرض المراجعة العلمية والأخلاقية لبروتوكولات البحث. وفي الأقطار التي لا يتم فيها إدارة البحث الطبى على نحو مركزى، تكون ممارسة المراجعة الأخلاقية أكثر فاعلية وملاءمة على المستوى المحلى أو الإقليمى. وقد تقتصر سلطة اللجنة المحلية لمراجعة آداب المهنة على مؤسسة واحدة وقد تمتد إلى جميع المؤسسات التي تُجرى فيها أبحاث الطب الأحيائي في نطاق منطقة جغرافية محددة. وفيما يلى المسؤوليات الأساسية للجان مراجعة آداب المهنة:

- البت في أن جميع التدخلات المقترحة، خاصةً إعطاء العقاقير واللقاحات أو استخدام الخدمات أو الإجراءات الطبية الخاضعة للتطوير، آمنة بدرجة مقبولة لتطبيقها على البشر أو التحقق من أن هيئة أخرى مختصة ذات خبرة قامت بذلك؛

- تحديد سلامة البحث المقترح من الناحية العلمية أو التحقق من أن هيئة أخرى مختصة ذات خبرة قامت بذلك؛
- التأكد من أن كافة المشاكل الأخلاقية الأخرى الناشئة عن البروتوكول قد تم حلها من حيث المبدأ وبصورة تطبيقية؛
- دراسة مؤهلات الباحثين، بما في ذلك خلفيتهم عن مبادئ الممارسة البحثية، وظروف موقع البحث بقصد ضمان الأداء الآمن للتجربة؛
- الاحتفاظ بسجلات للقرارات واتخاذ التدابير لمتابعة تنفيذ المشروعات البحثية القائمة.

عضوية اللجان:

يتعين أن تتألف اللجان القومية أو المحلية لمراجعة آداب المهنة على النحو الذي تكون فيه قادرة على تقديم مراجعة كاملة وكافية للمقترحات البحثية المحالة إليها. ويفترض بصفة عامة أن تضم العضوية أطباء وعلماء ومهنيين آخرين مثل الممرضين والمحامين ومختصين في آداب المهنة ورجال دين وكذلك أشخاصاً عاديين مؤهلين للتعبير عن القيم الثقافية والأخلاقية للمجتمع والتأكد من أن حقوق حالات البحث سوف يتم احترامها. والعضوية يجب أن تشمل الرجال والنساء. وعندما يُشكل الأفراد غير المتعلمين أو الأميون محور الدراسة يتعين كذلك النظر في انضمامهم للعضوية أو دعوتهم للتمثيل في هذه اللجان والتعبير عن آرائهم.

وينبغى أن يتم استبدال عدد من الأعضاء بصفة دورية بهدف المزج بين خبرة الأعضاء القدامى مع رؤية الأعضاء الجدد.

واللجنة القومية أو المحلية لمراجعة آداب المهنة المسؤولة عن المراجعة والموافقة على مقترحات الأبحاث التي ترعاها جهات خارجية

ينبغى أن تضم في عضويتها أفراداً أو مستشارين على دراية دقيقة بعادات وتقاليد السكان أو المجتمع موضوع البحث وذوى حس تجاه مسائل الكرامة الإنسانية.

ويتعين على اللجان التي عادةً ما تقوم بمراجعة المقترحات الموجهة نحو أمراض أو مظاهر ضعف معينة مثل نقص المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز) أو الشلل النصفي، أن تقوم بدعوة الأفراد أو الهيئات التي تمثل المرضى المصابين بهذه الأمراض أو مظاهر الضعف، لإرسال آرائهم أو التحدث عنها. وهكذا الحال بالنسبة للأبحاث المتضمنة لحالات دراسة مثل الأطفال أو الطلاب أو كبار السن أو الموظفين، فيتعين على اللجان أن تدعو مندوبيهم أو مؤيديهم لتقديم آرائهم أو التحدث عنها.

وللمحافظة على استقلالية لجنة المراجعة عن الباحثين والكفلاء ولتجنب تضارب المصالح، ينبغى ألا يشارك أي عضو له مصلحة خاصة أو معينة، مباشرة أو غير مباشرة، فيما يتعلق بمقترح ما، في عملية التقييم مخافة إفساد تلك المصلحة لحكمه الموضوعى. ويجب أن يُلزَم أعضاء لجان مراجعة آداب المهنة بنفس. معايير الإفصاح عن المعلومات التي يخضع لها طاقم البحث العلمى والطبى فيما يخص المصالح المالية وغيرها مما قد يتم تفسيرها على أنها صراعات مصالح. وإحدى الطرق العملية لتحاشي تضارب تعارض هذا يتمثل في إصرار اللجنة على إعلان أي تضارب تعارض محتمل من قبل أي من أعضائها. ويتعين على العضو الذي يقوم بهذا الإعلان أن ينسحب إذا وضح جلياً أن ذلك هو الإجراء الملائم الذي يجب اتخاذه، سواء بمحض اختيار العضو أو بناء، على طلب الأعضاء الآخرين. وقبل الانسحاب، ينبغى أن يُسمح للعضو بالإدلاء بتعليقاته على البروتوكول أو الرد على أسئلة الأعضاء.

الأبحاث متعددة المراكز:

بعض المشروعات البحثية تُصمم لكى يتم تنفيذها في عدد من المراكز في المجتمعات والأقطار المختلفة. وبصفة عامة، لضمان سلامة النتائج، يجب أن تُجرى الدراسة على نحو مطابق في كل مركز. ومثل هذه الدراسات تشتمل على تجارب تقوم على الملاحظة المباشرة، وأبحاث مُصممة لتقييم برامج الخدمة الصحية، والأنواع المختلفة من أبحاث علم الأوبئة. ولغرض هذه الدراسات، فإن اللجان الأخلاقية المحلية واللجان العلمية غير مخولة أن تُغير في جرعات العقاقير، أو معايير التضمين أو الإقصاء، أو تُحدث أية تعديلات أخرى مشابهة. ويتعين أن تُعطى لها السلطة الكاملة للحيلولة دون أية دراسة تعتقد أنها غير أخلاقية. إضافة إلى ذلك، ينبغى أن يتم توثيق التغييرات التي ترى اللجان المحلية لمراجعة المهنة أنها لازمة لحماية حالات البحث، وإحالتها للمؤسسة البحثية أو الجهة الراعية المسؤولة عن برنامج البحث في مجمله بهدف الدراسة واتخاذ الإجراء المناسب، وذلك لضمان أن جميع الحالات الأخرى يمكن حمايتها وأن عملية البحث سوف تكون صحيحة عبر المواقع المختلفة.

لضمان سلامة الأبحاث ذات المراكز المتعددة، يتعين تطبيق أي تغيير يطرأ على البروتوكول في كل مركز أو مؤسسة مشاركة، وفي حالة الفشل في ذلك، يجب الاستعانة بإجراءات صريحة ذات قابلية للمقارنة فيما بين المراكز؛ فالتغيرات التي تُجرى في بعض المراكز وليس جميعها سوف تذهب بالهدف من وراء الأبحاث ذات المراكز المتعددة. وبالنسبة لبعض دراسات المراكز المتعددة، قد يتم تسهيل المراجعة العلمية والأخلاقية بواسطة اتفاقية بين المراكز تقضى بقبول النتائج التي تتوصل إليها لجنة واحدة للمراجعة؛ ويتعين أن يكون من بين أعضائها مندوب من لجنة مراجعة آداب المهنة في كل مركز من المراكز المقرر

إجراء عملية البحث فيه، وكذلك أفراد لديهم الكفاءة للقيام بالمراجعة العلمية. وفي ظروف أخرى، قد تُستكمل المراجعة المركزية بأخرى محلية مرتبطة بالباحثين والمؤسسات المحلية المشاركة. وبإمكان اللجنة المركزية مراجعة الدراسة من وجهتى النظر العلمية والأخلاقية، وباستطاعة اللجان المحلية أن تتحقق من الجدوى العملية للدراسة في مجتمعاتها، بما في ذلك البنية التحتية، وحالة التدريب، والاعتبارات الأخلاقية ذات الدلالة المحلية.

وفي التجارب الكبيرة للمراكز المتعددة، لا يكون لدى الأفراد من الباحثين سلطة التصرف بشكل مستقل، فيما يتعلق بتحليل البيانات أو إعداد ونشر المطبوعات على سبيل المثال. وعادة ما يكون لمثل هذه التجارب مجموعة من اللجان تعمل تحت إشراف لجنة توجيه وتكون مسؤولة عن القيام بمثل هذه الوظائف واتخاذ القرارات. ويتمثل دور لجنة مراجعة آداب المهنة في مثل هذه الحالات في مراجعة الخطط ذات الصلة بهدف تجنب أشكال الإيذاء.

العقوبات:

بصفة عامة، لا تتوفر للجان مراجعة آداب المهنة سلطة فرض عقوبات على الباحثين إذا ما انتهكوا المعايير الأخلاقية أثناء القيام بالأبحاث المتضمنة لبشر. ومع ذلك، قد تسحب هذه اللجان الموافقة الأخلاقية على مشروع بحثى إذا اقتضت الضرورة. ويتعين على اللجان أن تراقب تنفيذ البروتوكول الذي تمت الموافقة عليه وخطوات تقدمه، وترفع إلى السلطات المؤسسية أو الحكومية أية صورة خطيرة أو دائمة من عدم التوافق مع المعايير الأخلاقية كما هي موضحة في البروتوكولات التي صدقت عليها أو خلال القيام بالدراسات. وينبغى أن

يتم اعتبار الفشل في تقديم بروتوكول للجنة انتهاكاً صريحاً وخطيراً لمعايير آداب المهنة.

ويتعين توظيف العقوبات المفروضة بواسطة السلطات الحكومية أو المؤسسية أو المهنية أو غيرها والتي تملك سلطة تأديبية، باعتبارها ملاذاً أخيراً. إذ إن الأساليب المفضلة للرقابة تشمل إيجاد مناخ من الثقة المتبادلة، وتوفير الثقافة والدعم اللازمين لتنمية قدرة الباحثين والكفلاء على القيام بالأبحاث حسبما تقضى آداب المهنة.

وإذا ما أصبحت العقوبات ضرورية، فإنه يتعين توجيهها نحو الباحثين والكفلاء المخالفين. وقد تشمل العقوبات توقيع غرامات أو تعليق الأهلية لتلقى دعم مادي للبحث، أو لاستخدام أساليب التدخل القائمة على الاستقصاء، أو ممارسة الطب. وما لم يكن هناك أسباب مقنعة لفعل عكس ذلك، فإنه يتعين على المحررين أن يرفضوا نشر نتائج الأبحاث التي تُجرى على نحو غير متوافق مع آداب المهنة، وسحب أية مقالات يثبت فيما بعد احتواؤها على بيانات خاطئة أو مزيفة أو استنادها على أبحاث غير مراعية لآداب المهنة. وعلى السلطات المنظمة لتناول العقاقير النظر في رفض البيانات التي يتم الحصول عليها بشكل غير أخلاقى و التي تُقدم من أجل تدعيم طلب إجازة تسويق دواء معين. ومع ذلك، فقد تحرم مثل هذه العقوبات الباحث أو الكفيل المخطئ من الفوائد وتتعداه كذلك لتلك الشريحة من المجتمع المنتظر أن تستفيد من عملية البحث؛ ومثل هذه العواقب المحتملة تستحق الدراسة المتأنية.

صراعات المصالح المحتملة والمرتبطة بدعم المشاريع:

تتلقى دراسات الطب الأحيائي دعماً مالياً على نحو متزايد من الشركات التجارية. ومثل هذه الجهات الراعية لديها الأسباب الوجيهة

لدعم أساليب البحث المقبولة من الجانبين الأخلاقي والعلمي، إلا أن هناك أشكالاً من الانحياز قد ظهرت فيما يتعلق بشروط التمويل. فقد يحدث ألا يتوافر لدى الباحثين معلومات،أو يكون لديهم قدر ضئيل، عن تصميم التجارب، أو تكون لديهم قدرة محدودة على الوصول إلى البيانات الأولية، أو يتمتعون بخبرة محدودة في تفسير البيانات، أو لاتُنشر نتائج تجربة ما قائمة على الملاحظة المباشرة إذا كانت في غير صالح منتج الجهة الراعية. وقد يكون خطر الانحياز مرتبطاً كذلك بمصادر دعم أخرى مثل الحكومات أو المؤسسات. وبما أن الأشخاص مسؤولون مباشرةً عن عملهم، فينبغى على الباحثين ألا يبرموا اتفاقيات من شأنها أن تتدخل بشكل غير مناسب في وصولهم إلى البيانات أو قدرتهم على تحليل البيانات بصورة مستقلة، أو إعداد المطبوعات، أو نشرها. ويجب على الباحثين أيضاً أن يفصحوا عن صراعات المصالح المحتملة أو الظاهرة من جانبهم إلى إحدى لجان مراجعة آداب المهنة أو إلى لجان مؤسسية أخرى مُشكلة لتقييم وإدارة مثل هذه الصراعات. ولذلك يتعين على لجان مراجعة آداب المهنة ضمان التعامل مع مثل هذه الشروط. ارجع كذلك إلى (الأبحاث ذات المراكز المتعددة أعلاه).

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (٢) لجان مراجعة آداب المهنة

يجب في النظر الفقهي قبل البدء بإجراء أبحاث متضمنة لحالات دراسة بشرية التأكد من توفر الشروط والضوابط المبينة في التعليق على القاعدة" (١) من قبل لجنة أو أكثر من لجان المراجعة العلمية المختصة [المستقلة عن فريق البحث و كفلائه الممولين] والفقهية الإسلامية التي تعتمد في إصدار رأيها الشرعي على المعطيات التي تقدمها لها لجان المراجعة العلمية المختصة، وأن لا يكون تحديد مقدار الفوائد المالية وغير المالية التي يحصلون عليها متغيرا بحسب نتيجة المراجعة التي تقوم بها وكذلك أن يحصل الباحث على موافقة [أو تصريح] من تلك اللجان قبل الشروع في البحث.

وفي حالة انتهاك المعايير العلمية والفقهية المذكورة في التعليق على القاعدتين (١) و (٢) من قبل الباحثين أو الكفلاء، فإن السلطات المؤسسية أو الحكومية تتولي إنزال العقوبات التأديبية بالمخالفين.

ويرجع لزوم المراجعة من قبل اللجنة – أو اللجان – المختصة فنيا وفقهيا بغية التأكد من جواز إجراء البحث، ومن ثم إعطاء الإذن أو الموافقة عليه إلى الأصل الشرعي المجمع عليه، وهو أنه لايجوز للمكلف أن يقدم على أمر حتى يعلم حكم الله فيه"[(١)].

أما القول بضرورة كون تلك اللجنة – أو اللجان – المختصة مستقلة عن فريق البحث وكفلائه، فإنه يستأنس لهذا شرعا بإحكام الشهادة، والقضاء حيث إن من شروطهما أن يقوم بهما طرف محايد، ليس له مصلحة أو غرض [مباشر أو غير مباشر] في أمر شهادته.

(١) التراتيب الإدارية للكتاني ١٦/٢، إحياء علوم الدين للغزالي ٥٩/٢، ٨٤.

كذلك يرجع لزوم عدم ارتباط مقدار الفوائد المالية وغير المالية للجان بنتيجة المراجعة إلى ضرورة ضمان النزاهة وانتفاء التهمة في قرار لجان المراجعة، وذلك أصل مقرر شرعا في مسائل الشهادة.

أما فرض العقوبات الزاجرة من قبل السلطات المؤسسية أو الحكومية في حال المخالفة وانتهاك المعايير، فهو أمر مطلوب شرعا إذ يجب أن "يحدث للناس من الأقضية بقدر ما أحدثوا من الفساد" أي من الأحكام القضائية العقابية بما يكفي لزجرهم عن اقتراف ما أحدثوا من فساد وذلك من أجل حماية الشخص [الحالة] من تجرؤ الغير على انتهاك حرماته والاعتداء على كرامته الإنسانية.

وتكون هذه العقوبات من قبيل التعزير الذي تقدره السلطات وتكون رادعة.

القاعدة الإرشادية ٣
المراجعة الأخلاقية
(للأبحاث التي ترعاها جهات خارجية)

يتعين على المنظمة الخارجية الراعية والباحثين الفرديين أن يقوموا بتسليم بروتوكول البحث بغرض المراجعة الأخلاقية والعلمية في القطر الذي توجد فيه المنظمة الراعية، وينبغى ألا تكون معايير آداب المهنة المُطبقة أقل صرامة عما إذا ما طُبقت على الأبحاث المُنفذة في ذلك القطر. وينبغى على السلطات الصحية للبلد المضيف وكذلك اللجنة القومية أو المحلية لمراجعة آداب المهنة ضمان أن يُلبى البحث المقترح الاحتياجات والأولويات الصحية للبلد المضيف ويفي بالمعايير الأخلاقية الأساسية.

تعليق على القاعدة ٣

تعريف. مصطلح الأبحاث التي ترعاها جهات خارجية يشير إلى أبحاث تُجرى في بلد مضيف ولكن ترعاها وتمولها وأحياناً تنفذها بشكل كلى أو جزئى منظمة خارجية دولية أو وطنية أو شركة أدوية بالتعاون أو الاتفاق مع السلطات والمؤسسات والعاملين ذوى الاختصاص في ذلك البلد.

المراجعة الأخلاقية والعلمية:

تقع على عاتق اللجان في كل من البلد الراعى والبلد المضيف مسؤولية القيام بكل من المراجعة العلمية والأخلاقية، وكذلك تتمتع بسلطة سحب الموافقة على مشروعات الأبحاث التي تفشل في الوفاء بالمعايير العلمية والأخلاقية المنوطة بها. وبقدر الإمكان، يجب أن

يكون هناك ضمان باستقلالية المراجعة وعدم وجود صراع مصالح قد يؤثر على حكم أعضاء لجان المراجعة فيما يتعلق بأي جانب من جوانب البحث. وعندما يكون الكفيل الخارجي منظمة دولية، فيجب أن تتم مراجعته لبروتوكول البحث وفقاً لإجراءات ومعايير آداب المهنة المستقلة الخاصة به.

كما يقع على عاتق اللجان في البلد الخارجى الراعى للأبحاث أو المنظمة الدولية مسؤولية خاصة تجاه تحديد ما إذا كانت الأساليب العلمية سليمة ومناسبة لأهداف البحث؛ وما إذا كانت العقاقير أو اللقاحات أو الوسائل أو الإجراءات المقرر دراستها تفي بمعايير السلامة الكافية؛ وما إذا كان هناك تبرير صحيح لتنفذ البحث في البلد المضيف وليس في بلد الكفيل الخارجى أو أي بلد آخر؛ وما إذا كان البحث المقترح متوافقاً مع معايير آداب المهنة للبلد الخارجى الراعى أو المنظمة الدولية.

وتقع على عاتق اللجان في البلد المضيف مسؤولية خاصة تجاه تحديد ما إذا كانت أهداف البحث مُلبية للاحتياجات والأولويات الصحية لذلك البلد. وتتطلب المقدرة على الحكم بالتقبل الأخلاقى للجوانب المختلفة لمشروع البحث فهماً دقيقاً لعادات وتقاليد المجتمع. ولذلك يجب أن يكون لدى لجنة مراجعة آداب المهنة في البلد المضيف أشخاص يعملون كأعضاء أو خبراء ويتمتعون بمثل هذا الفهم؛ وحينئذ تكون اللجنة في وضع ملائم لتحديد مدى تقبل الوسائل المقترحة للحصول على الموافقة المستنيرة أو احترام حقوق حالات الدراسة المتوقعة، وكذلك الوسائل المقترحة لحماية مصالح حالات البحث. وينبغى أن يكون لدى هؤلاء الأشخاص القدرة، على سبيل المثال، على ترشيح أعضاء مناسبين من المجتمع للعمل كوسطاء بين الباحثين وحالات البحث وتقديم النصح بشأن مدى ملاءمة المزايا

والإغراءات المادية في ضوء مجتمع يسوده مفهوم الهدايا المتبادلة وغير ذلك من التقاليد والعادات.

وعندما يقترح أحد الباحثين في بلد ما إجراء البحث في بلد آخر، يجوز للجان مراجعة آداب المهنة في كلا البلدين، بموجب اتفاق بينهما، التعهد بمراجعة الجوانب المختلفة لبروتوكول البحث. وقصارى القول، فإنه فيما يخص البلاد المضيفة سواء تلك التي تملك قدرة متطورة على المراجعة الأخلاقية المستقلة أو التي يسهم الباحثون والجهات الراعية الخارجية في تطوير هذه المقدرة لديها على نحو كبير، قد تكون المراجعة الأخلاقية في البلد الخارجى الراعى مقصورة على ضمان التوافق مع المعايير الأخلاقية المنصوص عليها بوجه عام. وقد يُتوقع أن يكون للجنة مراجعة آداب المهنة في البلد المضيف اختصاصات أوسع بشأن مراجعة الخطط التفصيلية لعملية التوافق في ضوء تفهمها الجيد للقيم الثقافية والأخلاقية للتجمع السكني المقترح تنفيذ البحث فيه؛ وقد تكون أيضاً في وضع جيد لمراقبة التوافق أثناء طور الدراسة. إلا أنه فيما يتعلق بالأبحاث التي تُجرى في البلاد المضيفة التي تعوزها المقدرة الكافية على المراجعة الأخلاقية المستقلة، تكون هناك ضرورة لمراجعة كاملة من جانب لجنة مراجعة آداب المهنة في البلد الخارجى الراعى أو الوكالة الدولية.

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (٣) المراجعة الأخلاقية للأبحاث التي ترعاها جهات خارجية

فيما يتعلق بالأبحاث التي تُجرى في بلد مضيف، بحيث ترعاها وتمولها او تنفذها - بشكل كلي أو جزئي - منظمة خارجية دولية أو وطنية أو شركة أدوية، بالتعاون أو الاتفاق مع السلطات والمؤسسات والعاملين ذوي الاختصاص في ذلك البلد، فإنه يلزم في النظر الفقهي مراعاة ما يأتي: -

١ - أن تتم المراجعة العلمية والأخلاقية في القطر الذي توجد فيه المنظمة الراعية بحياد واستقلالية ونزاهة، بغية التثبت من توفر ضوابط آداب المهنة، التي سبق بيانها في التعليق على القاعدتين (١) و(٢)، إذ لا يجوز التساهل أو التهاون في شيء منها إذا جرى تنفيذها في قطر آخر، وذلك بناء على وجوب تحقيق العدل بين سائر أبناء الجنس البشري، والبعد عن التمييز العنصري بأي شكل من أشكاله، إذ العدل بين الناس كافة هو أساس رسالة الإسلام وسائر الشرائع السماوية، كما أخبرنا الله تعالى بقوله ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُ بِٱلۡعَدۡلِ﴾ [النحل ٩٠] وقوله ﴿لَقَدۡ أَرۡسَلۡنَا رُسُلَنَا بِٱلۡبَيِّنَٰتِ وَأَنزَلۡنَا مَعَهُمُ ٱلۡكِتَٰبَ وَٱلۡمِيزَانَ لِيَقُومَ ٱلنَّاسُ بِٱلۡقِسۡطِۖ﴾ [الحديد ٢٥] وقد أوضح ابن القيم هذا المبدأ بقوله: "إن الله سبحانه أرسل رسله، وأنزل كتبه، ليقوم الناس بالقسط، وهو العدل الذي قامت به الأرض والسماوات فإذا ظهرت أمارات العدل، وأسفر وجهه بأي طريق كان، فثمَّ شرعِ الله ودينه". [(١)]

(١) الطرق الحمية لابن القيم ص ١٣.

٢ - أن تتم نفس المراجعة لآداب المهنة في البلد المضيف، لتحقيق ذات الغرض، وللتأكد من تلبية البحث المقترح للاحتياجات والأولويات الصحية للبلد المضيف، حيث إن من مقاصد الشريعة الإسلامية العامة "وضع كل شيء في مرتبته بالنظر إلى الواقع ومتطلباته، بحيث لايؤخر ما حقه التقديم، ولا يقدم ما حقه التأخير"[١]. وقد جاء في الضوابط الفقهية للأولويات ما يأتي: الأكثر مصلحة أولى بالتقديم من الأقل مصلحة"[٢] و"الأكثر مفسدة أولى بالدرء من الأقل مفسدة"[٣] و"الجهة الغالبة أولى بالتقديم عن تزاحم المصالح مع المفاسد"[٤]، و"المطلوب على الفور أولى بالتقديم من المطلوب على التراخي"[٥]، و"صاحب الحاجة أولى بالتقديم على من لاحاجة به"[٦].

٣ - إذا كانت بعض التجارب لاينتفع منها البلد المضيف أصلا أو في حدود ضعيفة جدا، فإنه تبعا لترتيب القواعد الضرورية في التشريع الإسلامي: حياة الإنسان مكرما مقدمة على ما يرتجى من مصلحة البحث.

وإذا كانت الدولة التي يجرى فيها البحث لاتملك خبراء في الميدان يحفظون لها حقوقها فإن القضاء في الشريعة الإسلامية هو ولي من لا ولي له. فيجب أن تعرض البحوث وغاياتها والاحتياطات التي اتخذت وما يتوقع من نفع على السلطة القضائية التي تستطيع أن تدقق بما يتم به الاطمئنان على احترام ما جاء في هذه القاعدة.

---

(١) فقه الأولويات للوكيلي ص ١٦.
(٢) المرجع السابق ص ١٩٧.
(٣) المرجع السابق ص ٢١١.
(٤) المرجع السابق ص ٢٢٢.
(٥) المرجع السابق ص ٢٥٦.
(٦) المرجع السابق ص ٢٦٤.

القاعدة الإرشادية (٤)
الموافقة الفردية المستنيرة

بالنسبة لكافة أبحاث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية، يجب على الباحث الحصول على الموافقة الاختيارية المستنيرة من الحالة المتوقعة أو في حالة عدم قدرة الفرد على منح الموافقة المستنيرة، الحصول على إذن من وكيل مخول له قانونياً ووفقاً للقوانين المعمول بها. ويعتبر التنازل عن الموافقة المستنيرة في حكم الشئ غير المألوف والاستثنائى، ويجب أن تقره في جميع الحالات لجنة لمراجعة آداب المهنة.

تعليق على القاعدة ٤

اعتبارات عامة:

الموافقة المستنيرة هي قرار بالمشاركة في أحد الأبحاث، يتخذه فرد مؤهل تلقى المعلومات اللازمة؛ وفهم تلك المعلومات على نحو كاف وتوصل إلى قرار بعد دراسة المعلومات دون أن يتعرض لإكراه أو تأثير أو إغراء مُفرط أو تهديد.

وترتكز الموافقة المستنيرة على مبدأ مؤداه أن الأفراد المقتدرين مؤهلون للاختيار الحر في المشاركة في الأبحاث. وتحافظ الموافقات المستنيرة على حرية الفرد في الاختيار وتحترم استقلالية الفرد. وكإجراء وقائى إضافي، يجب أن تُكملها مراجعة أخلاقية مستقلة لمشروعات البحث. ويُعد هذا الإجراء الوقائى مهماً على نحو خاص نظراً لأن كثيراً من الأفراد قدرتهم محدودة في إعطاء الموافقة المستنيرة الكافية؛ وهؤلاء يشملون الأطفال الصغار، والكبار من ذوى الاضطرابات العقلية أو السلوكية الحادة، والأشخاص الذين لايألفون المفاهيم الطبية والتكنولوجيا (ارجع إلى القواعد الإرشادية ١٥، ١٤، ١٣).

العملية :

يُعد الحصول على الموافقة المستنيرة عملية تبدأ عندما يتم اتصال مبدئى مع حالة متوقعة ويستمر أثناء الدراسة. وعن طريق تزويد الحالات المتوقعة بالمعلومات، بواسطة التكرار والشرح، وعن طريق الإجابة عن الأسئلة التي قد يثيرونها، وعن طريق ضمان أن كل فرد يعى كل إجراء، يقوم الباحثون بأخذ الموافقة المستنيرة مع التعبير عن احترامهم لكرامة واستقلالية هؤلاء الأفراد. ويجب أن يُمنح كل فرد ما يحتاج إليه من وقت للتوصل إلى قرار، بما في ذلك الوقت اللازم للتشاور مع أفراد الأسرة أو غيرهم. ويتعين تخصيص وقت كاف وموارد كافية من أجل القيام بإجراءات الموافقة المستنيرة.

اللغة :

يجب ألا تكون عملية تزويد الحالة الفردية بالمعلومات مجرد تلاوة روتينية لمحتويات وثيقة مكتوبة. وإنما يجب على الباحث نقل المعلومات، سواء كانت شفهية أو مكتوبة، بلغة تناسب مستوى الفهم لدى الفرد. ويجب على الباحث أن يراعى دائماً أن قدرة الحالة المتوقعة على فهم المعلومات الضرورية لمنح الموافقة المستنيرة تعتمد على نضج الفرد وذكائه و ثقافته ومعتقداته. كما أنها تعتمد كذلك على مقدرة الباحث على الاتصال ورغبته في ذلك بشكل ينم عن صبر وحس.

الفهم :

يجب على الباحث حينئذ أن يتأكد من أن الحالة المتوقعة قد فهمت المعلومات على نحو كافٍ. ويتعين على الباحث أن يمنح كل حالة الفرصة الكاملة لطرح الأسئلة ويتعين عليه الإجابة عنها بأمانة

وعلى الفور وبشكل كامل. وفي بعض الحالات قد يُجرى الباحث اختباراً شفوياً أو تحريرياً أو من أي نوع آخر بغرض تحديد ما إذا كانت المعلومات قد تم فهمها بصورة كافية.

توثيق الموافقة:

قد يتم إظهار الموافقة بطرق عدة. فقد تُلمح الحالة إلى الموافقة بواسطة تصرفات اختيارية، أو تعبر عن الموافقة شفاهةً، أو توقع على نموذج موافقة. وكقاعدة عامة، يتعين على الحالة توقيع نموذج موافقة،أو، في حالة عدم الأهلية، يقوم وصي شرعي أو وكيل آخر معتمد على نحو قانوني بهذا الدور. وقد تقر لجنة مراجعة آداب المهنة التنازل عن شرط الموافقة الموقعة إذا كان البحث لا يتضمن سوى مخاطرة ضئيلة- أي المخاطرة التي من المحتمل ألا تزيد ولا تفوق تلك المتعلقة بالفحص الطبى والنفسى الاعتيادي- وإذا كانت الإجراءات المقرر استخدامها هي ذاتها التي عادة لا تتطلب نماذج للموافقة الموقعة خارج نطاق البحث. وقد يتم أيضاً إقرار مثل هذه التنازلات عندما يمثل وجود نموذج للموافقة الموقعة تهديداً غير مبرر لخصوصية الحالة. وفي بعض الحالات، وبصفة خاصة عندما تكون المعلومات معقدة، يُنصح بإعطاء الحالات نشرة بالمعلومات للاحتفاظ بها؛ ومثل هذه النشرة قد تشبه نماذج الموافقة من جميع الأوجه باستثناء أن الحالات غير مطالبة بالتوقيع عليها. ويجب أن تنقح لجنة مراجعة آداب المهنة صياغة تلك النشرات. وعند الحصول على الموافقة المستنيرة شفهياً، يكون الباحثون مسؤولين عن تقديم الوثائق والأدلة المؤيدة للموافقة.

التنازل عن شرط الموافقة:

لا ينبغى للباحثين مطلقاً أن يبدؤوا بالأبحاث المتضمنة لحالات

دراسة بشرية دون الحصول على الموافقة المستنيرة لكل حالة، ما لم يتلقوا ترخيصا صريحا بالشروع في ذلك من إحدى لجان مراجعة آداب المهنة. ومع ذلك، عندما يكون تصميم البحث يتضمن مخاطرة ضئيلة فحسب ومن شأن مطلب الموافقة الفردية المستنيرة أن يجعل البحث متعذر التنفيذ (على سبيل المثال، عندما يتضمن البحث بيانات مقتطفة من سجلات حالات الدراسة فقط)، يجوز للجنة مراجعة آداب المهنة أن تتخلى عن بعض أو جميع عناصر الموافقة المستنيرة.

الاعتبارات الثقافية:

في بعض الثقافات قد يدخل الباحث إلى موطن جالية ما للقيام بالبحث أو الاقتراب من حالات دراسة متوقعة لنيل موافقتهم الفردية، فقط بعد الحصول على إذن من رئيس الجالية، أو مجلس للشيوخ، أو سلطة معنية أخرى. ومثل هذه العادات يجب احترامها. ومع ذلك، لايجوز أن يحل إذن رئيس الجالية أو سلطة أخرى محل الموافقة الفردية المستنيرة في أي من الأحوال. وفي بعض التجمعات السكنية قد يُعقد استخدام عدد من اللغات المحلية عملية نقل المعلومات لحالات الدراسة المحتملة وكذا قدرة الباحث على التأكد من أنهم قد فهموا هذه المعلومات بدقة. وكثير من الناس في جميع الثقافات غير معتادين على، أو لايفهمون بسهولة المفاهيم العلمية مثل تلك الخاصة بإعطاء الأدوية إرضاءً للمرضى والعينات العشوائية. لذا يتعين على الكفلاء والباحثين أن يبتكروا أساليب ملائمة من الناحية الثقافية لنقل المعلومات الضرورية للالتزام بالمستوى المطلوب في عملية الموافقة المستنيرة. وعليهم كذلك أن يصفوا ويبرروا في بروتوكول البحث الإجراءات التي يعتزمون استخدامها لتوصيل المعلومات لحالات الدراسة. ومن أجل البحث التعاونى في الأقطار النامية ينبغى أن يحتوى مشروع البحث، إذا

لزم الأمر، على توفير الموارد لضمان الحصول على الموافقة المستنيرة بطريقة شرعية فعلاً في إطار الظروف اللغوية والثقافية المختلفة.

الموافقة على استخدام مواد بيولوجية لأغراض البحث (بما في ذلك المادة الجينية) من حالات التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة:

ينبغى أن تتضمن نماذج الموافقة الخاصة ببروتوكول البحث قسماً منفصلاً لحالات التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة الذين يُطلب منهم إعطاء موافقتهم على استخدام عينات بيولوجية لغرض البحث. وقد تكون الموافقة المنفصلة ملائمة في بعض الحالات (مثال ذلك، إذا طلب الباحثون إذناً لتنفيذ أبحاث أساسية لا تُعتبر جزءاً ضرورياً من التجربة التي تقوم على الملاحظة المباشرة)، وليس في حالات أخرى (مثال ذلك، التجربة القائمة على الملاحظة المباشرة تتطلب استخدام المواد البيولوجية لحالات الدراسة).

استخدام السجلات الطبية والعينات البيولوجية:

قد تُستخدم السجلات الطبية والعينات البيولوجية المأخوذة أثناء عملية الرعاية القائمة على الملاحظة المباشرة لغرض البحث دون موافقة المرضى / الحالات فقط إذا قررت إحدى لجان مراجعة آداب المهنة أن البحث يشكل مخاطرة ضئيلة، وأن حقوق أو مصالح المرضى لن تُنتهك، وأن خصوصياتهم وأسرارهم وعدم الإفصاح عن هويتهم مكفولة، وأن البحث مصمم للإجابة عن سؤال مهم وسوف يتعذر تنفيذه إذا تم فرض شرط الموافقة المستنيرة. ولا يمثل رفض أو إحجام الأفراد عن الموافقة على المشاركة دليلاً على عدم قابلية البحث للتنفيذ بما يجيز على نحو كاف التنازل عن الموافقة المستنيرة. وقد يتم استخدام سجلات وعينات الأفراد الذين رفضوا بصفة خاصة هذه

الاستخدامات في الماضى، فقط في حالة طوارئ الصحة العامة. (ارجع إلى التعليق على القاعدة الإرشادية ١٨، الحفاظ على سرية المعلومات بين الطبيب والمريض).

الاستخدام الثانوي لسجلات البحث والعينات البيولوجية:

قد يرغب بعض الباحثين في استخدام سجلات أو عينات بيولوجية قام باحث آخر باستخدامها أو جمعها للاستخدام، في مؤسسة أخرى في نفس القطر أو غيره. وهذا يثير تساؤلا عما إذا كانت السجلات أو العينات تحوى مُحددات شخصية، أو يمكن ربطها بتلك المحددات، وعن طريق من (ارجع أيضاً للقاعدة الإرشادية ١٨: الحفاظ على سرية المعلومات). وإذا كانت الموافقة المستنيرة أو الإذن المعلن مطلوباً للسماح بعملية الجمع الأصلية أو استخدام مثل هذه السجلات أو العينات لأغراض البحث، فبصفة عامة تكون الاستخدامات الثانوية مقيدة بالشروط المحددة في الموافقة الأصلية. وبناء على ذلك، من الضرورى أن تتوقع عملية الموافقة الأصلية، إلى الحد المُجدى، أية خطط منظورة لاستخدام السجلات والعينات في المستقبل لغرض البحث. لذلك، في العملية الأصلية للحصول على الموافقة المستنيرة، يتعين على أحد أعضاء فريق البحث التباحث مع الحالات المتوقعة وطلب الإذن منهم، عند الحاجة، فيما يتعلق بـ:

١ - هل سوف يوجد أو يمكن أن يوجد أي استخدام ثانوى؟ وإذا حدث ذلك، هل مثل هذا الاستخدام الثانوي سوف يكون محدوداً فيما يخص نوع الدراسة التي قد تُجرى على المواد المذكورة أعلاه؟

٢ - الظروف التي في ظلها يُطلب من الباحثين الاتصال بحالات البحث من أجل التفويض الإضافي للاستخدام الثانوي؛

٣ - خطط الباحثين، إن وجدت، للتخلص من المحددات الشخصية أو تجريد السجلات والعينات منها.

٤ - حق الحالات في طلب التخلص من العينات البيولوجية أو عدم ذكر أسماء أصحابها، ونفس الشئ بالنسبة للسجلات أو أجزاء من السجلات التي قد تُعتبر ذات حساسية خاصة، مثل الصور الشخصية وشرائط الفيديو وشرائط الكاسيت.

(ارجع كذلك إلى القواعد الإرشادية ٥: الحصول على الموافقة المستنيرة: المعلومات الضرورية لحالات البحث المتوقعة؛ ٦: الحصول على الموافقة المستنيرة. التزامات الجهات الراعية للبحث والقائمين على البحث؛ و ٧: الحث على المشاركة في البحث.)

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (٤) الموافقة الفردية المستنيرة

بناءً على المبدأ الشرعي المتضمن احترام استقلالية الشخص وتمكينه من الاختيار الشخصي واتخاذ القرار المناسب له دون شائبة إكراه أو خديعة وحمايته من أي ضرر أو تغرير او استغلال من قبل الغير، فلا يجوز إجراء أبحاث الطب الأحيائي إلا بإذن صريح [موافقة اختيارية معلنة] من حالة البحث، يتخذه برضاه، بعد تلقي المعلومات اللازمة، وفهمها بصورة كافية إن كان كامل الأهلية. أما إذا كان فاقد الأهلية أو ناقصها، فلا يعتد بإذنه مطلقا.

وأساس ذلك: -

١ - أن الشريعة الإسلامية أقرت وأثبتت حق الإنسان في الحياة، وسلامة الجسد، وهذا الحق محافظ عليه شرعاً، ومن ثم فلايجوز لأحد إجراء اية تجارب أو بحوث على أي شخص كامل الأهلية إلا بإذنه الصادر بملء اختياره، وهو على بينة من أمره"[(١)] وعلى ذلك نصت القواعد الفقهية على أن "حق الآدمي لايجوز لغيره التصرف فيه بغير إذنه"[(٢)] وأن "حق الإنسان لايجوز إبطاله من غير رضاه".[(٣)]

وقد جاء في قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم ٦٧ (٧/٥) [ثالثا/

(١) وقد جاء في قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم ٦٧ (٧/٥) [ثالثا / د]: "لابد في إجراء الأبحاث الطبية من موافقة الشخص التام الأهلية، وبصورة خالية من شائبة الإكراه - كالمساجين - أو الإغراء المادي كالمساكين. ويجب أن لا يترتب على إجراء تلك الأبحاث ضرر".

(٢) المغني لابن قدامه ٤/ ٥٥٢.

(٣) بدائع الصنائع للكاساني ٥/ ٢٥١.

د]: "لابد في إجراء الأبحاث الطبية من موافقة الشخص التام الأهلية، وبصورة خالية من شائبة الإكراه - كالمساجين - أو الإغراء المادي كالمساكين. ويجب أن لايترتب على إجراء تلك الأبحاث ضرر".

٢ - الإكراه والخديعة والتغرير عيوب تفسد الرضا وتلغي الإذن إن صدر معها.

٣ - إحاطة الفرد [الحالة] علما بالبحث المعروض عليه، وما قد يترتب عليه من مخاطر محققة أو محتملة شرط لصحة إذنه فيه، بحيث إذا انتفى الشرط انتفى المشروط. وذلك لأن إذن الشخص بفعل شيء دون أن يدرك ابعاده، ويفهمه فهما كافيا، يعتبر جاريا عن غير قصد صحيح منه، وصادرا عن غير إرادة حقيقية له، لأن صحة القصد والإرادة متوقفان على إدراك وفهم المقصود والمراد"[١] وقد جاء في القواعد الفقهية أن "حقوق الآدميين موضوعة على الحفظ والاحتياط"[٢].

٤ - إذا كان البحث لايتضمن سوى مخاطرة ضئيلة - أي المخاطرة التي ليس من المحتمل أن تزيد أوتفوق الفحص الطبي والنفسي والاعتيادي - فلا حاجة لتوثيق الإذن ويكتفى بالاذن الشفوي.

٥ - ظروف الإسعاف الطارئة يمكن استثناؤها من شرط الموافقة المستنيرة، حين يكون هناك ضرورة للتدخلات البحثية، ولايكون [حالة البحث] لديه القدرة على منح الموافقة المستنيرة، وذلك لتحقق إذنه دلالة. ومن المقرر في القواعد الفقهية أن "الإذن

(١) إعلام الموقعين لابن القيم ٣/ ١٠٧، ١١٧.
(٢) الحاوي للماوردي ٧/ ٢٤٣.

دلالة كالإذن صراحة"[١]، و"الإذن كما يكون صراحة يكون دلالة"[٢]، و"الأمر الثابت دلالة بمنزلة الأمر الثابت إفصاحاً"[٣].

٦ - بالنسبة للشخص فاقد الأهلية أو ناقصها، الذي لا يستطيع حماية نفسه والقيام بأموره وحده، ويحتاج إلى من يرعي شؤونه ومصالحه في الحياة، فإنه لا يعتد بإذنه [موافقته المستنيرة] في إجراء البحث عليه مطلقاً،ولاعبرة بإذن وليه أو وصيه الشرعي" إلا في حالات استثنائية محددة، سيأتي بيانها عند التعليق على القواعد الإرشادية (١٣) (١٤).

وقد جاء في قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم ٦٧ (٧/٥) [ثالثا/ د]: "ولا يجوز إجراء الأبحاث الطبية على عديمي الأهلية أو ناقصيها ولو بموافقة الأولياء".

---

(١) المغني لابن قدامه ٥١٦/٤، مجموع فتاوى ابن تيمية ٢٠/٢٩، للقواعد الكبرى للعز بن عبد السلام ١٠٨/٢، ١٠٧، ١١٣.

(٢) المادة (٧٧٢) من مجلة الأحكام العدلية، المبسوط للسرخسي ١٤٥/٤، ١٤٦، ١٨/١٢، ١٦٠.

(٣) المادة (٩٧١) من المجلة العدلية (٦) المبسوط للسرخسي ١٩/١١.

* وقد جاء فى قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم ٦٧ (٧/٥) [ثالثا / ج]: "في حالات الإسعاف التى تتعرض فيها حياة المصاب للخطر لايتوقف العلاج على الإذن".

القاعدة الإرشادية ٥
الحصول على الموافقة المستنيرة:
المعلومات الضرورية لحالات البحث المتوقعة

قبل أن يطلب الباحث موافقة أحد الأفراد على المشاركة في البحث، يجب عليه أن يوفر المعلومات التالية، من خلال لغة أو وسيلة اتصال أخرى يستطيع أن يفهمها الفرد:

١ - أن الفرد مدعو للمشاركة في البحث، وأسباب اعتبار الفرد مناسباً للبحث، وأن المشاركة اختيارية؛

٢ - أن الفرد لديه الحرية في رفض المشاركة وسيكون حراً في الانسحاب من البحث في أي وقت دون توقيع عقوبة عليه أو خسارته للمزايا التي من المقرر أن ينالها إذا ما واصل البحث سواء كان هذا الفرد ذكراً أو أنثى؛

٣ - الغرض من البحث، و الإجراءات المقرر تنفيذها بواسطة الباحث والحالة، مع شرح لكيفية اختلاف البحث عن الرعاية الصحية الاعتيادية؛

٤ - شرح لجوانب تصميم البحث (على سبيل المثال، أخذ العينات العشوائية، والاختبارات التي يجهل تركيبها ومجموعات التحكم الخاصة بها كل من الباحث والحالة وقت إجرائها) وذلك بالنسبة للتجارب المقيدة، وكون الحالة لن تُعلم بالعلاج المقرر إلى حين إتمام الدراسة وتلاشى الجهل بتركيب الاختبارات؛

٥ - الفترة المتوقعة لمشاركة الفرد (بما في ذلك عدد وزمن الزيارات إلى مركز الأبحاث والوقت الإجمالى اللازم لذلك) وإمكانية الإنهاء المبكر للتجربة أو مشاركة الفرد فيها؛

٦ - هل سيتم تقديم أموال أو أشكال أخرى من السلع المادية في مقابل مشاركة الفرد، ونوعيتها ومقدارها إن كان الحال كذلك؟

٧ - أنه سوف يتم إبلاغ الحالات، عقب إتمام الدراسة، بنتائج البحث بصفة عامة، وأنه سيتم إعلام الحالات الفردية بأية نتيجة تتعلق بوضعها الصحي الخاص؛

٨ - أن الحالات لديها الحق في الاطلاع على البيانات عند طلبها، حتى لو افتقرت هذه البيانات إلى المنفعة الفورية كتجارب للملاحظة المباشرة (و ذلك ما لم تقرر لجنة مراجعة آداب المهنة عدم الإفصاح المؤقت أو الدائم عن البيانات، وفي هذه الحالة يتم إبلاغ الحالة بذلك و أسباب عدم الإفصاح)؛

٩ - أية مخاطر، أو آلام أو مشقة، أو مضايقات منتظرة للفرد (أو غيره) ممن لهم علاقة بالمشاركة في البحث، بما في ذلك المخاطر التي تهدد صحة أو مصالح زوج الحالة أو شريكها؛

١٠ - المزايا المباشرة، إن وجدت، المتوقع أن تحصل عليها الحالات من جراء المشاركة في البحث؛

١١ - مزايا البحث المتوقعة للمجموعة السكانية أو المجتمع ككل، أو إسهامات المعارف العلمية؛

١٢ - وفي جميع الأحوال فإنه يجب معرفة متى وأين يمكن توفير هذه المنتجات أو المداخلات بعد التأكد من فاعليتها وسلامتها للذين شاركوا في إجراء الأبحاث بعد إتمامهم المشاركة في الأبحاث وأيضا إعلامهم بمدى دفع أموال لهم.

١٣ - أية مداخلات ونظم علاج بديلة متاحة في الوقت الحالي؛

١٤ - النصوص التي سيتم صياغتها لضمان احترام خصوصية الحالات وسرية السجلات التي يتم التعرف على الحالات من خلالها؛

١٥- القيود التي تحد من قدرة الباحث على الحفاظ على سرية المعلومات، سواء كانت قيوداً قانونية أو قيوداً أخرى، والعواقب المحتملة لخرق هذه السرية؛

١٦- السياسة فيما يتعلق باستخدام نتائج الاختبارات المورثية والتكوين الأسرى المورثى، والاحتياطات المطبقة لمنع الكشف عن نتائج الاختبارات المورثية للحالة للأقارب المباشرين في العائلة أو غيرهم (على سبيل المثال، شركات التأمين أو أصحاب العمل) دون موافقة الحالة؛

١٧- القائمون على رعاية البحث، التبعية المؤسسية للباحثين، وطبيعة ومصادر تمويل البحث؛

١٨- استخدامات البحث المحتملة، المباشرة أو الثانوية، للسجلات الطبية للحالات أو للعينات البيولوجية المأخوذة أثناء الرعاية القائمة على الملاحظة المباشرة (ارجع إلى التعليقات على القاعدتين الإرشاديتين ١٨، ٤)؛

١٩- هل مخطط أن يتم التخلص من العينات البيولوجية التي يتم جمعها أثناء البحث عند الانتهاء منه؟ وتفاصيل تخزينها في حالة عدم التخلص منها (المكان والكيفية والفترة الزمنية والطريقة النهائية للتصرف فيها) والاستخدام المستقبلي المحتمل، وأن للحالات حق تحديد مثل هذا الاستخدام المستقبلى، أو رفض التخزين، أو التخلص من المادة بمعرفتهم (ارجع إلى التعليق على القاعدة الإرشادية ٤)؛

٢٠- هل من المحتمل أن يتم تطوير منتجات تجارية من العينات البيولوجية؟ وهل سوف يتلقى المشارك مزايا نقدية أو غيرها مقابل تطوير مثل هذه المنتجات؟

٢١- هل يقوم الباحث بدور الباحث فقط أم بوصفه باحثاً وطبيباً للحالة في الوقت ذاته؟

٢٢- الحد الذي تقف عنده مسؤولية الباحث عن توفير الخدمات الطبية للمشارك؛

٢٣- أن العلاج سيتم توفيره مجاناً لأنواع معينة من الإصابة المرتبطة بالبحث أو لمضاعفات متعلقة بالبحث، طبيعة وفترة الرعاية، اسم المنظمة أو الفرد الذي سيقدم العلاج، وهل هناك أية شكوك فيما يخص تمويل العلاج؟

٢٤- الطريقة التي سيتم من خلالها تعويض الحالة أو أسرتها أو من تعولهم عن العجز أو الوفاة الناتجة عن إصابة مرتبطة بالبحث والمنظمة التي ستتولى ذلك التعويض (أو بيان أنه لا توجد خطط لتقديم هذا التعويض)؛

٢٥- هل الحق في التعويض مكفول قانونياً في البلد الذي يتم فيه دعوة الحالة المتوقعة للمشاركة في البحث أم لا؟

٢٦- أن لجنة مراجعة آداب المهنة قد أقرت أو أجازت بروتوكول البحث.

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (٥) الحصول على الموافقة المستنيرة المعلومات الضرورية لحالة البحث المتوقعة

يشترط لصحة الموافقة الاختيارية المستنيرة، التي يجب حصول الباحث عليها من [حالة البحث] أن تكون صادرة بعد المعرفة الكافية والفهم الصحيح لما أذن به ووافق عليه، وذلك يتطلب أن توفر له المعطيات والمعلومات التي يحتاج إلى معرفتها قبل اتخاذه قرار الموافقة.

وأساس ذلك في النظر الفقهي توقف صحة الاختيار والرضا - حيثما اشترط تحققه شرعا في التصرفات - على المعلومية وانتفاء الجهالة بالشيء. وقد أكدت القواعد الفقهية هذا المعنى حيث نصت على أن "التراضي ليس بمتحقق مع الجهالة"[(١)] وأن الرضا بالمجهول والابراء عن المجهول لايصحان"[(٢)].

والضوابط المذكورة في التعليق على القاعدة كلها مبنية على المبدأين السابق بيانهما وهما: (١) احترام الأشخاص (٢) المنفعة.

(١) السيل الجرار للشوكاني ٣/ ٩٤.

(٢) القواعد الكبرى للعز بن عبد السلام ٢/ ٢٩٩.

القاعدة الإرشادية ٦
الحصول على الموافقة المستنيرة:
التزامات الجهات الراعية للأبحاث والباحثين

من واجبات الجهات الراعية للأبحاث والباحثين ما يلى:

- الامتناع عن الخداع الذي لا مبرر له أو التأثير غير اللائق أو التهديد؛
- السعي إلى الموافقة فقط بعد التحقق عن طريق الاختبار بأن الحالة المتوقعة لديها فهم كاف للحقائق المتصلة بعملية البحث وعواقب المشاركة وقد أتيحت لها الفرصة الكافية لأخذ قرار المشاركة؛
- كقاعدة عامة، الحصول من كل حالة متوقعة على نموذج موقع دال على الموافقة المستنيرة – وعلى الباحثين أن يبرروا أية استثناءات لهذه القاعدة العامة ويحصلوا على إجازة لجنة مراجعة آداب المهنة (ارجع إلى التعليق على القاعدة الإرشادية ٤، توثيق الموافقة)؛
- تجديد الموافقة المستنيرة لكل حالة إذا ما كانت هناك تغيرات مهمة في ظروف أو إجراءات البحث أو أُتيحت معلومات جديدة من شأنها أن تؤثر على رغبة الحالات في الاستمرار في المشاركة.
- تجديد الموافقة المستنيرة لكل حالة في الدراسات طويلة الأمد على فترات محددة سلفاً، حتى إن لم تكن هناك تغيرات في تصميم أو أهداف البحث.

تعليق على القاعدة ٦

يكون الباحث مسؤولاً عن ضمان كفاية الموافقة المستنيرة من جانب كل حالة. ويتعين على الشخص الذي يحصل على الموافقة المستنيرة أن يكون على دراية جيدة بالبحث ولديه القدرة على الرد على الأسئلة التي تطرحها الحالات المتوقعة. وعلى الباحثين المكلفين

بالدراسة أن يفرغوا أنفسهم للإجابة عن الأسئلة التي تثار بناء على طلب الحالات. وأية قيود تحد من فرصة الحالة لطرح الأسئلة وتلقى الأجوبة عليها قبل أو أثناء عملية البحث من شأنها أن تُقوض صحة الموافقة المستنيرة.

وفي بعض أنواع البحوث، يتعين على الحالات المحتملة أن يتلقوا نصائح بشأن مخاطر الإصابة بمرض ما، إذا لم يتم اتخاذ الاحتياطات اللازمة. وهذا ينطبق بصفة خاصة على الأبحاث المتعلقة بلقاحات مرض نقص المناعة المكتسبة في الجسم/ الإيدز (ارجع إلى الوثيقة الإرشادية للاعتبارات الأخلاقية في أبحاث اللقاحات المقاومة لمرض الإيدز، النقطة الإرشادية ١٤، التي أصدرتها هيئة التنمية الدولية التابعة للأمم المتحدة).

الاحتفاظ بالمعلومات والخداع.

لضمان سلامة البحث في بعض الأحيان، يحتفظ الباحثون بمعلومات معينة في عملية الحصول على الموافقة. وفي بحوث الطب الأحيائي، يكون هذا المسلك في شكل الاحتفاظ بمعلومات عن الغرض من القيام بإجراءات محددة. على سبيل المثال، لا يتم عادة إخبار الحالات في التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة بالغرض من الاختبارات التي تُجرى وذلك لمراقبة مدى التزامهم بالبروتوكول، نظراً لأنهم إذا أُخبروا بأن التزامهم سوف يكون محل مراقبة، ربما أدى ذلك إلى تعديل سلوكهم وبالتالى إفساد النتائج. وفي معظم هذه الحالات، يُطلب من الحالات المتوقعة الموافقة على عدم إعلامهم بالغرض من وراء القيام ببعض الإجراءات حتى إتمام البحث؛ وعقب الانتهاء من الدراسة يتم إعطاؤهم المعلومات التي تم حجبها عنهم. وفي حالات أخرى، ولأن طلب الإذن بالاحتفاظ ببعض المعلومات من

شأنه أن يعرض سلامة البحث للخطر، لا يتم إعلام الحالات بأن بعض المعلومات قد تم حجبها عنهم لحين إتمام عملية البحث. وأي إجراء من هذا النوع يجب أن ينال موافقة لجنة مراجعة آداب المهنة.

إن الخداع الفعلى للحالات يُعد مسألة جدلية على نحو كبير أكثر من كونه مجرد الاحتفاظ بمعلومات معينة. والكذب على الحالات يُمثل عادة وسيلة غير مألوفة في بحوث الطب الأحيائي. ومع ذلك، أحياناً ما يقوم علماء الاجتماع والسلوك بإعطاء الحالات معلومات غير صحيحة لدراسة اتجاهاتهم وسلوكياتهم. فمثلاً، يتظاهر بعض العلماء بأنهم مرضى لدراسة سلوك المختصين بأقسام الرعاية الصحية والمرضى في بيئاتهم الطبيعية.

بعض الناس يرون أن الخداع الفعلى غير مسموح به على الإطلاق، بينما يجيزه آخرون في ظروف معينة. ومع ذلك، فإن الخداع غير مسموح به في الحالات التي يخفي فيها الخداع ذاته إمكانية تعرض الحالة لما هو أكثر من المخاطرة الضئيلة. وعندما يُعتبر الخداع شيئاً لا يمكن الاستغناء عنه بالنسبة للأساليب الخاصة بدراسة ما، يجب على الباحثين أن يوضحوا لإحدى لجان آداب المهنة أن أساليب البحث الأخرى غير كافية؛ وأن تقدماً مهماً يمكن أن يتحقق من جراء البحث؛ وأنه لم يتم حجب أي شئ من شأنه، إن تم الإفصاح عنه، أن يجعل الشخص العاقل يرفض المشاركة. وينبغى على لجنة مراجعة آداب المهنة أن تقوم بتحديد العواقب بالنسبة للحالة التي تتعرض للخداع، وهل يتعين إبلاغ الحالات المخدوعة بعملية الخداع عند إتمام البحث وكيفية ذلك. ومثل هذا الإبلاغ، الذي يُعرف باسم "عدم الإفصاح عن المعلومات" يستلزم شرح أسباب الخداع. والشخص الذي لا يوافق على كونه تعرض للخداع يتعين أن يُمنح فرصة لرفض السماح للباحث باستخدام المعلومات التي تم الحصول عليها بهذه الطريقة. وعلى

الباحثين ولجان مراجعة آداب المهنة إدراك أن خداع حالات البحث قد يعرضهم للظلم والضرر؛ فقد تستاء الحالات من عدم إبلاغهم عند علمهم بأنهم قد اشتركوا في دراسة تقوم على ادعاءات كاذبة. وفي بعض الدراسات قد يكون هناك مبرر لخداع أشخاص غير حالات البحث عن طريق الاحتفاظ أو إخفاء جوانب من المعلومات. فعلى سبيل المثال، قد تُقترح مثل هذه الوسائل غالباً للدراسات الخاصة باضطهاد الزوجات أو الأطفال. ويجب على إحدى لجان مراجعة المهنة دراسة وإقرار كافة مقترحات خداع الأشخاص بخلاف حالات البحث. ومن حق الحالات الحصول على إجابات فورية وأمينة لتساؤلاتهم؛ كما يجب على لجنة مراجعة آداب المهنة تحديد ما إذا كان الأفراد الآخرون الذين من المقرر خداعهم سوف ينالون نفس الحق بقدر مماثل.

التهديد والتأثير غير اللائق

إن التهديد في أية صورة من شأنه أن يبطل الموافقة المستنيرة. فغالباً ما تعتمد الحالات المتوقعة والذين يُعتبرون مرضى في الوقت ذاته على الطبيب/الباحث في الحصول على الرعاية الصحية. وهذا الطبيب أو الباحث يتمتع بمصداقية معينة في نظرهم، وقد يكون تأثيره عليهم كبيراً، خاصةً إذا تضمن البروتوكول شقاً علاجياً. فقد يخشون، على سبيل المثال، من أن يفسد رفض المشاركة العلاقة العلاجية أو يؤدى إلى حرمانهم من الخدمات الصحية. لذا يجب على الطبيب/الباحث أن يؤكد أن قرارهم بالمشاركة من عدمه لن يؤثر على العلاقة العلاجية أو المزايا الأخرى التي يستحقونها. وفي هذه الحالة، يتعين على لجنة مراجعة آداب المهنة النظر في إسناد عملية الحصول على الموافقة إلى طرف ثالث محايد.

ويجب ألا تتعرض الحالة المتوقعة لتهديد غير لائق. ومع ذلك،

فالحد الفاصل بين الإقناع المبرر والتهديد غير اللائق غير دقيق. ويتعين على الباحث ألا يعطى تأكيدات لا يمكن تبريرها بشأن المزايا أو المخاطر أو المضايقات التي يتضمنها البحث مثلاً، أو يحث أحد أفراد العائلة المقربين للحالة أو رئيس الجماعة التي تنتمى إليها، للتأثير على قرار الحالة المتوقعة. ارجع كذلك إلى القاعدة الإرشادية ٤: الموافقة الفردية المستنيرة.

المخاطر

يتعين على الباحثين أن يلتزموا بالموضوعية التامة في مناقشة تفاصيل التدخل القائم على التجارب، والآلام والقلاقل التي قد يتضمنها، والمخاطر المعروفة والأخطار المحتملة. وفي المشاريع البحثية المعقدة قد يكون من غير المجدى أو المحبذ إبلاغ المشاركين المتوقعين بالتفاصيل الدقيقة عن كل مخاطرة محتملة. ومع ذلك، فيجب إعلامهم بكافة المخاطر التي يعتبرها "الشخص العاقل" أساسية في اتخاذ قرار المشاركة، بما في ذلك المخاطر التي قد يتعرض لها الزوج أو الشريك المرتبط بالتجارب الخاصة بالأدوية المؤثرة على العقل أو تلك المتعلقة بالجهاز التناسلى. (ارجع أيضاً إلى التعليق على القاعدة الإرشادية ٨: المخاطر التي تهدد مجموعات الأفراد).

الاستثناء من شرط الموافقة المستنيرة في الدراسات الخاصة بالمواقف الطارئة التي يتوقع فيها الباحث أن كثيراً من حالات البحث لن يكون لديهم القدرة على الموافقة.

وفي بعض الأحيان يكون المرضى مصابين بأمراض حادة غير قادرين على منح الموافقة المستنيرة للمشاركة في التجارب الإكلينيكية حيث إن البقية المشاركة في التجربة لديها القدرة على منح الموافقة المستنيرة، أمثلة ذلك الصدمة الدماغية وتوقف وسكتة القلب والرئتين.

ويتعذر إجراء الفحص على المرضى الذين باستطاعتهم منح الموافقة المستنيرة في الوقت المناسب بينما قد لا يكون هناك وقت لتعيين شخص لديه سلطة الإذن بذلك. وفي مثل هذه الظروف غالباً ما يكون ضرورياً المضى في التدخلات البحثية عقب بداية الظرف مباشرةً بغرض تقييم العلاج القائم على الفحص أو تطوير المعرفة المرغوب فيها. ونظراً لأن هذه الطبقة من الاستثناء الطارئ يمكن توقعها، يجب على الباحث أن يحصل على دراسة وموافقة إحدى لجان مراجعة آداب المهنة قبل الشروع في الدراسة. ويمكن إنجاز ذلك بسهولة، على سبيل المثال، إذا كان الظرف يحدث بصفة دورية لدى الأفراد؛ وتتضمن الأمثلة نوبات الصرع الكبير والمرح الصاخب الناتج عن تناول المواد الكحولية. وفي مثل هذه الحالات، يتعين الاتصال بالحالات المتوقعة عندما تتوافر لديها القدرة التامة على منح الموافقة المستنيرة، ويتم دعوتها للموافقة على المشاركة كحالات بحثية خلال فترات مستقبلية من حالة العجز. وإذا كانت الحالات عبارة عن مرضى لطبيب مستقل يقوم بدور الباحث في الوقت ذاته، يتعين على الطبيب بالمثل الحصول على موافقتهم عندما يكونون قادرين تماماً على منح الموافقة المستنيرة. وفي جميع الحالات التي يبدأ فيها البحث المعتمد دون الحصول على موافقة مسبقة من المرضى / الحالات العاجزة عن منح الموافقة المستنيرة بسبب ظروف مفاجئة، يتعين تزويدهم بكافة المعلومات ذات الصلة فور سماح حالتهم بتلقيها، كما ينبغى الحصول على موافقتهم على المشاركة المستمرة في أسرع وقت يكون فيه ذلك ممكناً على نحو معقول.

قبل البدء في البحث دون الحصول على موافقة معلنة مسبقة، يجب على الباحث أن يبذل جهوداً معقولة لتعيين فرد يكون لديه سلطة منح الإذن نيابةً عن مريض عاجز. وعند تعيين مثل هذا الشخص ورفضه منح الإذن، لا يجوز إدراج المريض كحالة بحث. ويتم تبرير

مخاطر كافة التدخلات والإجراءات كما تتطلبه القاعدة الإرشادية ٩ (القيود الخاصة على المخاطر عندما يتضمن البحث أفراداً غير قادرين على منح الموافقة). ويتعين على الباحث ولجنة مراجعة آداب المهنة الموافقة على حد أقصى من الوقت لمشاركة أحد الأفراد دون الحصول على موافقة الفرد المستنيرة أو الترخيص طبقاً للنظام القانونى المعمول به عندما يكون الشخص غير قادر على منح الموافقة. وإذا حدث ولم يحصل الباحث بحلول ذلك الوقت على الموافقة أو الإذن بسبب الفشل في الاتصال بالوكيل أو رفض المريض أو الشخص أو الهيئة المخولة لمنح الإذن- يجب إيقاف مشاركة المريض كحالة بحثية. ويتعين منح المريض أو الشخص أو الهيئة المقدمة للترخيص فرصة لمنع استخدام البيانات المستقاة من جراء مشاركة المريض كحالة بحثية دون الحصول على موافقة أو إذن.

يتعين الإعلان عن خطط إجراء البحوث الطارئة دون الحصول على موافقة مسبقة من الحالات داخل المجتمع الذي سوف تجرى فيه هذه البحوث. وفيما يتعلق بتصميم وتنفيذ البحث، ينبغى على لجنة مراجعة آداب المهنة والباحثين والقائمين على رعاية البحث أن ينظروا إلى شئون هذا المجتمع بعين الاعتبار. وإذا كان هناك ما يدعو إلى القلق بشأن تقبل البحث في المجتمع، يتعين عقد مشاورات رسمية مع المندوبين الذين يقوم المجتمع بتعيينهم. وينبغى عدم القيام بالبحث إذا لم يلق تأييداً واسع النطاق من المجتمع المعني. (ارجع إلى التعليق على القاعدة الإرشادية ٨، المخاطر التي تهدد مجموعات الأفراد).

الاستثناء من شرط الموافقة المستنيرة من أجل إدخال أشخاص عاجزين عن منح الموافقة المستنيرة بفعل حالة مزمنة، في التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة:

قد يكون مرضى معينون يعانون من حالة مزمنة صالحين للمشاركة

في تجربة قائمة على الملاحظة المباشرة يكون فيها أغلبية الحالات المتوقعة غير قادرين على منح الموافقة المستنيرة. ومثل هذه التجربة قد يكون مقرراً لها أن ترتبط بعلاج جديد لحالة مزمنة مثل التعفن أو السكتة أو الاحتشاء العضلي القلبي. وقد يكون مقرراً أن يحتفظ العلاج القائم على الفحص بالأمل في تحقيق فائدة مباشرة وقد يتم تبريره على هذا النحو، على الرغم من أن الفحص ربما يتضمن إجراءات أو تدخلات معينة لم تكن ذات فائدة مباشرة ولكنها شكلت قدراً ضئيلاً من المخاطرة؛ ومثال ذلك عملية أخذ العينات العشوائية أو جمع كميات دم إضافية لأغراض البحث. ولأجل مثل هذه الحالات، يتعين أن يتوقع البروتوكول المبدئي الذي يتم تسليمه إلى لجنة مراجعة آداب المهنة للحصول على الموافقة عليه، أن بعض المرضى قد يكونون عاجزين عن منح الموافقة، وعليه أن يقترح شكلاً من أشكال الموافقة بالوكالة عن هؤلاء المرضى، مثل الحصول على إذن من أحد الأقارب المسؤولين عن المريض. وعند موافقة لجنة مراجعة آداب المهنة على مثل هذا البروتوكول أو إجازته، يجوز للباحث أن يسعى لنيل إذن من ذلك القريب المسؤول وإدراج المريض كحالة بحثية.

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الارشادية (٦)
الحصول على الموافقة المستنيرة
التزامات الجهات الراعية للأبحاث والباحثين

ما ذكر من واجبات الجهات الراعية للأبحاث والباحثين في هذه القاعدة متسق في الجملة مع مبادىء الشريعة الإسلامية، إذ هو في حقيقته تفصيل أو شرح لما أجمل في القاعدتين (٤) و (٥)، وقد سبق لنا بيان التأصيل الشرعي لفكرتهما الأساسية وما يبنى عليه من تفريغ وتفصيل، وفيه كفاية وإيضاح يغني عن الإعادة والتكرار ههنا.

القاعدة الإرشادية ٧
الحث على المشاركة في الأبحاث

قد يتم تعويض حالات البحث عن مكاسبهم المفقودة وتكاليف السفر وغيرها من النفقات المحتملة من جراء المشاركة في البحث؛ وقد يتلقون كذلك خدمات طبية مجانية. وقد يتم أيضاً إعطاء مبالغ مالية للحالات، خاصةً هؤلاء الذين لا يتمتعون بفوائد مباشرة من عملية البحث، أو يتم تعويضهم بدلاً من ذلك عن المضايقات التي يتضمنها البحث والوقت المستهلك فيه. ومع ذلك، ينبغى ألا تكون المبالغ كبيرة جداً وألا تكون الخدمات الطبية باهظة التكاليف من أجل حث الحالات المتوقعة للموافقة على المشاركة في البحث على حساب الرأي الأفضل لهم ("التشجيع غير اللائق"). ويجب موافقة إحدى لجان مراجعة آداب المهنة على كافة المبالغ المالية والتعويضات والخدمات الطبية المقدمة لحالات البحث.

تعليق على القاعدة ٧

التعويض المقبول:

يمكن تعويض حالات البحث عن تنقلاتهم وغيرها من النفقات، بما في ذلك مكاسبهم التي فقدوها، المرتبطة بمشاركتهم في البحث. وهؤلاء الذين لا يتلقون مزايا مباشرة من عملية البحث قد يحصلون كذلك على مبالغ صغيرة من المال نظير ما يصادفونه من متاعب بسبب المشاركة في البحث. ويمكن أن يحصل جميع الحالات على خدمات طبية غير متعلقة بعملية البحث مع الخضوع لإجراءات واختبارات بدون مقابل.

التعويض غير المقبول:

يتعين ألا تكون المدفوعات المالية أو العينية لحالات البحث كبيرة على النحو الذي يقنعهم بالمخاطرة غير الملائمة أو التطوع على خلاف ما يرونه صواباً. ومن شأن المدفوعات أو المكافآت التي تقوض قدرة الشخص على ممارسة اختياره الحر أن تبطل الموافقة. وقد يكون من الصعب التمييز بين التعويض المناسب والتأثير غير اللائق من أجل المشاركة في البحث. فقد يرى الشخص العاطل أو الطالب التعويض المنتظر بصورة مختلفة عن الشخص العامل. والشخص الذي لا يتمتع بالرعاية الصحية قد يُدفع وقد لا يُدفع على نحو غير لائق للمشاركة في البحث لمجرد الحصول على هذه الرعاية. وقد يتم حث الحالة المتوقعة على الاشتراك في البحث بهدف الحصول على تشخيص أفضل لمرض ما أو دواء لا يمكن نيله من طريق آخر؛ وقد ترى اللجان المحلية لمراجعة آداب المهنة أن مثل هذه الوسائل التشجيعية مقبولة. لذا، يجب تقييم التعويضات المالية والعينية في ضوء التقاليد المرتبطة بالثقافة الخاصة للمجتمع السكانى الذي تُقدم فيه، لتحديد ما إذا كانت تمثل تأثيراً غير لائق أم لا. وعادةً ما تُعتبر لجنة مراجعة آداب المهنة هي الحكم الأفضل بشأن الشئ الذي يُشكل تعويضاً مادياً مقبولاً في ظروف خاصة. وعندما تحمل التدخلات والإجراءات البحثية التي لا تعد بفوائد مباشرة، قدراً يفوق الحد الأدنى من المخاطرة، يتعين على جميع الأطراف المعنية بالبحث-الكفلاء والباحثين ولجان مراجعة آداب المهنة – في كل من البلد الممول والبلد المضيف توخى الحرص في تجنب التشجيع المادى غير اللائق.

الأشخاص غير المؤهلين:

قد يكون الأفراد الذين يفتقدون للأهلية عرضةً للاستغلال من قبل

الأوصياء بهدف التربح المادى. ويتعين عدم تقديم أية تعويضات للوصى الذي يُطلب منه منح إذن نيابةً عن الشخص غير المؤهل، فيما عدا رد نفقات الانتقال والنفقات ذات الصلة.

الانسحاب من الدراسة:

يتعين دفع مبالغ مالية أو تعويض إلى الحالة التي تنسحب من البحث لأسباب تتعلق بالدراسة، مثل الآثار الجانبية غير المقبولة لدواء تتضمنه الدراسة، أو التي يتم سحبها لدواع صحية، بالقدر الممنوح نظير المشاركة الكاملة. أما الحالة التي تنسحب لأي سبب آخر فينبغى منحها مبالغ مالية بما يتناسب مع قدر مشاركتها في البحث. ومن حق الباحث الذي يقوم باستبعاد حالة من الدراسة بسبب عدم الالتزام المتعمد أن يمتنع عن سداد جزء من أو كافة المدفوعات المالية.

الرأي الإسلامى بشأن القاعدة الارشادية (٧) الحث على المشاركة في الأبحاث

لاحرج شرعا في تعويض حالات البحث عن مكاسبهم المفقودة وتكاليف السفر وغيرها من النفقات المحتملة من جراء المشاركة في البحث... الخ، بل إن قاعدة الجوابر ومبادئ العدالة والإنصاف تلزم تعويضهم بالبدل المكافيء لما تحملوه.

أما ما زاد على ذلك من مبالغ مالية أو عينية أو تعويضات بلغت مقداراً يدل على أن الغرض منه تطويع إرادة الشخص (حالة البحث) ودفعه إلى الموافقة غير الناشئة عن امتناع، فإن ذلك ممنوع شرعاً.

القاعدة الإرشادية ٨
مزايا ومخاطر المشاركة في الأبحاث

بالنسبة لجميع أبحاث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية، يجب على الباحث أن يضمن أن هناك توازناً معقولاً بين المزايا والمخاطر المحتملة وأن المخاطر يتم تقليلها إلى أدنى حد.

إن التدخلات أو الإجراءات التي تحمل آمالاً في تحقيق فائدة تشخيصية أو علاجية أو وقائية مباشرة للحالات كل على حدة، يجب أن يتم تبريرها من خلال توقعات مؤداها أنها سوف تكون على أقل تقدير مفيدة للحالة الفردية، في ضوء المخاطر والمزايا المنظورة، على نحو مماثل لأي بديل متاح. كما يجب تبرير مخاطر مثل هذه التدخلات أو الإجراءات المفيدة فيما يتعلق بالفوائد المتوقعة للحالة الفردية.

أما بالنسبة لمخاطر التدخلات التي لا تحمل آمالاً في تحقيق فائدة تشخيصية أو علاجية أو وقائية مباشرة للفرد فيجب أن يتم تبريرها فيما يتعلق بالمزايا المتوقعة للمجتمع (المعارف العامة). كما يجب أن تكون المخاطر التي تخلفها مثل هذه التدخلات معقولة فيما يتعلق بأهمية المعرفة المقرر اكتسابها.

تعليق على القاعدة ٨

إن إعلان هلسنكى يتناول مصالح حالات البحث وتجنب المخاطر في عدة فقرات. وعليه فإن الاعتبارات المرتبطة بمصالح الحالات البحثية ينبغى أن تكون لها الأسبقية على مصالح العلم والمجتمع (الفقرة ٥)؛ كما يجب أن يسبق الاختبارات القائمة على الملاحظة المباشرة تجارب معملية أو تجارب تُجرى على الحيوانات تكفي لإظهار إمكانية

معقولة للنجاح دون التعرض لمخاطر مفرطة (الفقرة ١١)؛ وكل مشروع بحثي يجب أن يسبقه تقدير دقيق للمخاطر والأعباء التي يمكن التنبؤ بها مقارنةً بالمزايا المتوقعة للفرد وغيره (الفقرة ١٦)؛ ويجب على الباحثين من الأطباء أن يكونوا على ثقة من أن المخاطر المحتملة قد تم تقديرها بشكل كافٍ ويمكن إدارتها على نحو مرضٍ (الفقرة ١٧)؛ وكذلك يجب تقليل المخاطر والأعباء إلى الحد الأدنى وبصورة معقولة فيما يخص أهمية الهدف أو المعرفة المرجوة (الفقرة ١٨).

وغالباً ما تقوم أبحاث الطب الأحيائي بتوظيف مجموعة متنوعة من التدخلات، بعضها يحمل آمالاً بتحقيق فائدة علاجية مباشرة (التدخلات المفيدة) والبعض الآخر يتم إدارته بشكل منفرد للإجابة عن أسئلة البحث (التدخلات غير المفيدة). ويتم تبرير التدخلات المفيدة حال كونها في الممارسة الطبية من خلال توقعات مؤداها أنها سوف تكون على الأقل مفيدة للأفراد المعنيين، في ضوء كل من المخاطر والمزايا، بقدر مماثل لأي بديل متاح. أما التدخلات غير المفيدة فيتم تقديرها بشكل مختلف؛ فقد يتم تبريرها فقط من منطلق السعى وراء اكتساب المعرفة. وعند تقدير المخاطر والمزايا التي يتضمنها أحد البروتوكولات لتجمع سكانى ما، من الملائم دراسة الضرر الذي قد ينتج عن التخلى عن عملية البحث.

ولا تحول الفقرتان ٥ و ١٨ من إعلان هلسنكى دون مشاركة المتطوعين الذين يطلعون على المعلومات على نحو جيد، وممن تتوافر لديهم القدرة على التقييم الشامل للمخاطر والمزايا التي يتضمنها أحد الفحوص، في الأبحاث بدافع حب الخير للآخرين أو طمعاً في مكافآت متواضعة.

تقليل المخاطر المرتبطة بالمشاركة في تجربة مفيدة تعتمد على أخذ العينات العشوائية. في التجارب المقيدة المعتمدة على أخذ

العينات العشوائية تتعرض الحالات للمجازفة من جراء تخصيصها لتلقى علاج ثبتت فعاليته المحدودة. ويتم تعيين الحالات بالمصادفة لأحد ذراعى أو أذرع التدخل ويتم متابعتهم إلى نقطة نهاية محددة سلفاً. (ومن المفهوم أن التدخلات تتضمن علاجات جديدة أو قائمة واختبارات تشخيصية وإجراءات وقائية). ويتم تقييم أي تدخل عن طريق مقارنته بغيره (وسيلة تحكم)، والذي يُعتبر الأسلوب الأفضل في الوقت الحالى، المختار من بين العلاجات المتوافرة على مستوى العالم، وذلك إذا لم يكن ممكناً تبرير بعض أساليب التدخل الضابطة الأخرى من الناحية الأخلاقية مثل الأدوية المعطاة للمرضى إرضاءً لهم. (ارجع إلى القاعدة الإرشادية ١١).

ولتقليل المخاطرة إلى الحد الأدنى عندما يتم تصميم أسلوب التدخل المقرر اختباره في تجربة مقيدة تعتمد على العينات العشوائية لمنع أو تأجيل نتيجة تؤدى إلى الموت أو العجز، يجب على الباحث، لأغراض إجراء التجربة، ألا يقوم بسحب العلاج المعروف بأن له أفضلية على أسلوب التدخل الخاضع للاختبار، وذلك ما لم يتم تبرير عملية السحب وفقاً للمعايير المذكورة في القاعدة الإرشادية ١١. كما يجب على الباحث أن يتعهد في بروتوكول البحث باتخاذ اللازم بشأن مراقبة بيانات البحث بمعرفة هيئة مستقلة (هيئة مراقبة البيانات والسلامة)؛ وأحد مهام هذه الهيئة هو حماية حالات البحث من أية ردود أفعال معادية معروفة سلفاً أو أي تعرض مطول وغير ضرورى لعلاج ذى فعالية ضئيلة. ومن المعتاد في بداية التجربة المقيدة المعتمدة على العينات العشوائية أن يتم وضع المعايير الخاصة بإنهائها قبل الاكتمال (قواعد وإرشادات الإيقاف).

المخاطر التي تهدد مجموعات الأفراد:

قد تسبب الأبحاث التي تُجرى في مجالات معينة مثل علوم الأوبئة والوراثة والاجتماع، مخاطر لمصالح بعض الجاليات أو المجتمعات أو الجماعات ذات الأجناس أو الأعراق المعينة. وقد يتم نشر معلومات من شأنها أن تلحق العار بمجموعة ما أو تُعرض أفرادها للتمييز في المعاملة. ومثل هذه المعلومات قد تُظهر على سبيل المثال، خطأً أو صواباً، أن تلك المجموعة ينتشر فيما بين أفرادها تعاطى الكحوليات، أو تعانى مرضاً عقلياً أو مرضاً ينتقل عن طريق الاتصال الجنسى، أو تتعرض بصورة خاصة لاضطرابات وراثية معينة بمعدل يفوق المتوسط. لذا يتعين أن تكون الخطط الموضوعة لإجراء مثل هذه الأبحاث مراعية لمثل هذه الاعتبارات، وللحاجة إلى الحفاظ على سرية المعلومات أثناء وعقب الدراسة، وللحاجة إلى نشر النتائج بطريقة تحترم مصالح جميع الأطراف المعنية، أو عدم نشرها في ظروف خاصة. كما يتعين على لجنة مراعاة آداب المهنة أن تتأكد من أن كافة مصالح من يعنيهم الأمر تنال الاهتمام اللائق؛ وغالباً ما يُحبذ الحصول على الموافقات الفردية مشفوعة بوجهات نظر المجتمع في مجمله.

(وتتعرض القاعدة الإرشادية ٩ بمزيد من التفصيل للأساس الأخلاقى لتبرير المخاطر).

الرأي الإسلامي في القاعدة الإرشادية (٨)
مزايا ومخاطر المشاركة في الأبحاث

١ - وجوب ضمان توازن معقول بين المزايا والمخاطر المحتملة في الأبحاث المتضمنة لحالات دراسية بشرية [مع رجحان فوائدها المتوقعة للحالة الفردية على أقل تقدير] ولزوم تقليل المخاطر إلى أدنى حد ممكن أصل شرعي مقرر مستمد من القواعد الفقهية الآتية: "الضرر واجب الدفع ما أمكن"[(١)] و"إذا تعارضت المصلحة والمفسدة قدم أرجحهما"[(٢)]،

قال ابن تيمية: وسر الشريعة أن الفعل إذا اشتمل على مفسدة منع، إلا إذا عارضها مصلحة راجحة، كما في إباحة الميتة للمضطر. . . يدفع أعظم الضررين باحتمال أدناهما"[(٣)].

٢ - تبرير مخاطر التدخلات التي لا تحمل آمالا في تحقيق فائدة تشخيصية أو علاجية أو وقائية مباشرة للفرد بالمزايا الهامة المتوقعة للمجتمع أمر سائغ في النظر الشرعي، بناء على ما جاء في القواعد الفقهية العامة، "والمصالح العامة مقدمة على المصالح الخاصة"[(٤)]، و"اعتناء الشرع بالمصالح العامة أوفر وأكمل من اعتنائه بالمصالح الخاصة"[(٥)]، و"المصلحة العامة كالضرورة الخاصة"[(٦)] أي في إباحة المحظور.

---

(١) بدائع الصنائع ٥/ ٢٨٦، ٢٨٧.
(٢) المأمول للسعدي ص ١٤٢، القواعد للسعدي ص ٧٨ / ق: ٣٣.
(٣) مختصر الفتاوي المصرية لابن تيمية ص ٣٣٨، وانظر المسائل الماردينية لابن تيمية ص ٦٣.
(٤) الموافقات للشاطبي ٢/ ٣٥٠، ٣٧٦.
(٥) القواعد الكبرى للعز بن عبد السلام ٢/ ١٥٨.
(٦) القواعد الكبرى ٢/ ٣١٤.

أما ضبط التفرقة بين المصلحة العامة والخاصة، فهو أن:

المصلحة العامة [أو الكلية]: هي كل ما فيه جلب نفع أو دفع ضرر يعود على جميع الأمة أو على جماعة كبيرة أو قطر أو نحو ذلك منها.[١].

والمصلحة الخاصة [أو الجزئية]: هي كل ما فيه جلب نفع أو درء ضرر أو مفسدة تعود على فرد معين أو أفراد قليلين[٢].

(١) شفاء الغليل للغزالي ص ٢١٠، مقاصد الشريعة للطاهر بن عاشور ص ٧٨، ٨٦.
(٢) المرجعان السابقان.

القاعدة الإرشادية ٩
القيود الخاصة على المخاطرة عندما يتضمن البحث أفراداً غير قادرين على منح الموافقة المستنيرة

عندما يكون هناك مبرر علمى لإجراء أبحاث على أفراد غير قادرين على منح الموافقة المستنيرة، يتعين ألا تكون المخاطرة الناتجة عن التدخلات البحثية التي لا تحمل آمالاً بتحقيق فائدة مباشرة للحالات الفردية، أكثر احتمالاً وأكبر حجماً من تلك المرتبطة بالفحص الطبى أو النفسى المعتاد لمثل هؤلاء الأفراد. ويجوز السماح بزيادات طفيفة أو ثانوية عن تلك المخاطرة عندما يوجد أساس منطقى علمى أو طبى مهيمن لمثل هذه الزيادات وعندما تجيز ذلك إحدى لجان مراجعة آداب المهنة.

تعليق على القاعدة ٩

معيار المخاطرة المنخفضة. قد يكون لدى أفراد معينين أو جماعات معينة قدرة محدودة على منح الموافقة المستنيرة إما بسبب أن حقهم في تقرير المصير محدود، كما في حالة السجناء، وإما بسبب أن قدرتهم الإدراكية محدودة. وبالنسبة للبحوث المتضمنة لأشخاص غير قادرين على الموافقة، أو قدرتهم على الاختيار المعلن لا ترقى إلى معيار الموافقة المستنيرة بشكل تام، يجب على لجان مراجعة آداب المهنة أن تميز بين مخاطر التدخل التي لا تتعدى تلك المرتبطة بالفحص الطبى أو النفسى المعتاد لهؤلاء الأشخاص وبين المخاطر التي تفوق هذه المرحلة.

عندما لا تزيد المخاطر المتعلقة بمثل هذه التدخلات على تلك

المرتبطة بالفحص الطبى أو النفسى المعتاد لهؤلاء الأشخاص، لا يكون هناك مطلب لمعايير مستقلة أو إجرائية ووقائية خاصة بخلاف تلك المطلوبة بصفة عامة لكافة البحوث المتضمنة لأعضاء طبقة معينة من الأشخاص. وعندما تتعدى المخاطر تلك المشار إليها، يجب على لجنة مراجعة آداب المهنة التثبت من:

١ - أن البحث مصمم للتعامل مع المرض الذي يؤثر على الحالات المتوقعة، أو مع الظروف ذات الحساسية الخاصة بالنسبة لهم؛

٢ - أن مخاطر التدخلات البحثية أكبر بدرجة طفيفة فقط من تلك المرتبطة بالفحص الطبى أو النفسى المعتاد لهؤلاء الأشخاص بالنسبة للظرف أو مجموعة الظروف القائمة على الملاحظة المباشرة والخاضعة للفحص؛

٣ - أن الغرض من البحث مهم على نحو كافٍ لتبرير تعرض الحالات لمجازفة متزايدة؛

٤ - أن التدخلات متناسبة بشكل معقول مع التدخلات القائمة على الملاحظة المباشرة والتي تعرضت لها الحالات أو التي من المتوقع أن تتعرض لها فيما يتعلق بالظرف الخاضع لعملية الفحص.

وإذا حدث ولم تعد حالات البحث تلك، بما في ذلك الأطفال، قادرة على منح الموافقة المستنيرة المستقلة خلال عملية البحث، يتعين الحصول على موافقتهم على الاستمرار في المشاركة.

ليس هناك تعريف دقيق متفق عليه دولياً "للزيادة الطفيفة أو الثانوية" على المخاطر المرتبطة بالفحص الطبى أو النفسى المعتاد لهؤلاء الأشخاص. وإنما يُستدل على معناها من خلال ما وصفته اللجان المختلفة لمراجعة آداب المهنة بأنه الالتزام بالمعيار. وتتضمن

الأمثلة حالات البزل القطنى والاستنشاق الخاص بالنخاع العظمي لدى الأطفال من ذوى الحالات التي تتطلب مثل هذه الفحوص بانتظام أثناء الممارسة القائمة على الملاحظة المباشرة. ويستبعد المطلب الذي مؤداه أن يكون الغرض من البحث مرتبطاً بالمرض الذي يؤثر على الحالات المتوقعة، استخدام مثل تلك التدخلات بالنسبة للأطفال الأصحاء.

ويهدف المطلب الخاص أن تكون التدخلات البحثية متناسبة بشكل معقول مع التدخلات القائمة على الملاحظة المباشرة والتي تعرضت لها الحالات أو التي من المتوقع أن تتعرض لها فيما يتعلق بالظرف الخاضع لعملية الفحص، إلى تمكينهم من الاستفادة من التجارب الشخصية عندما يقررون تقبل أو رفض الإجراءات الإضافية لأغراض تخدم البحث. لذلك، فإن اختياراتهم سوف تكون مبنية على مزيد من المعلومات حتى على الرغم من كونها لا تفي تماماً بمعيار الموافقة المستنيرة.

(ارجع أيضاً إلى القواعد الإرشادية ٤: الموافقة الفردية المستنيرة؛ ١٣: الأبحاث المتضمنة أشخاصاً سريعى التأثر؛ ١٤: الأبحاث التي تتضمن أطفالاً؛ ١٥: الأبحاث المتضمنة أفراداً غير قادرين على منح الموافقة المستنيرة على نحو كاف بسبب الاضطرابات العقلية أو السلوكية).

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (٩) القيود الخاصة على المخاطرة عندما يتضمن البحث أفرادا غير قادرين على منح الموافقة المستنيرة

١ - الفكرة العامة للقيود المنوه بها في هذه القاعدة مبررة في النظر الفقهي بالأصل الشرعي المتجه إلى التفريق في الأحكام بين الإذن الذي يصدر عن الشخص المتمتع بالأهلية التامة، القادر على منح الموافقة العلنية فيما يتعلق بنفسه، و بين الإذن الصادر عن الولي أو الوصي الشرعي للفرد غير القادر على منح الموافقة أو الاختيار المعلن، لانعدام الأهلية أو نقصها.

وبيان ذلك: أن إذن من ينوب عن الفرد في الحالة الثانية مقيد شرعا بكونه في مصلحة المولىَّ عليه المحضة، أو الراجحة [في الأمور المترددة بين المصلحة والمفسدة أو بين النفع والضرر]، وهو المعبر عنه في لغة الفقهاء بـ "ما فيه حظ له واغتباط". وعلى ذلك، فلا يكون مخولا بإصدار الموافقة التي يترتب عليها تعريضه للمخاطر التي تجلب له مفسدة أو ضررا محضا أو راجحا، وذلك صيانة وحماية لحقوق وحرمات أولئك الضعفاء عن الانتهاك والتضييع والعبث بها.. بخلاف إذن الفرد في الحالة الأولى، فهو أقل تقييدا وأكثر إطلاقا، بناء على احترام الشريعة لحق الإنسان في التصرف في شؤونه وحريته في اختيار ما يريده وما يراه الأفضل لنفسه، ولو كان فيه قدر من المخاطر، نظرا لتمتعه بالأهلية التامة، والقدرة الكاملة على الاختيار لنفسه[١].

(١) المدخل الفقهي العام للزرقا ٢/ ٨١٧ ومابعدها، الأشباه والنظائر للسيوطي ص ١٥٤، ولابن بخيم ص ١٨٦.

٢ - وجدير بالتاكيد تلك القيود الأربعة التي جاءت في القاعدة (٩) والتعليق عليها، فهي آراء فنية مبنية على وجهات نظر عرفية لأهل المهنة والاختصاص. . وإنّ من الممكن اعتبارها شرعا، بناء على قاعدة "العرف" إذا أقرها عرف أهل المهنة، وهي قابلة للتبدل والتغير إذا تبدل عرفهم، حيث إن ما ثبت بالعرف يتغير بتغيره شرعا.

القاعدة الإرشادية ١٠
البحث وسط سكان ومجتمعات ذات موارد محدودة

قبل الشروع في إجراء أبحاث وسط تجمع سكانى أو مجتمع ذى موارد محدودة، يجب على الجهة الراعية والباحث بذل قصارى الجهد لضمان أن:

البحث يلبى الاحتياجات الصحية والأولويات الخاصة بالتجمع السكنى أو المجتمع المزمع المقرر أن يُجرى فيه؛

أي تدخل أو منتج مطور أو معرفة ناشئة سوف يتم إتاحتها على نحو معقول لصالح ذلك التجمع السكنى أو المجتمع.

تعليق على القاعدة الإرشادية ١٠

هذه القاعدة الإرشادية متعلقة بالأقطار والمجتمعات ذات الموارد المحدودة إلى الحد الذي يجعلها معرضة للاستغلال من جانب الجهات الراعية والباحثين القادمين من الأقطار والمجتمعات الغنية نسبياً.

إيجابية البحث تجاه الاحتياجات والأولويات الصحية:

إن المطلب الأخلاقى الذي ينص على مراعاة البحث للاحتياجات الصحية للتجمع السكانى أو المجتمع الذي يُجرى فيه، يستدعى قرارات بشأن الأمور المطلوبة لتحقيق هذا المطلب. إذ إنه ليس كافياً الاقتصار على تحديد أن هناك مرضاً ما ينتشر وسط تجمع سكانى معين أو أن هناك حاجة للقيام بأبحاث جديدة أو بالمزيد من الأبحاث القائمة: فهذا المطلب الأخلاقى يمكن تحقيقه فقط إذا تم إتاحة التدخلات الناجحة أو الأنماط الأخرى ذات المزايا الصحية أمام ذلك التجمع السكانى. وهذا ينطبق بصفة خاصة على الأبحاث التي تُجرى في الأقطار التي تفتقر

حكوماتها إلى موارد لتوفير مثل هذه المنتجات أو المزايا على نطاق واسع. حتى عندما يكون المنتج المقرر اختباره في بلد معين أرخص بكثير من العلاج المتيسر الحصول عليه في بعض البلاد الأخرى، قد تعجز الحكومة أو الأفراد عن تحمل تكاليفه. وإذا ما تم استخدام المعرفة الناتجة عن البحث بصفة أساسية لمصلحة التجمعات السكانية التي بمقدورها تحمل تكاليف المنتج الخاضع للاختبار، فيمكن وصف البحث بحق بأنه استغلالى أو غير أخلاقى.

عندما يحتوى التدخل القائم على الفحص إمكانية ذات شأن للرعاية الصحية في البلد المضيف، ينبغى أن تتضمن عملية التفاوض الخاصة بتعهد الكفيل بتحديد المضامين العملية "للإيجابية وكذلك الإتاحة المعقولة"، مندوبين عن الأطراف المساهمة في البلد المضيف؛ وهؤلاء يشملون الحكومة الوطنية ووزارة الصحة وسلطات الصحة المحلية والجماعات العلمية ومجموعات آداب المهنة المعنية، وكذلك ممثلين عن المجتمعات التي يتم اختيار الحالات منها والمنظمات غير الحكومية مثل الجماعات المدافعة عن الصحة. وينبغى أن يغطى التفاوض البنية الأساسية المطلوبة للاستخدام الآمن والرشيد للتدخل، احتمالية الترخيص بالتوزيع، قرارات بشأن المدفوعات، والمبالغ المسددة نظير الابتكار، وأشكال الدعم، والتكنولوجيا والملكية الفكرية، وكذلك تكاليف التوزيع، عندما لا تكون هذه المعلومات الاقتصادية مسجلة باسم شركة معينة. وفي بعض الحالات، تجذب المناقشة المرضية لإتاحة وتوزيع المنتجات الناجحة بحكم الضرورة المنظمات الدولية والحكومات المانحة ووكالات التعاون الثنائى والمنظمات الدولية غير الحكومية والقطاع الخاص. ويتعين تسهيل البنية الأساسية للرعاية الصحية في البداية حتى يتم استخدامها أثناء وعقب القيام بالبحث.

بالإضافة إلى ذلك، إذا ثبتت نفعية عقار ما قائم على عملية الفحص، فإنه يتعين على الجهة الراعية الاستمرار في توفيره لحالات البحث عقب الانتهاء من الدراسة، وإلى حين الموافقة عليه من قبل هيئة لتنظيم تناول العقاقير. ومن غير المحتمل أن تكون الجهة الراعية في وضع يمكنها من إتاحة تدخل مفيد قائم على الفحص أمام المجتمع أو السكان بصفة عامة إلى ما بعد الفروغ من الدراسة ببعض الوقت، نظرا لأنه قد يكون هناك نقص في الكميات المعروضة ولا يمكن في أي من الحالات إتاحة العقار بوجه عام قبل التصديق عليه بواسطة هيئة لتنظيم تناول العقاقير.

وبالنسبة للدراسات البحثية ذات الأهمية الثانوية، وعندما تكون محصلة البحث علمية أكثر من كونها تصنيع منتج تجارى، فإن الحاجة نادرة، إن لم تكن معدومة، لمثل هذا التخطيط أو التفاوض المعقد. ومع ذلك، يجب أن يكون هناك ضمان بأن المعرفة العلمية التي تم التوصل إليها سوف يتم استخدامها لمصلحة السكان.

الإتاحة المعقولة: تتميز قضية "الإتاحة المعقولة" بالتعقيد وتحتاج إلى الحسم على أساس التعامل مع كل حالة على حدة. وتشمل الاعتبارات ذات الصلة بهذه القضية: الفترة الزمنية التي يتم فيها توفير التدخل أو المنتج المطور، أو أية منفعة متفق عليها لحالات البحث، أو المجتمع المعنى أو السكان المعنيين؛ سوء الحالة الطبية للحالة؛ تأثير سحب العقار الخاضع للدراسة (على سبيل المثال، وفاة الحالة)، التكلفة بالنسبة للحالة أو الخدمة الصحية؛ ومسألة التشجيع غير اللائق عند تقديم التدخل بدون مقابل.

وبصفة عامة إذا كان هناك سبب وجيه للاعتقاد بأنه من غير المحتمل إتاحة المنتج المطور أو المعرفة المكتسبة بواسطة البحث على نحو معقول،أو تطبيقه لمنفعة سكان البلد، أو المجتمع المضيف

المقترح عقب الانتهاء من الدراسة، فإنه من غير الأخلاقى إجراء البحث في ذلك البلد أو المجتمع. ولا ينبغى تفسير هذا على أنه عائق أمام الدراسات المصممة لتقييم المفاهيم العلاجية الجديدة. وكاستثناء نادر، على سبيل المثال، قد يتم تصميم البحث للحصول على دليل تمهيدى بأن عقاراً ما أو طائفة من العقاقير لديها تأثير مفيد في علاج مرض معين يوجد فقط في مناطق ذات موارد محدودة للغاية، ولا يمكن تنفيذ البحث على نحو حسن ومعقول في المجتمعات الأكثر تطوراً. ومثل هذه الأبحاث يمكن تبريرها من الناحية الأخلاقية حتى إذا لم تكن هناك خطة سارية لإتاحة المنتج أمام سكان بلد أو مجتمع مضيف عقب الفروغ من المرحلة التمهيدية من تطوير المنتج. وإذا ثبتت صلاحية المفهوم المعمول به، فإن المراحل التالية من البحث قد تؤدى إلى التوصل إلى منتج يمكن إتاحته بصورة معقولة عند الانتهاء من البحث.

(ارجع كذلك إلى القواعد: الإرشادية ٣: المراجعة الأخلاقية للأبحاث التي ترعاها جهات خارجية؛ ١٢: التوزيع العادل للأعباء والفوائد؛ ٢٠: زيادة القدرة على المراجعة الأخلاقية والعلمية وإجراء أبحاث الطب الأحيائي؛ ٢١: الالتزام الأخلاقى للجهات الخارجية الراعية للأبحاث بتقديم خدمات للرعاية الصحية).

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (١٠)
البحث وسط سكان ومجتمعات
ذات موارد محدودة

١ - وجوب بذل الجهة الراعية والباحث قصارى الجهد لضمان تلبية البحث للاحتياجات الصحية والأولويات الخاصة بالتجمع السكني أو المجتمع ذي الموارد المحدودة المزمع إجراؤه فيه. . أمر معتبر شرعا، لأن من مقاصد الشريعة - كما أسلفنا - مراعاة الأولويات، وذلك بوضع كل شيء في مرتبته، بالنظر إلى الواقع ومتطلباته، بحيث لا يؤخر ما حقه التقديم، ولا يقدم ما حقه التأخير[١].

٢ - لزوم إتاحة ثمرة البحث لصالح ذلك التجمع السكني أو المجتمع الذي أجري فيه على نحو معقول [فيه إنصاف] أمر مطلوب شرعا، حيث إنه من موجبات العدل والإحسان المأمورية في قوله تعالى: ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُ بِٱلۡعَدۡلِ وَٱلۡإِحۡسَٰنِ﴾ [النحل: ٩٠] وتطبيقا لذلك فإن كل دواء جديد ينتج عن البحث في بلد معين يجب أن يكون لذلك البلد نسبة من الأرباح الحاصلة منه، فإن من العدالة مقابلة الأعباء - بكونهم ميداناً للبحث - باستفادتهم من النتائج المادية التي تحصل منه.

(١) مراجع الرأي الإسلامي فى القاعدة الإرشادية رقم (٣). . . . . .

القاعدة الإرشادية ١١
اختيار الضابط (مقياس المقابلة)
في التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة

كقاعدة عامة، يتعين أن تتلقى حالات البحث في المجموعة الحاكمة لتجربة متعلقة بأسلوب تدخل تشخيصى أو علاجى أو وقائى، تدخلاً مؤثراً ومعمولاً به. وفي بعض الظروف، قد يكون من المقبول أخلاقياً استخدام أداة بديلة للمقارنة مثل الأدوية المعطاة إرضاءً للمرضى أو "عدم اللجوء إلى علاج".

وقد يستخدم الدواء الذي يُعطى إرضاءً للمرضى:

- عندما لا يوجد أسلوب تدخل مؤثر متعارف عليه؛
- عندما يُعرِّض سحب أسلوب التدخل المؤثر المتعارف عليه الحالات إلى متاعب مؤقتة أو تأخير في الشفاء من الأعراض؛
- عندما لا يؤدى استخدام أسلوب التدخل المؤثر المتعارف عليه كأداة للمقارنة إلى نتائج يُعول عليها من الناحية العلمية ولا يضيف استخدام الدواء الذي يُعطى إرضاءً للمرضى أية مخاطرة ينتج عنها ضرر خطير لحالات البحث يتعذر إلغاؤه.

تعليق على القاعدة ١١

الاعتبارات العامة للتجارب المقيدة القائمة على الملاحظة المباشرة

يثير تصميم التجارب القائمة على التدخلات الفحصية التشخيصية أو العلاجية أو الوقائية قضايا علمية وأخلاقية ذات علاقات متبادلة أمام الجهات الراعية والباحثين ولجان مراجعة آداب المهنة. وللحصول على نتائج موثوقة، يجب على الباحثين مقارنة آثار التدخل المعتمد على

الفحص على الحالات المخصصة للذراع (للأذرع) الفحصى لتجربة ما مع الآثار التي يخلفها أسلوب تدخل ضابط في الحالات المختارة من نفس الشريحة السكانية والمخصصة لذراع التدخل. ويعد أخذ العينات العشوائية الأسلوب المفضل لتخصيص حالات للأذرع المختلفة لتجربة قائمة على الملاحظة المباشرة ما لم يتم تبرير أسلوب آخر من الناحيتين العلمية والأخلاقية مثل الضوابط (مقاييس المقابلة) التاريخية أو الأدبية. وتوفر عملية التخصيص لأذرع العلاج عن طريق أخذ العينات العشوائية، بالإضافة إلى أفضليتها العلمية المعتادة، ميزة الاتجاه إلى تقديم مزايا ومخاطر متوقعة متكافئة من جراء المشاركة في التجربة.

لا يمكن تبرير التجربة القائمة على الملاحظة المباشرة ما لم تكن قادرة على تحقيق نتائج موثوقة من الناحية العلمية. وعندما يكون الهدف هو ترسيخ فاعلية وسلامة أسلوب التدخل القائم على الفحص، يكون استخدام ضابط الدواء الذي يُعطى للمريض على سبيل الإرضاء أكثر احتمالاً من استخدام ضابط فعال لتحقيق نتيجة يُعول عليها من الناحية العلمية. وفي كثير من الحالات لا يمكن ضمان قدرة التجربة على تمييز التدخلات الفعالة من غير الفعالة (حساسيتها للتحليل) ما لم يكن الضابط (مقياس المقابلة) هو الدواء المُعطى للمريض على سبيل الإرضاء. ومع ذلك، إذا كان أحد آثار استخدام الدواء المُعطى للمريض على سبيل الإرضاء هو حرمان الحالات في الذراع الضابط من أسلوب تدخل فعال متعارف عليه، وبالتالى تعريضهم لضرر خطير، خاصةً إذا تعذر إلغاؤه، يصبح استخدام الدواء المُعطى للمريض على سبيل الإرضاء عملاً منافياً لآداب المهنة بصورة جلية.

ضابط الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء في غياب بديل فعال حالى:

إن استخدام الدواء المُعطى للمريض على سبيل الإرضاء في ذراع

الضابط الخاص بتجربة قائمة على الملاحظة المباشرة يُعد مقبولاً من الناحية الأخلاقية عندما "لايوجد أسلوب وقائى أو تشخيصى أو علاجى مُثبت" كما جاء في إعلان هلسنكى (الفقرة ٢٩). وعادةً ما يكون الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء في هذه الحالة مُفضلاً من الناحية العلمية على عدم استخدام أسلوب تدخل ما من أساسه. ومع ذلك قد يكون التصميم البديل في ظروف معينة مقبولاً ومفضلاً من الناحيتين العلمية والأخلاقية؛ ومثال ذلك تجربة قائمة على الملاحظة المباشرة لتدخل جراحى، نظراً لأنه ليس ممكناً ولا مقبولاً من الناحية الأخلاقية بالنسبة للعديد من التدخلات الجراحية، ابتكار دواء مناسب يُعطى للمريض على سبيل الإرضاء؛ وفي مثال آخر، قد يختار الباحث في تجارب معينة للقاحات أن يقدم للمشاركين في ذراع الضابط لقاحاً غير مرتبط باللقاح المعتمد على الفحص.

التجارب المقيدة للدواء المُعطى على سبيل الإرضاء والتي تستتبع مخاطر ثانوية فقط:

قد يكون التصميم المقيد للدواء المُعطى للمريض على سبيل الإرضاء مقبولاً من الناحية الأخلاقية، ومفضلاً من المنظور العلمى، عندما يكون الظرف الذي لأجله يتم تخصيص المرضى/ الحالات عشوائياً لدواء مُعطى على سبيل الإرضاء أو علاج فعال، عبارة عن انحراف بسيط في المقاييس النفسية، مثل ضغط دم مرتفع بدرجة طفيفة أو زيادة معتدلة في مستوى الكولسترول؛ وإذا تسبب تأخير أو منع العلاج المتاح في متاعب مؤقتة فقط (على سبيل المثال، صداع تقليدى) وليس عواقب معاكسة وخطيرة. ويجب أن تكون لجنة مراجعة آداب المهنة على رضاء كامل من أن مخاطر سحب التدخل الفعال المتعارف عليه ثانوية وذات أمد قصير بالفعل.

ضابط الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء عندما لا يحقق الضابط القائم نتائج موثوقة:

إن أحد الأسس المنطقية ذات الصلة والجلية لاستخدام ضابط الدواء المُعطى للمريض على سبيل الإرضاء أكثر من أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه يتمثل في أن الخبرة الموثقة بشأن التدخل الفعال المتعارف عليه ليست كافية لعقد مقارنة موثوقة من الناحية العلمية مع التدخل الخاضع للفحص؛ وعليه يصبح من الصعب، إن لم يكن من المستحيل، تصميم دراسة موثوقة علمية دون استخدام دواء مُعطى على سبيل الإرضاء. ومع ذلك، لا يُعد هذا دائماً أساساً مقبولاً من الناحية الأخلاقية لحرمان الحالات الخاصة بالضابط من التدخل الفعال المتعارف عليه في التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة؛ ويكون هذا الشئ مقبولاً أخلاقياً فقط عندما لا يضيف أية مخاطرة ينتج عنها ضرر خطير للحالات، خاصةً إذا تعذر إلغاؤه. وفي بعض الأحوال، تكون الحالة التي يستهدفها التدخل (على سبيل المثال، السرطان أو مرض نقص المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز) من الخطورة بمكان بحيث تحرم الحالات الخاصة بالضابط من التدخل الفعال المتعارف عليه.

وهذا الأساس المنطقى الأخير (عندما لا يحقق الضابط مقياس المقابلة) القائم نتائج موثوقة) يختلف عن السابق (التجارب التي تستتبع مخاطر ثانوية فقط) من حيث التوكيد على أمر معين. ففي التجارب التي تستتبع مخاطر ثانوية فقط، تستهدف التدخلات القائمة على الفحص حالات غير ذات أهمية نسبياً مثل الزكام وسقوط الشعر؛ فالاستغناء عن أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه طيلة فترة التجربة يحرم الحالات الخاصة بالضابط من مزايا ثانوية فقط. ولهذا السبب يصبح منافياً لآداب المهنة استخدام تصميم مقياس للمقابلة خاص

بالدواء المُعطى على سبيل الإرضاء. وحتى إذا كان ممكناً تصميم ما يسمى بتجربة "انتفاء النقض" أو "التكافؤ" باستخدام ضابط قائم، يظل من غير الأخلاقى كذلك في مثل هذه الظروف استخدام تصميم مقياس للمقابلة خاص بالدواء المُعطى على سبيل الإرضاء. وفي أي من الأحوال يجب على الباحث أن يقنع لجنة مراجعة آداب المهنة بأن سلامة حالات البحث وحقوقها الإنسانية سوف تنال الحماية الكاملة، وأنه سوف يتم إعلام الحالات المتوقعة بالعلاجات البديلة بشكل واف، وأن هدف وتصميم الدراسة صحيحان من الناحية العلمية. ويزداد التقبل الأخلاقى لمثل هذه الدراسات الخاصة بالأدوية المعطاة للمرضى على سبيل الإرضاء على نحو تقييدى بزيادة فترة استخدام هذه الأدوية، وعندما يسمح تصميم الدراسة بتغيير في العلاج القائم (علاج الهروب) إذا حدثت أعراض لاتُحتمل.

الاستخدام الاستثنائى لأداة مقارنة غير أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه:

أحد استثناءات القاعدة العامة يتم تطبيقه في بعض الدراسات المصممة لتطوير أسلوب تدخل علاجى أو وقائى أو تشخيصى لاستخدامه في قطر أو مجتمع يكون فيه أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه غير متاح وغير محتمل توافره في المستقبل المنظور، وذلك لأسباب اقتصادية وتموينية. والهدف من وراء مثل هذه الدراسة هو إتاحة بديل فعال لأسلوب تدخل فعال متعارف عليه ومتوفر على المستوى المحلى أمام سكان قطر أو مجتمع. وبناء على ذلك، يجب أن يكون أسلوب التدخل المقترح والقائم على الفحص ملبياً للاحتياجات الصحية للسكان الذين يتم تجنيد حالات البحث من بينهم، ويجب أن يكون هناك ضمان بأنه سوف يكون متاحاً بشكل معقول أمام

هؤلاء السكان، إذا ثبتت سلامته وفعاليته. وكذلك يجب أن تكون لجان المراجعة العلمية والأخلاقية على اقتناع بأن أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه لا يمكن استخدامه كأداة للمقارنة لأن استخدامه لن يحقق نتائج يُعول عليها من الناحية العلمية وترتبط بالاحتياجات الصحية للسكان الخاضعين للدراسة. وفي هذه الظروف، يمكن للجنة مراجعة آداب المهنة التصديق على تجربة قائمة على الملاحظة المباشرة تكون فيها أداة المقارنة غير أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه، مثل الدواء المُعطى للمرضى على سبيل الإرضاء أو عدم استخدام علاج على الإطلاق أو علاج محلى.

ومع ذلك يعترض بعض الناس بشدة على الاستخدام الاستثنائى لأداة مقارنة غير أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه لأنه قد يؤدى إلى استغلال السكان الفقراء والمضرورين. ويستند الاعتراض على ثلاث حجج:

١ - ضابط (مقياس مقابلة) الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء قد يُعرض الحالات لمخاطرة ينتج عنها ضرر خطير أو يتعذر إلغاؤه عندما يكون استخدام أسلوب تدخل فعال متعارف عليه من شأنه أن يتحاشى تلك المخاطرة.

٢ - لا يوافق جميع الخبراء العلميين على الظروف التي لا يحقق فيها أسلوب تدخل فعال متعارف عليه ومستخدم كأداة مقارنة، نتائج يعول عليها من الناحية العلمية.

٣ - لا يمكن للسبب الاقتصادى وراء عدم توافر أسلوب تدخل فعال ومتعارف عليه أن يبرر إجراء دراسة لدواء يُعطى على سبيل الإرضاء على نحو تقييدى في قطر ذى موارد محدودة عندما يكون من غير الأخلاقى إجراء الدراسة بنفس التصميم وسط تجمع سكانى يتيسر له بصفة عامة أسلوب التدخل الفعال خارج نطاق الدراسة.

ضابط الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء عندما يكون أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه غير متاح في البلد المضيف:

والسؤال المثار هنا هو: متى يتعين السماح باستثناء للقاعدة العامة التي تقضى بأن يتلقى جميع الحالات في ذراع الضابط الخاص بتجربة قائمة على الملاحظة المباشرة تدخلاً فعالاً متعارفاً عليه؟

إن السبب المعتاد وراء اقتراح الاستثناء، وذلك لأسباب اقتصادية أو تموينية، هو عدم استخدام أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه على نحو عام أو عدم إتاحته في البلد المقرر إجراء الدراسة فيه، في الوقت الذي يمكن فيه توفير أسلوب التدخل القائم على الفحص في ضوء الموارد المالية والبنية التحتية لذلك البلد.

وثمة سبب آخر قد يتم طرحه لاقتراح تجربة الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء على نحو تقييدى يتمثل في أن استخدام أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه كضابط (مقياس للمقابلة) لن يُؤدى إلى بيانات موثوقة من الناحية العلمية ومرتبطة بالبلد المقرر إجراء التجربة فيه. وقد تكون البيانات الحالية بشأن فعالية وسلامة أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه متراكمة تحت ظروف مغايرة لظروف السكان المقترح إجراء التجربة بينهم؛ وربما يقول قائل بأن هذا قد يجعل استخدام تلك البيانات في التجربة أمراً لا يُعول عليه. وقد يكون السبب هو أن المرض أو الحالة تُظهر نفسها بشكل مختلف بين السكان المختلفين، أو أن العوامل الأخرى غير المتحكم فيها قد تفسد استخدام البيانات الحالية لأغراض تتعلق بالمقارنة.

إن استخدام ضابط الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء في هذه الظروف مثار جدل من الناحية الأخلاقية للأسباب التالية: -

قد تستخدم الجهات الراعية للأبحاث الأقطار أو المجتمعات

الفقيرة كأساس للأبحاث التي يكون من الصعب أو المستحيل إجراؤها في الأقطار التي يكون فيها أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه متيسراً على نحو عام؛ وهناك احتمال لتسويق أسلوب التدخل القائم على الفحص، في حالة ثبوت سلامته وفعاليته، في الأقطار التي يكون فيها أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه متوفراً بالفعل ومن غير المحتمل تسويقه في البلد المضيف.

تُعتبر حالات البحث، كل من الذراع القائم وذراع الضابط، مرضى مصابين بمرض خطير من الممكن أن يهدد حياتهم. ويتعذر لهم في العادة الوصول إلى أسلوب تدخل فعال متعارف عليه ومتوفر في الوقت ذاته لدى مرضى مماثلين في أقطار أخرى عديدة. وطبقاً لمتطلبات التجربة التي يُعول عليها من الناحية العلمية، يُتوقع من الباحثين، الذين قد يكونون هم الأطباء المشرفين على الحالات، إدراج بعض هؤلاء المرضى/الحالات في ذراع الضابط الخاص بالدواء المُعطى على سبيل الإرضاء. وقد يبدو هذا انتهاكاً لواجب الطبيب والمنبثق من ثقة المريض به بشأن الولاء غير المجزأ للمريض، خاصةً في الحالات التي يمكن فيها توفير العلاج الفعال المعروف للمرضى.

وقد يكون أحد الآراء المدافعة عن الاستخدام الاستثنائى لضابط الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء هو أن الهيئة الصحية في قطر ما – لا يتوفر فيه أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه ولا يمكن تحمل تكاليفه، ومن غير المحتمل توافره أو الاضطلاع بتكاليفه في المستقبل المنظور – تسعى لتطوير أسلوب تدخل يمكن تحمل تكاليفه موجه بالتحديد لمشكلة صحية تؤثر على سكان ذلك القطر. وعليه لا يكون هناك ما يدعو للقلق، اللهم إلا القدر القليل، من أن تصميم دواء يتم إعطاؤه على سبيل الإرضاء يشوبه الاستغلال وبالتالى تنتفي منه الصفة الأخلاقية، لأن الهيئة الصحية تتحمل مسؤولية الحفاظ على صحة

السكان، وهناك أساس صحى سليم لاختبار تدخل مفيد من الناحية الظاهرية. وفي مثل هذه الظروف قد تقر لجنة مراجعة آداب المهنة بأن التجربة المقترحة مقبولة أخلاقياً، شريطة صيانة حقوق وسلامة حالات البحث.

وسوف تكون لجان مراجعة آداب المهنة بحاجة إلى أن تعكف على التحليل الدقيق للظروف لتحديد ما إذا كان استخدام الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء مقبولاً من الناحية الأخلاقية أكثر من أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه. وسوف تكون بحاجة إلى الاقتناع بأنه من غير المحتمل فعلاً توفير وتنفيذ أسلوب تدخل فعال متعارف عليه في ذلك القطر. ومع ذلك، قد يكون من الصعب تحديد هذا الأمر لأنه من المؤكد أن يتم العثور، مع قدر كاف من المثابرة والإخلاص، على طرق للاطلاع على منتجات دوائية لم تكن متاحة فيما سبق، وبالتالى تحاشى القضية الأخلاقية التي يثيرها ضابط الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء.

عندما يكون الأساس المنطقى وراء اقتراح تجربة الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء على نحو تقييدى هو أن استخدام أسلوب تدخل فعال متعارف عليه كضابط لن يحقق بيانات موثوقة من الناحية العلمية ومرتبطة بالبلد المضيف المقترح، يكون لدى لجنة مراجعة آداب المهنة في ذلك البلد اختيار الاستعانة برأي متخصص عما إذا كان استخدام أسلوب تدخل فعال متعارف عليه في ذراع الضابط سوف يفسد نتائج البحث أم لا.

"تجربة التكافؤ" كبديل لتجربة الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء على نحو تقييدى:

أحد بدائل تصميم ضابط الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء هو

"تجربة التكافؤ" والتي من شأنها المقارنة بين أسلوب تدخل قائم على الفحص وأسلوب تدخل فعال متعارف عليه والحصول على نتائج يُعول عليها من الناحية العلمية. ولا يتم تصميم تجربة التكافؤ في بلد لا يتوفر فيه أسلوب تدخل فعال متعارف عليه لتحديد إذا ما كان الأسلوب القائم على الفحص أرقى من أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه المستخدم في الفترة الحالية في مكان ما من العالم؛ بل إن هدفها يتمثل في تحديد ما إذا كان الأسلوب القائم على الفحص مكافئاً أو مكافئاً تقريباً لأسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه من حيث الفعالية والسلامة. ومع ذلك، فإنه من الخطورة بمكان الحكم بأن أسلوب التدخل الذي يتبين أنه مكافئ أو مكافئ تقريباً لأسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه أفضل من عدم استخدام أسلوب تدخل على الإطلاق أو أرقى من أي أسلوب آخر متاح في قطر ما؛ فقد توجد اختلافات جوهرية بين نتائج التجارب المتماثلة على نحو اصطناعى والقائمة على الملاحظة المباشرة والتي يتم إجراؤها في أقطار مختلفة. وفي حالة وجود مثل هذه الاختلافات، يصبح من المقبول علمياً والمفضل أخلاقياً إجراء "تجربة التكافؤ" في أقطار يتوافر فيها بالفعل أسلوب تدخل فعال متعارف عليه.

وفي حالة وجود أساس جوهرى لدى لجنة مراجعة آداب المهنة للحكم بأن أسلوب التدخل الفعال المتعارف عليه لن يصبح متاحاً وقابلاً للتنفيذ، يتعين على اللجنة الحصول على ضمانات من الأطراف المعنية بأن هناك خططاً تم الموافقة عليها لجعل أسلوب التدخل القائم على الفحص متاحاً بصورة معقولة في البلد أو المجتمع المضيف متى ثبتت فعاليته وسلامته. وبالإضافة إلى ذلك، عندما تكون الدراسة تحت رعاية خارجية، فإن الموافقة ينبغى أن تعتمد عادةً على الجهات الراعية والهيئات الصحية للبلد المضيف والمشاركة في عملية التفاوض

والتخطيط، بما في ذلك تبرير الدراسة فيما يتعلق باحتياجات الرعاية الصحية المحلية.

وسائل تقليل الضرر الواقع على حالات ضابط الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء إلى الحد الأدنى:

عندما يتم تبرير ضوابط الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء بناء على أحد الأسس المذكورة في القاعدة الإرشادية، تظل هناك وسائل لتقليل التأثير الضار المحتمل إلى الحد الأدنى والناتج عن إدراج الحالات في ذراع الضابط.

أولاً، مجموعة ضابط الدواء المُعطى على سبيل الإرضاء التي لا تحتاج إلى وقف العلاج عنها. يمكن استخدام تصميم ملحق عندما تكون المداواة أو العلاج المعيارى ذا آليات تنفيذ مختلفة. فيتم إضافة أسلوب العلاج المقرر اختباره والدواء المُعطى على سبيل الإرضاء كل على حدة إلى أسلوب العلاج المعيارى. والدراسات في هذا المجال لها أهميتها الخاصة عندما يُعرف عن العلاج المعيارى أنه يقلل معدل الوفيات أو الأمراض المستعصية، إلا أنه لا يمكن إجراء تجربة يكون فيها العلاج المعيارى هو الضابط الفعال، أو يكون من الصعب تفسير القاعدة الإرشادية المنبثقة عن (المؤتمر الدولى للهرمونات. . اختيار مجموعة التحكم (الضابط) والمسائل ذات الصلة في التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة، ٢٠٠٠). وفي الاختبارات الخاصة بالعلاج المُحسن للأمراض التي تهدد الحياة مثل السرطان أو نقص المناعة المكتسبة في الجسم (الإيدز) أو توقف القلب، تكون التصاميم الملحقة مفيدة بشكل خاص كوسائل للتوصل إلى تحسينات لأساليب التدخل التي تفتقد الفعالية التامة أو المسببة لآثار جانبية لا تطاق. وهذه التصاميم لها دورها كذلك فيما يتعلق بعلاج الصرع والروماتيزم وتخلخل العظام على سبيل المثال، نظراً لأن سحب العلاج الفعال

المتعارف عليه قد يؤدى إلى إعاقة متزايدة أو متاعب غير مقبولة أو كليهما.

ثانياً، كما هو موضح في التعليق على القاعدة الإرشادية الثامنة، عند تصميم أسلوب تدخل مقرر اختباره في تجربة مقيدة قائمة على العينات العشوائية لمنع أو تأجيل نتيجة تؤدى إلى الوفاة أو العجز، يقوم الباحث بتقليل الآثار الضارة لدراسات ضابط العلاج الإرضائى إلى الحد الأدنى باشتراط مراقبة بيانات البحث بواسطة هيئة مستقلة لمراقبة البيانات والسلامة وبيان ذلك في بروتوكول البحث. وأحد مهام هذه الهيئة هو حماية حالات البحث من ردود الأفعال المعادية والمعروفة سلفاً؛ ومهمة أخرى تتمثل في تجنب التعرض المطول غير الضرورى للعلاج ذى المرتبة الأدنى. وتقوم الهيئة بإنجاز المهمة الثانية بواسطة التحليلات المؤقتة للبيانات المرتبطة بالفعالية لضمان عدم استمرار التجربة إلى ما وراء النقطة التي يثبت عندها فعالية العلاج القائم على الاستقصاء (الفحص). ومن المعتاد عند بداية التجربة المقيدة القائمة على العينات العشوائية أن يتم وضع معايير لإنهائها قبل الموعد المحدد (قواعد وإرشادات التوقف).

وفي بعض الحالات، يتم دعوة هيئة مراقبة البيانات والسلامة لإجراء "حسابات مشروطة للقوة" يتم تصميمها لتحديد إمكانية إظهار تجربة معينة قائمة على الملاحظة المباشرة فعالية العلاج القائم على الاستقصاء في وقت من الأوقات. وإذا ما كانت هذه الإمكانية محدودة جداً، فإنه يُنتظر من الهيئة أن توصى بإنهاء التجربة القائمة على الملاحظة المباشرة، لأنه يصبح من غير الأخلاقى الاستمراء إلى ما وراء تلك النقطة.

وفي معظم الأبحاث المتضمنة حالات بشرية، يصبح من الضرورى تعيين لجنة لمراقبة البيانات والسلامة. ولضمان مراقبة البحث

مراقبة دقيقة بهدف الاكتشاف المبكر للظروف المعاكسة، تقوم الجهة الراعية أو رئيس فريق البحث بتعيين فرد يكون مسؤولاً عن تقديم النصائح بشأن الحاجة للنظر في تغيير نظام المراقبة بسبب الظروف المعاكسة أو إجراءات الموافقة المستنيرة، أو حتى النظر في إنهاء الدراسة.

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (١١) اختيار الضابط (مقياس المقابلة) في التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة

لامانع من إعطاء شريحة من المبحوث عليهم أدوية جديدة وإعطاء شريحة أخرى ما يوهم أنها أدوية بقصد تبين الفرق والآثار الناتجة عن الدواء الجديد لما في ذلك من نجاح الأبحاث التي سينتفع بها جميعهم، ولأن القيود المشار إليها في التعليق على القاعدة ينتفي معها الضرر، ولو كان في ذلك نوع من التغرير فإنه مأمون العاقبة.

القاعدة الإرشادية ١٢
التوزيع العادل للأعباء والمزايا
في اختيار مجموعات الحالات في الأبحاث

يتعين اختيار المجموعات أو المجتمعات التي يتم دعوتها لتكون حالات بحث على النحو الذي يتم فيه توزيع أعباء ومزايا البحث بصورة عادلة. ويجب تبرير استبعاد المجموعات والمجتمعات التي قد تستفيد من المشاركة في الدراسة.

تعليق على القاعدة ١٢

اعتبارات عامة: تقتضى العدالة ألا تتحمل المجموعة أو طبقة من الأشخاص أكثر من نصيبها العادل من أعباء المشاركة في البحث. وبالمثل، يتعين عدم حرمان المجموعة من نصيبها العادل من مزايا البحث على الأمد القصير أو الأمد البعيد؛ وتتضمن هذه المزايا الفوائد المباشرة للمشاركة وكذلك فوائد المعارف الجديدة التي يتم تصميم البحث لاكتسابها. وعندما تكون أعباء ومزايا البحث مقسمة بشكل غير عادل بين الأفراد أو مجموعات الأشخاص، يجب تبرير معايير التوزيع غير العادل من الناحية الأخلاقية بحيث لا يتم بشكل عشوائى. وبمعنى آخر، يتعين انتقاء الحالات من التجمع السكانى المؤهل التابع لمنطقة جغرافية عامة تُطبق عليها التجربة دون النظر إلى الجنس أو العرق أو الوضع الاقتصادى أو النوع ما لم يكن هناك سبب علمى لفعل خلاف ذلك.

وفي الماضى، كانت مجموعات الأشخاص تُستبعد من المشاركة في البحث بسبب ما كان يُنظر إليه على أنه أسباب وجيهة حينذاك. ونتيجة لذلك الاستبعاد كانت المعلومات المتعلقة بتشخيص والوقاية من وعلاج الأمراض بين تلك المجموعات من الأشخاص محدودة. وقد

أدى هذا إلى ظلم طبقى خطير. وإذا اعتبرنا أن إدارة المرض مزية يتم توزيعها داخل مجتمع ما، فإنه من الظلم حرمان مجموعات الأشخاص منها. وتعترف وثائق مثل إعلان هلسنكى والاعتبارات الأخلاقية في أبحاث اللقاحات الوقائية لمرض الإيدز الواردة بالوثيقة الإرشادية الصادرة من قبل هيئة التنمية الدولية التابعة للأمم المتحدة، وسياسات كثير من الحكومات الوطنية والجمعيات المتخصصة، بالحاجة إلى علاج أوجه الظلم هذه عن طريق تشجيع المجموعات المستبعدة فيما سبق على المشاركة في الأبحاث الأساسية والتطبيقية.

وأعضاء المجموعات ذات الحساسية تجاه أمور معينة لهم كذلك نفس الحق في الحصول على مزايا التدخلات القائمة على الاستقصاء التي تبشر بمزية علاجية أسوة بالأشخاص الذين لا يتصفون بمثل هذه الحساسية، خاصةً عندما لا تتاح أساليب أفضل من أو معادلة للعلاج المذكور.

وهناك ملاحظة، أحيانا تكون صائبة وأحياناً تكون خاطئة، وهي أن مجموعات معينة من الأشخاص قد تم استخدامها بشكل مفرط كحالات بحث. وفي بعض الحالات استند هذا الاستخدام المفرط إلى التيسيرات الإدارية من قبل التجمعات السكانية. وغالباً ما يتم تشييد المستشفيات البحثية في أماكن يقطنها أفراد ينتمون إلى طبقات دنيا من الناحية الاجتماعية والاقتصادية، وقد أدى هذا إلى استخدام مفرط واضح لهؤلاء الأشخاص. وتشمل المجموعات الأخرى التي تم استخدامها على نحو مفرط نظراً لتوافرهم بشكل ملائم أمام الباحثين، الطلاب في الفصول القائمة على الاستقصاء، وساكنى منشآت الرعاية طويلة الأمد والأعضاء التابعين لمؤسسات ذات سلطة ما. وقد تم استخدام المجموعات شديدة الفقر بإفراط بسبب رغبتهم في العمل كحالات في مقابل رواتب صغيرة نسبياً. وقد اعتبر السجناء حالات مثلى للمرحلة الأولى من الدراسات الدوائية لأن حياتهم تخضع لنظام صارم، وفي كثير من الحالات بسبب معاناتهم من الحرمان الاقتصادى. (ملحق ٣)

يعتبر الاستخدام المفرط لمجموعات معينة مثل الفقراء أو أولئك المتوافرين لسهولة الإجراءات الإدارية، غير عادل لعدة أسباب. فمن الظلم تجنيد أناس شديدى الفقر على نحو انتقائى للعمل كحالات بحث لمجرد أنه يمكن تشجعيهم بسهولة أكثر من غيرهم على المشاركة في البحث مقابل مبالغ مالية صغيرة. وفي معظم الحالات، يتم دعوة هؤلاء الناس لتحمل أعباء البحث بينما يتمتع الآخرون الأفضل من الناحية المالية بالمزايا. ومع ذلك، وعلى الرغم من أن أعباء البحث ينبغى ألا تكون من نصيب المجموعات المحرومة اجتماعياً واقتصادياً عن طريق التوزيع غير العادل، يتعين عدم استبعاد تلك المجموعات من بروتوكولات البحث دون شروط أو قيود. فليس من الظلم تجنيد أناس فقراء بشكل منتقى للعمل كحالات في بحوث مصممة لعلاج مشاكل سائدة في مجموعتهم مثل سوء التغذية. وثمة اعتبارات مماثلة تنطبق على المجموعات الخاضعة لسلطة المؤسسات أو أولئك الذين يكون توافرهم أمام الباحثين ملائماً من الناحية الإدارية لأسباب أخرى.

ولا يقتصر الأمر على احتمال الاستخدام المفرط على نحو غير ملائم لمجموعات معينة داخل المجتمع بوصفهم حالات بحث، بل يمتد إلى استغلال جماعات ومجتمعات بأكملها. ومن المحتمل حدوث هذا بصفة خاصة في أقطار أو مجتمعات ذات قدر غير كافٍ من الأنظمة المتطورة لحماية حقوق ومصالح حالات البحث البشرية. ومثل هذا الاستخدام المفرط يكون موضع شك خاصةً عندما يتحمل السكان المعنيون أو المجتمعات المعنية أعباء المشاركة في البحث ويكون من غير المحتمل بدرجة كبيرة تمتعهم في أي وقت بمزايا المعارف والمنتجات الجديدة المطورة نتيجة البحث. (ارجع إلى القاعدة الإرشادية ١٠: البحث وسط سكان ومجتمعات ذات موارد محدودة).

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (١٢) التوزيع العادل للأعباء والمزايا في اختيار مجموعات الحالات في الأبحاث

مضمون هذه القاعدة متفق مع أصول الشريعة في الأمر بالعدل في شؤون الحياة كلها، حيث قال سبحانه ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُ بِٱلۡعَدۡلِ﴾ [النحل ٩٠].

وقد جاءت الشريعة بمنع التمييز بين البشر على أساس عرقي أو طبقي أو حضاري او لسبب الأنوثة، وقد ألغى النبي صلى الله عليه وسلم جميع الفوارق بين الناس المبنية على التفاخر وردهم إلى وحدتهم سواسية لايتمايزون في الناحية الإنسانية.

القاعدة الإرشادية ١٣
الأبحاث المتضمنة لأشخاص سريعى التأثر

هناك حاجة لتبرير خاص لدعوة الأفراد سريعى التأثر للعمل كحالات بحث، وعند اختيارهم يجب تطبيق وسائل حماية حقوقهم ومصالحهم بصرامة.

تعليق على القاعدة ١٣

الأشخاص سريعو التأثر هم أولئك غير القادرين نسبياً (أو مطلقاً) على حماية مصالحهم الخاصة:

وعلى نحو اصطلاحى، هؤلاء قد يعانون من نقص القوة العقلية والذكاء والتعليم والموارد والقوة البدنية والصفات الأخرى المطلوبة لحماية مصالحهم الخاصة.

اعتبارات عامة:

إن المشكلة الرئيسية التي تثيرها الخطط الهادفة إلى إشراك أشخاص سريعى التأثر كحالات بحث هي أن مثل هذه الخطط قد تستتبع التوزيع غير العادل لأعباء ومزايا المشاركة في البحث. وطبقات الأفراد الذين جرت العادة على النظر إليهم على أنهم سريعو التأثر هم أولئك أصحاب القدرة أو الحرية المحدودة بشأن الموافقة أو الامتناع عنها. وهم الموضوع الذي تتناوله قواعد إرشادية محددة في هذه الوثيقة (القاعدتان ١٥، ١٤) ويشملان الأطفال والأشخاص غير القادرين على منح الموافقة المستنيرة بسبب اضطرابات عقلية أو سلوكية. وعادة ما يتطلب التبرير الأخلاقى لمشاركتهم أن يقوم الباحثون بإقناع لجان مراجعة آداب المهنة بأن:

- البحث لا يمكن إجراؤه بنفس الدرجة من الإتقان مع حالات أقل سرعة من حيث التأثر؛
- البحث يهدف إلى الحصول على معرفة سوف تؤدى إلى تحسين تشخيص والوقاية من وعلاج الأمراض أو المشاكل الصحية الأخرى التي تتميز بها أو تنفرد بها الطبقة سريعة التأثر، وينطبق هذا على الحالات الواقعية أو الأعضاء الآخرين الذين لهم نفس الظروف في الطبقة سريعة التأثر؛
- حالات البحث والأعضاء الآخرون في الطبقة سريعة التأثر والتي يتم تجنيد الحالات منها سوف يُضمن لهم في العادة الحصول على أي منتجات تشخيصية أو وقائية أو علاجية تصبح متاحة نتيجة لعملية البحث؛
- المخاطر المتعلقة بالتدخلات أو الإجراءات التي لا تبشر بفائدة مباشرة تتصل بالصحة لن تتعدى تلك المرتبطة بالفحص الطبى أو النفسى الاعتيادى لهؤلاء الأشخاص، ما لم ترخص لجنة لمراجعة آداب المهنة بزيادة طفيفة عن هذا الحد من المخاطرة (القاعدة الإرشادية ٩)؛ وعندما يكون الأفراد المرشحون كحالات غير مؤهلين أو غير قادرين على نحو جوهرى على منح الموافقة المستنيرة، سوف تكون موافقتهم مشفوعة بإذن من أوصيائهم القانونيين أو ممثليهم الآخرين الملائمين.

المجموعات الأخرى سريعة التأثر (شديدة الحساسية):

إن نوعية الموافقة الخاصة بالحالات المتوقعة والتي يكون الأفراد فيها أعضاء قاصرين أو تابعين لمجموعة ذات سلطة ما تتطلب دراسة متأنية، لأنه قد يتم التأثير على موافقتهم على نحو غير لائق، مبرر أو غير مبرر، من منطلق التطلع إلى علاج مميز إذا ما وافقوا، أو بدافع الخوف من الاستهجان أو الانتقام إذا ما رفضوا. وأمثلة هذه المجموعات طلبة كليات الطب والتمريض، والعمالة المساعدة في

المستشفيات والمعامل، والعاملون بشركات الأدوية، وأفراد القوات المسلحة والشرطة. ونظراً لكونهم يعملون على مقربة من الباحثين، فإن دعوتهم للعمل كحالات بحث تكون بشكل أكثر تكراراً من غيرهم، وهذا قد يؤدى إلى التوزيع غير العادل لأعباء ومزايا البحث.

عادة ما يُنظر إلى الأفراد كبار السن على أنهم سريعو التأثر:

فمع تقدم العمر، يكون هناك احتمال متزايد بأن يكتسب البشر صفات تجعل منهم أشخاصاً سريعى التأثر. فعلى سبيل المثال، قد يتم رعايتهم عن طريق المؤسسات والجمعيات وقد يعانون درجات متفاوتة من الجنون. وإذا ومتى اكتسبوا تلك الصفات التي تنعتهم بالحساسية الشديدة، وليس قبل ذلك، يصبح من الملائم اعتبارهم سريعى التأثر والتعامل معهم على هذا النحو.

وهناك مجموعات وطبقات أخرى يمكن اعتبارها كذلك سريعة التأثر:

وهذه تشمل قاطنى دور الحضانة، والأفراد المتلقين لمزايا على سبيل الإعانة ومساعدات اجتماعية وغيرهم من الفقراء والعاطلين، والمرضى في غرف الطوارئ، وبعض الأقليات العرقية والعنصرية، والذين لا مأوى لهم، والبدو، واللاجئين أو المشردين، والسجناء، وأفراد الجاليات الذين لا يألفون المفاهيم الطبية الحديثة. ومع الحد الذي تكون لدى هذه الفئات أو غيرها من طبقات البشر صفات تشابه تلك التي تتميز بها الطبقات المنعوتة بسرعة التأثر، يتعين مراجعة وتطبيق الحاجة لحماية خاصة لحقوقهم ومصالحهم، متى كان ذلك مرتبطاً بهذه المسألة.

ويُعتبر الأشخاص الذين يعانون من أمراض خطيرة قد تؤدى إلى العجز أو الوفاة سريعى التأثر بصورة كبيرة. وأحياناً ما يعالج الأطباء

هؤلاء المرضى بواسطة عقاقير أو علاجات أخرى لم يُسمح بتداولها بعد على نحو عام، نظراً لأن الدراسات المصممة لضمان سلامتها وفعاليتها لم تنته بعد. وهذا يتوافق مع إعلان هلسنكى، الذي ينص في الفقرة ٣٢ على ما يلى: "عند علاج المريض، وفي حالة عدم وجود أو فعالية الأساليب العلاجية المسجلة، يجب أن يكون للطبيب، بموافقة معلنة من المريض، حرية استخدام إجراءات علاجية جديدة أو غير مسجلة، إذا رأي الطبيب أنها تحمل أملاً في إنقاذ الحياة، أو استرداد العافية، أو تخفيف المعاناة." ومثل هذا العلاج الذي عادة ما يطلق عليه "الاستخدام الرحيم"، لا يُنظر إليه على أنه بحث بمعنى الكلمة، ولكن يمكنه أن يساهم في البحوث القائمة بشأن سلامة وفعالية التدخلات المستخدمة.

وعلى الرغم من أنه يجب على الباحثين بشكل مجمل أن ينظروا في المجموعات الأقل حساسية قبل إشراك أولئك الذين يتصفون بسرعة أكبر من حيث التأثر، فإن هناك ما يبرر بعض التوقعات. وبصفة عامة، فإن الأطفال غير مناسبين للمرحلة الأولى من التجارب الدوائية أو المرحلتين الأولى والثانية من تجارب اللقاحات، إلا أن مثل هذه التجارب قد يُسمح بها بعد إظهار الدراسات التي تُجرى على الكبار لبعض الآثار العلاجية أو الوقائية. فعلى سبيل المثال، يمكن تبرير المرحلة الثانية من تجربة لقاحات تسعى إلى دليل على وجود مكونات المناعة لدى الرضع، عند إظهار اللقاح لدليل على منع أو إبطاء تقدم المرض المعدى عند الكبار، أو قد تكون المرحلة الأولى من أبحاث الأطفال ملائمة لأن المرض المقرر علاجه لا يحدث للكبار أو يظهر بصورة مختلفة عند الأطفال. (ملحق ٣: مراحل التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة).

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (١٣) الأبحاث المتضمنة لأشخاص سريعي التأثر

محتوى هذه القاعدة والتعليق عليها: حجم مع ما سبق من القواعد التي تحمي بدأ احترام الاشخاص، ولاسيما من سموا (شديدي الحساسية) ممن يكون عرضة للضغط المعنوي عليهم بحيث يقعون تحت تأثير الباحث أو الجهة التي يتبع لها.

٢ - وعليه فإن من المجموعات والصناعات التي يمكن اعتبارها سريعة التأثر أيضا، المرضى في غرف الطوارئ، وقاطني دور الحضانة ونحوها، والسجناء واللاجئين والمشردين ونحوهم ممن يحتاج لحماية حقوقه ومصالحه. . ،هؤلاء لا يجوز إكراههم أو الضغط عليهم أو خداعهم أو استغلال ظروفهم النفسية أو المالية الصعبة لإجراء البحوث عليهم، لما في ذلك من جور وظلم لا تقره مبادىء الشريعة الإسلامية التي تحظر كل نوع أو صورة من صور الظلم بين الناس، حيث جاء في الحديث القدسي عن النبي صلى الله عليه وسلم فيما يرويه عن ربه عز وجل أنه قال: «يا عبادي إنى حرمت الظلم على نفسي، وجعلته بينكم محرما، فلا تظالموا»[(١)]، وقال النبي صلى الله عليه وسلم: «اتقوا الظلم، فإن الظلم ظلمات يوم القيامة»[(٢)]

وبناء على ما تقدم: فإن الحاجة إلى تبرير خاص لدعوة الأفراد سريعي التأثر للعمل كحالات بحث تعتبر مطلوبة في النظر الشرعي، كما يجب عند اختيارهم تطبيق وسائل حماية حقوقهم ومصالحهم بصرامة، كما جاء في نص القاعدة.

---

(١) رواه مسلم. (جامع العلوم والحكم ٢/ ٣٢، المفهم لما أشكل من تلخيص كتاب مسلم للقرطبي ٦/ ٥٥٢).

(٢) رواه مسلم. (صحيح مسلم بشرح النووي ١٦/ ١٣٤).

القاعدة الإرشادية ١٤
الأبحاث التي تتضمن أطفالاً

قبل الشروع في الأبحاث المتضمنة لأطفال، يجب على الباحث أن يؤكد على أن:

- البحث قد لا يتم بنفس الدرجة من الإتقان مع الكبار؛
- الهدف من البحث هو الحصول على معارف متعلقة بالاحتياجات الصحية للأطفال؛
- أحد الوالدين أو الممثل القانونى لكل طفل قد قام بمنح الإذن؛
- موافقة كل طفل قد تم الحصول عليها بما لا يتعدى قدرات الطفل؛
- رفض الطفل للمشاركة أو الاستمرار في البحث سوف يتم احترامها.

تعليق على القاعدة ١٤

تبرير مشاركة الأطفال في أبحاث الطب الأحيائي: إن مشاركة الأطفال لا غنى عنها بالنسبة للأبحاث الخاصة بأمراض الطفولة والحالات التي يظهر الأطفال حساسية خاصة تجاهها (قارن تجارب اللقاحات)، وكذلك التجارب القائمة على الملاحظة المباشرة والمتعلقة بالعقاقير المصممة للأطفال والكبار معاً. وفي الماضى، لم يكن يتم اختبار كثير من المنتجات الجديدة على الأطفال على الرغم من أنها كانت موجهة لأمراض تحدث في مرحلة الطفولة أيضاً؛ وعليه لم يستفد الأطفال من هذه العقاقير الجديدة أو كانوا عرضةً لها على الرغم من معرفة القليل عن آثارها المحددة أو سلامتها بالنسبة للأطفال. وكقاعدة عامة هناك اتفاق على نطاق عريض بأن الجهة الراعية لأي منتج علاجى

أو تشخيصى أو وقائى محتمل ترشيحه للاستعمال لدى الأطفال، ملزمة بتقييم سلامته وفعاليته للأطفال قبل السماح بالتوزيع العام له.

موافقة الطفل: يتعين السعى وراء التعاون الإرادى للطفل عقب تزويده بالمعلومات بالقدر الذي يسمح به نضجه وذكاؤه. وتختلف السن التي يصبح عندها الطفل مؤهلاً من الناحية القانونية لمنح الموافقة من نطاق سلطة لآخر على نحو جوهرى؛ وفي بعض الأقطار، تتفاوت السن المقررة للموافقة في أقاليمها أو ولاياتها أو تقسيماتها السياسية الفرعية المختلفة بدرجة كبيرة. وغالباً ما يفهم الأطفال الذين لم يصلوا بعد إلى السن المقررة للموافقة قانونياً، مضامين الموافقة المستنيرة ويجتازوا الإجراءات اللازمة؛ لذلك يمكنهم الاتفاق عن علم على العمل كحالات بحث. ومثل هذا الاتفاق الذي يتم عن علم والذي يُشار إليه أحياناً على أنه موافقة، ليس كافياً للسماح بالمشاركة في البحث ما لم يكن مشفوعاً بإذن من أحد الوالدين، أو الوصى القانونى، أو ممثل آخر مخول على نحو سليم.

وقد يكون بعض الأطفال الذين لم يصلوا إلى درجة النضج التي تمكنهم من الاتفاق عن علم أو الموافقة، قادرين على تسجيل "اعتراض متعمد"، وهو تعبير عن عدم الموافقة على أو رفض إجراء مقترح. فعلى سبيل المثال، يتعين تمييز الاعتراض المتعمد لطفل كبير عن سلوك الطفل الصغير الذي من المحتمل أن يبكى أو يتراجع استجابةً لأي مثير تقريباً. وينبغى انتقاء الأطفال الكبار، الذين يكونون أكثر قدرة على منح الموافقة، قبل الأطفال الصغار أو الذين يكونون في مرحلة المهد، ما لم توجد أسباب علمية وجيهة متعلقة بالسن لإشراك الأطفال الصغار أولاً.

وينبغى دائما احترام الاعتراض المتعمد بواسطة الطفل على المشاركة في البحث حتى إذا قام الوالدان بمنح الإذن، ما لم يكن

الطفل محتاجاً لعلاج غير متوافر خارج نطاق البحث، وما لم يبشر التدخل القائم على الاستقصاء بفائدة علاجية، وما لم يوجد علاج بديل مقبول. وفي مثل هذه الحالة، خاصةً إذا كان الطفل صغيراً جداً أو غير ناضج، يجوز لأحد الوالدين أو الوصى أن يبطل اعتراضات الطفل. وإذا كان الطفل أكبر سناً وأكثر قدرة تقريباً على الموافقة المستنيرة المستقلة، يتعين على الباحث الحصول على موافقة خاصة أو ترخيص خاص من لجان المراجعة العلمية والأخلاقية للشروع في العلاج القائم على الاستقصاء أو استمراره. وإذا أصبح الأطفال بوصفهم حالات قادرين على الموافقة المستنيرة المستقلة خلال عملية البحث، فإنه يتعين الحصول على موافقتهم المستنيرة على الاستمرار في المشاركة واحترام قرارهم.

ويجوز لطفل يعانى مرضاً قد يؤدى إلى الوفاة أن يعترض على أو يرفض الموافقة على استمرار تدخل مرهق أو مؤلم. وفي مثل هذه الظروف يجوز للوالدين أن يدفعا الباحث إلى مواصلة التدخل القائم على الاستقصاء (الفحص) رغماً عن رغبة الطفل. ويجوز للباحث الموافقة على ذلك إذا بشر التدخل بالحفاظ على الحياة أو إطالتها وإذا لم يكن هناك علاج بديل مقبول. وفي مثل هذه الحالات، يتعين على الباحث الحصول على موافقة خاصة أو ترخيص خاص من لجنة مراجعة آداب المهنة قبل الموافقة على تجاوز رغبات الطفل.

إذن أحد الوالدين أو الوصى: يجب على الباحث الحصول على إذن من أحد الوالدين أو الوصى بما يتفق مع القوانين المحلية أو الإجراءات المعمول بها. وقد يُفترض أن الأطفال فوق سن الثانية عشرة أو الثالثة عشرة عادةً ما يكونون قادرين على فهم ما هو ضرورى لمنح الموافقة المستنيرة على نحو كافٍ، ولكن ينبغى أن تُستكمل موافقتهم في المعتاد بإذن من أحد الوالدين أو الوصى، حتى عندما لا يتطلب

القانون المحلى مثل هذا الطلب. وحتى عندما يتطلب القانون إذناً من أحد الوالدين، يتعين، مع ذلك، الحصول على موافقة الطفل.

وفي بعض المناطق ذات السلطة، يُنظر إلى بعض الأفراد الذين يكونون دون السن العام لمنح الموافقة على أنهم قاصرون "محررون" أو "ناضجون" ومخولون لمنح الموافقة دون موافقة أو حتى علم والديهم أو أوصيائهم. ويجوز لهم الزواج والحمل والعيش على نحو مستقل. وتتضمن بعض الدراسات استقصاءً بشأن معتقدات وسلوك المراهقين فيما يتعلق بالنشاط الجنسى واسترداد الحيوية؛ وتتناول أبحاث أخرى العنف الداخلى وسوء معاملة الأطفال. وفيما يخص الدراسات في هذه الموضوعات، يجوز للجان مراجعة آداب المهنة التنازل عن إذن أحد الوالدين، إذا شكلت معرفة الأب أو الأم عن موضوع البحث خطراً على المراهقين نتيجة قيام الوالدين باستجوابهم أو تهديدهم.

ونظراً للمسائل الملازمة لعملية الحصول على موافقة الأطفال في المؤسسات، يتعين أن يكون هؤلاء الأطفال حالات للبحث على نحو استثنائى فقط. وفي حالة الأطفال الذين ترعاهم مؤسسات دون أن يكون لهم آباء أو أمهات، أو الذين يفتقد آباؤهم وأمهاتهم التخويل القانونى لمنح الإذن، يجوز للجنة مراجعة آداب المهنة أن تطلب من الجهات الراعية أو الباحثين أن يمدوها بالاختيار الخاص بمحام خبير معنى مستقل للأطفال الذين ترعاهم مؤسسات، لتعزير ملاءمة القيام بالبحث مع هؤلاء الأطفال.

مراقبة البحث بواسطة أحد الوالدين أو الوصى: يتعين إعطاء أحد الوالدين أو الوصى الذي يقوم بمنح الإذن بمشاركة الطفل في البحث، الفرصة، إلى حد معقول، لمراقبة البحث أثناء سيره، ليكون قادراً على سحب الطفل إذا رأي أن من مصلحة الطفل المثلى أن يقوم بذلك.

الدعم النفسى والطبى: يتعين القيام بالأبحاث التي تتضمن أطفالاً في بيئات يمكن فيها للطفل وأحد والديه الحصول على دعم طبى ونفسى كافٍ. وكحماية إضافية للأطفال، يجوز للباحث، متى كان ذلك ممكناً، الاستعانة بنصائح الطبيب العام لأسرة الطفل، أو طبيب الأطفال أو أي جهة أخرى للرعاية الصحية بشأن المسائل المتعلقة بمشاركة الطفل في البحث.

(ارجع أيضاً إلى القواعد الإرشادية ٨: مزايا ومخاطر المشاركة في الدراسة؛ ٩: القيود الخاصة على المخاطرة عندما يتضمن البحث أفراداً غير قادرين على منح الموافقة؛ و ١٣: الأبحاث المتضمنة لأشخاص سريعى التأثر).

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (١٤) الأبحاث التي تتضمن أطفالا

١ - نظرا لاعتبار الطفل الذي لم يبلغ الحلم - في الفقه الإسلامي - ناقص الأهلية مطلقا، فإنه لا عبرة بإذنه، [موافقته العلنية] في إجراء أبحاث الطب الأحيائي عليه، حيث إنه شرعا لا يملك ولا تصح منه التصرفات الضارة به ضررا محضا أو الدائرة بين النفع والضرر، وتلك منها، وذلك حماية له من سوء تصرفه في حق نفسه، باحتمال إذنه بما يضره ضررا محضا أو غالبا على النفع، لأنه لا يحسن تقدير العواقب المترتبة عليه،وقد جاء في القواعد الفقهية أن "من لا يصح تصرفه لا قول له"[(١)].

٢ - ثم إن الأصل الفقهي عدم اعتبار إذن الولي أو الوصي الشرعي بإجراء تلك الأبحاث على المولَّى عليه، كما جاء في قرار مجمع الفقه الإسلامي رقم ٦٧ (٥/٧) (ثالثا/د): "لا يجوز إجراء الأبحاث الطبية على عديمي الأهلية أو ناقصيها، ولو بموافقة الأولياء".

غير أنه يستثنى من هذا الأصل - أي عند توفر إذن الولي أو الوصي الحالتان الآتيتان:

أ - أن يكون هناك مصلحة خالصة أو راجحة، أو حاجة ماسة للطفل في إجراء البحث عليه. [ويرجع إلى لجنة مراجعة آداب المهنة لتقدير ذلك وتأكيده والترخيص به].
ولو رفض الطفل الصغير غير المميز في هذه الحالة ذلك أو اعترض عليه، فإنه لا يعول على رفضه واعتراضه، حماية له من

(١) المبدع لبرهان الدين ابن مفلح ١٠/١٤٦.

تفويت مصالحه أو الإضرار بنفسه فيما لو روعيت رغبته واحتُرِم اعتراضه.

أما إن كان الطفل موضوع البحث مميزا (قد قارب البلوغ ونضجت مداركه مع أنه لايزال تحت الولاية) فإنه يؤخذ رفضه بالاعتبار ويعرض الأمر على لجان المراجعة للبت فيه.

ب - أن يكون هناك حاجة كلية إلى إجراء الأبحاث الخاصة بأمراض الطفولة واللقاحات والعقاقير المتعلقة بها على الأطفال، ولا غنى لهم عنها، وتكون المخاطر المحتملة على الطفل [حالة البحث] لا تتجاوز ما يترتب على الفحص الطبي أو النفسي الاعتيادي له، أو تفوق ذلك بقدر يسير معفو عنه، بحيث ترخص به لجنة مراعاة آداب المهنة. ومستند ذلك أن الحاجة الخاصة[بفئة خاصة يجمعها وصف مشترك] تعتبر شرعا في منزلة الضرورة التي تبيح ما كان محظورا في الأصل [راجع تعليقنا على القاعدة ١٣].

القاعدة الإرشادية رقم ١٥
الأبحاث التي يشارك فيها أفراد لا يستطيعون إبداء موافقه مبنية على وعيهم التام بالعواقب المترتبة عليها بسبب إصابتهم ببعض الاضطرابات العقلية أو السلوكية

قبل البدء بإجراء الأبحاث التي يشارك فيها أفراد لا يستطيعون التعبير عن موافقتهم المبنية على وعيهم التام بالعواقب المترتبة عليها بسبب الإصابة ببعض الاضطرابات العقلية أو السلوكية يجب على الباحث التأكد مما يلي:

١ - أن هؤلاء الأفراد لن يشاركوا في الأبحاث التي يمكن أن يتم إجراؤها على أشخاص لا يعانون من ضعف القدرة على إبداء موافقة مبنية على وعي كامل بالعواقب المترتبة عليها.

٢ - أن الغرض من تلك الأبحاث هو الحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات الصحية الخاصة للأشخاص الذين يعانون من بعض الاضطرابات العقلية أو السلوكية.

٣ - يتعين على الباحث أن يتحرى الحصول على موافقة كل من يشارك في البحث بحسب الحد الذي تسمح به قدراته وينبغي دائما احترام رغبة أي فرد يحتمل مشاركته في البحث في رفض تلك المشاركة إلا في حالة عدم وجود بديل طبي ملائم وتحت ظروف استثنائية وفي حالة سماح القانون المحلي بتجاهل هذا الرفض.

أما بالنسبة للحالات التي يفتقر فيها الأشخاص المتوقع مشاركتهم في الأبحاث إلى القدرة على إبداء موافقة معلنة فيتعين الحصول عليها

من أحد أفراد أسرته المسؤولين عنه أو الممثل القانوني المخول بذلك طبقا للقوانين المعمول بها.

تعليق على القاعدة الإرشادية رقم ١٥

اعتبارات عامة: يتمتع السواد الأعظم من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات عقلية أو سلوكية بالقدرة على إبداء موافقة مبنية على وعي كامل بالعواقب المترتبة عليها وبناء على ذلك فإن هذه القاعدة الإرشادية تخص فقط المرضى الذين يفتقرون إلى القدرة على ذلك أو المرضى الذين يعانون من تدهور حالتهم الصحية مما يفقدهم تلك القدرة بشكل مؤقت. وبناء على ذلك فلا يصح إطلاقا إخضاع مثل هؤلاء الأفراد للبحث الذي يمكن إجراؤه على أشخاص يتمتعون بكامل قواهم العقلية، ولكنهم في الوقت ذاته يمثلون الحالات الملائمة لجزء كبير من الدراسات التي يتم إجراؤها على أسباب الإصابة ووسائل علاج بعض الأمراض السلوكية أو العقلية الحادة.

موافقة الأشخاص المشاركين في البحث:

يتعين على الباحث أن يحصل على موافقة لجنة مراقبة آداب المهنة من أجل الاستفادة في البحث من الأشخاص الذين لا يملكون القدرة على إبداء موافقة مبنية على وعي كامل بالعواقب المترتبة عليها بسبب إصابتهم ببعض الاضطرابات العقلية أو السلوكية. ويتعين على الباحث كذلك أن يلتمس رغبة مثل هؤلاء الأشخاص في التعاون معه بقدر ما تسمح به حالتهم العقلية ويجب عليه دائما أيضا أن يحترم أي اعتراض يصدر من جهتهم نحو الإسهام في إجراء أي دراسة لا تفيدهم جزئياتها بشكل مباشر وعليه أن يضع في الاعتبار أي اعتراض يصدر من جهة أي فرد منهم على التدخل البحثي الذي يهدف إلى جلب فائدة

علاجية لهم إلا في حالة عدم وجود بديل طبي مناسب وعندما يسمح القانون المحلي بتجاهل مثل تلك الاعتراضات. وينبغي على الباحث أن يلتمس موافقة أحد أفراد عائلة المريض المقربين أو أي شخص آخر يرتبط به بعلاقة وثيقة على أن يضع نصب عينيه أن أولئك الموكلين بأمر المريض قد يكون لهم مصالحهم الشخصية التي تضع موافقتهم موضع الريبة فقد لا يهتم بعض أقارب المريض بالحفاظ على حقوقه وحماية رفاهيته بالدرجة الأولى، وإضافة إلى ذلك فإن بعض أقرباء المريض أو أصدقائه قد يرغب في قرارة نفسه في أن يستغل أية دراسة بحثية تجرى على المريض أملا في أن يؤدي ذلك إلى النجاح في علاج المريض، ولذا فإن بعض الشرائع لا تجيز موافقة الطرف الثالث للمرضى الذين يفتقرون إلى القدرة على إبداء موافقة مبنية على وعي كامل بالعواقب المترتبة عليها، وقد يتطلب ذلك تفويضا رسميا حتى يمكن إجراء البحث على أحد الأشخاص الذين ينتمون إلى إحدى المؤسسات بموجب أمر قضائي.

الأمراض العضال التي تصيب أشخاصا يفتقرون إلى القدرة على إبداء موافقة مبنية على وعي كامل بالعواقب المترتبة عليها بسبب إصابتهم ببعض الاضطرابات العقلية أو السلوكية:

لا يجوز حرمان الأشخاص الذين يفتقرون إلى القدرة على إبداء موافقة مبنية على وعي كامل بالعواقب المترتبة عليها بسبب إصابتهم ببعض الاضطرابات العقلية أو السلوكية وكذلك الأشخاص المصابين، أو المعرضين للإصابة، ببعض الأمراض الفتاكة مثل نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) أو السرطان أو الالتهاب الكبدي الوبائي من المنافع المحتمل اكتسابهم لها من جراء استعمال الأدوية التجريبية أو الأمصال أو الأدوات التي تمنح أولئك المرضى أملا في جلب منفعة علاجية أو وقائية لهم وبخاصة عند عدم توافر علاج أفضل أو مماثل أو حتى

وسائل للوقاية. ويمكن تبرير أحقية هؤلاء الأشخاص لاستخدام وسائل العلاج أو الوقاية تلك من منظور أخلاقي بناء على نفس الأسس التي تحصل بموجبها بعض المجموعات المعرضة للإصابة بالأمراض على أحقيتها في ذلك.

وبشكل عام، لا يستطيع الأفراد الذين يفتقرون إلى القدرة على إبداء موافقة مبنية على وعي كامل بالعواقب المترتبة عليها بسبب الإصابة ببعض الاضطرابات السلوكية أو العقلية المشاركة في التجارب الرسمية التي تقوم على أساس الفحص فيما عدا التجارب التي يمكن إجراؤها لهم فقط طبقا لاحتياجاتهم الصحية الخاصة.

(ارجع أيضا إلى القاعدة الإرشادية رقم ٨ وعنوانها: المنافع والمخاطر المتعلقة بالمشاركة في الأبحاث والقاعدة الإرشادية رقم ٩ وعنوانها: القيود المتعلقة بالمخاطر عندما يفتقر الأشخاص إلى القدرة على إبداء موافقة مبنية على وعي كامل بالعواقب المترتبة عليها، والقاعدة الإرشادية رقم ١٣ وعنوانها: الأبحاث التي يشارك فيها أشخاص معرضون للإصابة بالأمراض).

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (١٥) الأبحاث التي يشارك فيها أفراد لا يستطيعون إبداء موافقة مبنية على وعيهم التام بالعواقب المترتبة عليها بسبب إصابتهم ببعض الاضطرابات العقلية أو السلوكية

هذا الصنف [الشريحة] من الأفراد يندرج في الاصطلاح الشرعي تحت ما يسمى بالمعتوهين وذوي الغفلة، حيث يتصف المعتوه بقلة الفهم وعدم إدراك ألفاظ التصرفات ونتائجها، بينما يتصف ذو الغفلة بالبلاهة وعدم القدرة على الاهتداء إلى التصرفات الموفقة أو الناجحة أو الرابحة[١]. وكلاهما يعتبر في أهليته نقصاً أو شائبة تمنع من جواز إجراء الأبحاث الطبية الأحيائية عليهم كأصل تشريعي، وذلك لأن حق الإنسان في حياته وسلامة جسده محافظ عليه شرعا، ومن ثم فإنه لا يجوز إجراء أية بحوث عليه إلا بإذنه [أي موافقتة المستنيرة] الصادرة بملء اختياره ورضاه التام المبني على فهم كافٍ وإدراك صحيح لما أذن به ووافق عليه.

وحيث إن هؤلاء الأفراد لا يتمتعون بالقدرة الكافية على ذلك الفهم والإدراك، ولا الإمكانية المطلوبة لتقدير العواقب والنتائج من أجل حماية أنفسهم ومصالحهم، فإنه - رغم لزوم توفر موافقتهم المستنيرة على إجراء البحوث عليهم بقدر ما تسمح به حالتهم العقلية[٢] - لا يصح الاكتفاء بإذنهم في ذلك، لابتنائه على رضى معيب، إلا إذا انضم إليه إذن الولي الشرعي في الحالات الاستثنائية الآتية:

(١) نظرية الولاية للدكتور نزية حماد ص ٦٠.

(٢) أما بالنسبة للحالات التي يفتقر فيها الأشخاص المتوقع مشاركتهم فى الأبحاث إلى القدرة على إبداء موافقة معلنة، فيتعين الحصول عليها من الولي الشرعي في الحالات الاستثنائية المنوه بها.

١ - أن يكون هناك مصلحة خالصة أو راجحة، أو حاجة ماسة في البحث لنفس الحالة.

٢ - أن يكون هناك حاجة صحية خاصة بهذا الصنف من الأفراد لأن تجرى عليهم تلك الأبحاث، وتكون المخاطر المحتملة لا تتجاوز ما يترتب على الفحص الطبي أو النفسي الاعتيادي له، أو تفوق ذلك بقدر يسير، بحيث ترخص بها لجنة مراجعة آداب المهنة.

٣ - أن تكون تلك الحاجة متعينة.، بحيث لا يكون هناك بديل طبي مناسب عنها، لأنه لو أمكن تحقيق الغرض ونيل السؤال بإجراء البحث على أفراد عاديين ليس في أهليتهم نقص ولا شائبة، فإن تلك الحاجة - التي هي المبرر للاستثناء - لا تكون موجودة في الحقيقة ونفس الأمر[١].

(١) المواد المحرمة والنجسة فى الغذاء والدواء للدكتور نزيه حماد ص ٣٥.

القاعدة الإرشادية رقم ١٦
موقف المرأة بصفتها نموذجا مشاركا في الأبحاث

لا يجوز للباحثين أو المؤسسات الراعية للدراسات أو لجان مراقبة آداب المهنة استثناء النساء اللاتي بلغن سن الإنجاب من المشاركة في الأبحاث الطبية الحيوية فإن احتمال وقوع الحمل أثناء فترة الدراسة لا يجب أن يتخذ في حد ذاته ذريعة للاستغناء عن مشاركة المرأة وتهميش دورها. وعلى الرغم من ذلك فينبغي أيضا مناقشة المخاطر التي قد تتعرض لها المرأة الحامل وجنينها على نحو مفصل وهذا يعد احد المتطلبات الضرورية التي بموجبها تستطيع المرأة اتخاذ قرار عقلاني مدروس بإدراج اسمها في الدراسات القائمة على أساس الفحص. وإذا تبين من خلال هذه المناقشات أن اشتراك المرأة في تلك الأبحاث سينجم عنه إلحاق المخاطر بها أو بجنينها في حالة حدوث الحمل ولذا فيتعين على الباحثين والمؤسسات الراعية للدراسات إجراء اختبار الحمل للمرأة التي ترغب في الاشتراك في الدراسة وتوفير وسائل فعالة لمنع الحمل قبل الشروع فيه. وإذا كان توفير تلك الوسائل من الاستحالة بمكان لأسباب قانونية أو دينية فيتعين على الباحثين تجنب إشراك النساء اللائي وصلن سن الإنجاب في الأبحاث التي تتزايد فيها نسبة احتمال الخطورة.

تعليق على القاعدة الإرشادية رقم ١٦

لقد عانت المرأة في أغلب المجتمعات من نير التمييز ضدها فيما يتعلق باشتراكها في الدراسات والأبحاث ومن المألوف أن يتم استبعاد النساء اللاتي يتمتعن بالقدرة البيولوجية على الحمل من التجارب الرسمية للأدوية والأمصال والأدوات الطبية التي تعتمد على الفحص

بسبب القلق الذي ينتاب الباحث من المخاطر غير المحددة التي قد يواجهها الجنين. وبناء على ذلك فهناك نقص نسبيا في المعلومات المتعلقة بسلامة استخدام وفعالية معظم الأدوية والأمصال والأدوات على مثل أولئك النساء مما قد يشكل خطورة في حد ذاته.

ويتضح من هذا عدم عدالة السياسة العامة لإقصاء النساء اللاتي يتمتعن بالقدرة البيولوجية على الإنجاب من مثل تلك التجارب التي تعتمد على الفحص إذ أنها تحرم المرأة بوصفها فئة من فئات المجتمع من الفوائد التي قد تجلبها عليها المعلومات الجديدة المستقاة من مثل تلك التجارب.

وإضافة إلى هذا فإن ذلك يعد انتقاصا من حقها في تقرير مصيرها ولكن على الرغم من أنه يجب إعطاء المرأة التي بلغت سن الإنجاب فرصة المشاركة في إجراء الأبحاث إلا أنه ينبغي تقديم العون لها لتوضيح المخاطر التي قد يتسبب فيها البحث لجنينها إذا وقع الحمل أثناء مدة الدراسة.

وعلى الرغم من أن هذا الافتراض ينزع نحو إشراك المرأة في الدراسات إلا أنه يجب الاعتراف بأن النساء في بعض أنحاء العالم عرضة للإهمال أو الإيذاء في ذلك الصدد بسبب الأعراف الاجتماعية التي تحتم عليهن الخضوع للسلطة وعدم توجيه الأسئلة واحتمال الألم والمعاناة.

ولذا فحينما تمر النساء المرشحات للمشاركة في الدراسات بتلك المواقف يتعين على الباحثين عند القيام بشرح العواقب المترتبة على موافقتهن التأكد من حصولهن على قسط وافر من الوقت وملاءمة الظروف المحيطة بهن لاتخاذ مثل هذا القرار المبني على معلومات دقيقة.

الموافقة الشخصية للمرأة: يجب على الباحث الحصول على موافقة المرأة التي بلغت سن الإنجاب منها هي شخصيا سواء كانت حاملاً أو غير حامل على المشاركة في الأبحاث ولا يجوز في أي حال من الأحوال الاستعاضة عن الموافقة الشخصية للمرأة بقبول زوجها أو شريكها لذلك. أما إذا رغبت المرأة في التشاور مع زوجها أو شريكها أو تريد بكامل رغبتها أن تحصل على السماح لها قبل دخولها في البحث فهذا ليس فقط مسموحا أخلاقياً بل إنه في بعض الحالات أمر مطلوب جداً.

ويجب الإشارة هنا إلى أن ضرورة الالتزام الشديد بموافقة الزوج أو الشريك تؤدي إلى امتهان حق تقرير مصير الشخص نفسه.

وفي حالة المرأة الحامل يجب أن تناقش الأمور قبل بدء البحث بتوضيح كامل عن مدى المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها الجنين من إجراء البحث.

وإذا كانت المرأة غير حامل ولكن احتمال أن تحمل يجب توضيح المخاطر التي قد يتعرض لها الجنين، أثناء البحث مع توضيح أن بإمكانها الانسحاب من البحث في أي وقت تراه مناسباً.

(ارجع أيضا إلى القاعدة الإرشادية رقم ١٧: موقف المرأة الحامل بصفتها عضوا مشاركا في الأبحاث).

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (١٦) موقف المرأة بصفتها نموذجا مشاركا في الأبحاث

لا يجوز استثناء النساء البالغات من المشاركة في الأبحاث الطبية الأحيائية – لمجرد احتمال التعرض للحمل أثناء فترة الدراسة، مما قد يلحق بالحامل أو بجنينها خطرا في حالة حدوث الحمل – وذلك لوجود الحاجة الماسة لهذه الشريحة الاجتماعية إلى الاستفادة من نتائج التجارب الرسمية للأدوية والأمصال والأدوات الطبية التي تعتمد على الفحص، ويجب اتخاذ الاحتياطات الكافية للحيلولة دون إلحاق المخاطر بها أو بجنينها في حالة حدوث الحمل. . إذ من الظلم والجور المنهي عنه شرعا حرمان المرأة بوصفها فئة من فئات المجتمع من الفوائد التي قد تجلبها لها المعلومات الجديدة المستفادة من تلك التجارب.

غير أنه يشترط موافقتها الاختيارية المستنيرة على البحث – كما هو مشترط بالنسبة للرجال، سواء بسواء – وهي التي تصدر بعد المعرفة الكافية والإدراك التام والفهم الصحيح لما أذنت به ووافقت عليه، بعد أن توفر لها كل المعلومات الدقيقة، وتُشرح لها جميع المخاطر المحتملة والعواقب المترتبة التي تحتاج إلى معرفتها قبل اتخاذ قرار الموافقة. [انظر تعليقنا على القاعدة (٥)].

وبناء على ذلك، يجب على الباحث الحصول على الموافقة الاختيارية للمرأة البالغة شخصيا على المشاركة في الأبحاث. وإن من المرفوض شرعا استبدال موافقة زوجها أو غيره بموافقتها، لما في ذلك من انتقاص حقوقها الإنسانية، نظرا لتمتع كل من الجنسين [عند انتفاء الموانع] بالأهلية التامة، مما يستوجب احترام استقلالية الشخص – ذكرا كان أم أنثى – وتمكينه من الاختيار الشخصي واتخاذ القرار المناسب له

في المشاركة في البحث - دون شائبة إكراه أو ضغط أو خديعة أو استغلال - بعد تلقي المعلومات اللازمة، وفهمها بصورة كافية.

على أنه يفضل - من قبيل الإحسان في العشرة - موافقة الزوج، تقوية للعلاقة الزوجية، وتفادياً للمشكلات الأسرية.

القاعدة الإرشادية رقم ١٧
موقف المرأة الحامل بصفتها عضوا مشاركا في الأبحاث

يتعين على الباحثين أن يضعوا في اعتبارهم أن المرأة الحامل تصلح للمشاركة في الأبحاث الطبية الحيوية ويجب عليهم وعلى لجان مراقبة آداب المهنة التأكد من حصول النساء الحوامل اللاتي سيقمن بالمشاركة في الأبحاث على قدر وافر من المعلومات عن المخاطر التي قد يتعرضن لها أو المنافع التي سيجلبها البحث عليهن وعلى حملهن وأجنتهن وذريتهن القادمة وكذلك على مستوى خصوبتهن. وينبغي إجراء الأبحاث على تلك الفئة فقط عندما يتعلق البحث بالاحتياجات الصحية الخاصة للمرأة الحامل أو جنينها أو بالاحتياجات الصحية للمرأة الحامل بشكل عام. ويمكن إجراء مثل تلك الأبحاث أيضا عندما يتم تدعيمها بدلائل مستقاة من تجارب أجريت على الحيوانات وبخاصة فيما يتعلق بمخاطر حدوث الطفرات أو التشوهات.

تعليق على القاعدة الإرشادية رقم ١٧ :

إن ما يزيد من تعقيد مبرر إجراء الأبحاث التي تتطلب مشاركة المرأة الحامل هو حدوث مخاطرات مع إمكانية الحصول على بعض المنافع المتوقعة من جراء إجراء تلك الأبحاث لشخصين اثنين وهما المرأة الأم والجنين، إضافة إلى حال ذلك الجنين عندما يصل إلى سن النضج. وعلى الرغم من اتخاذ الأم قرار الموافقة على قبول التعرض لتلك المخاطر كجزء لا يتجزأ من عملية الموافقة المبنية على إدراك كامل بالعواقب المترتبة عليها إلا أنه من المفضل في مثل تلك الحالات التي يهتم فيها البحث بصحة الجنين بشكل مباشر الحصول على قرار

موافقة الأب إذا تيسر ذلك. ويتعين على الباحث أن يلتمس موافقة الأم على قبول المخاطر التي قد تتهدد الجنين حتى إذا كان الدليل على وجود مثل تلك الأخطار غير معروف أو مبهم من أجل أن تتم عملية الموافقة المبنية على إدراك كامل بالعواقب.

إن النساء اللاتي يعشن بخاصة في مجتمعات أو دول تضع فيها التقاليد الحضارية أهمية أكبر للجنين من صحة الأم أو حياتها يشعرن أنهن مكبلات بهذه القيود إذا رغبن في المشاركة في الأبحاث مما يؤدي إلى عدم اشتراكهن فيها في بعض الأحيان. ولذا ينبغي اتخاذ إجراءات وقائية آمنة لمنع نزوع النساء الحوامل غير الضروري نحو المشاركة في الأبحاث التي يسبب التدخل فيها جلب منفعة مباشرة للجنين.

وحيث إن التشوهات الجنينية لا تعد علامة من علامات الإجهاض فلا يجوز إشراك النساء الحوامل في الأبحاث التي قد تثير هواجس حقيقية بالنسبة للتشوهات الجنينية التي قد تحدث نتيجة اشتراك المرأة الحامل في الأبحاث. ويتعين على الباحثين تضمين خطط الأبحاث التي يتم إجراؤها على النساء الحوامل مخططا لمراقبة النتائج المترتبة على الحمل فيما يتعلق بكل من صحة المرأة وصحة الطفل على المديين القصير والطويل.

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (١٧)
موقف المرأة الحامل بصفتها
عضوا مشاركا في الأبحاث

١ - لا حرج شرعا في مشاركة المرأة الحامل في الأبحاث الطبية الأحيائية، نظرا لحاجة فئة النساء الحوامل الصحية أو أجنتهن للفوائد والمنافع المترتبة على تلك الأبحاث، وذلك حيث تكون هناك مصلحة خالصة أو راجحة للأم أو للجنين في ذلك، ويكون من النادر أو غير المتوقع حدوث مخاطر واحتمالات التشوهات الجنينية ونحوها، التي قد تحدث نتيجة اشتراك المرأة في هذه الأبحاث.

٢ - يشترط الحصول على الموافقة الاختيارية المستنيرة من المرأة الحامل على مشاركتها في البحث، بعد أن توفر لها كل المعلومات الدقيقة عن سلبياته وإيجابياته المتوقعة أو الممكنة،وتوضحَ لها سائر المخاطر المحتملة على نفسها أو جنينها، وجميع العواقب المترتبة على تلك المشاركة.

٣ - في حالة وجود احتمالات مخاطر تتهدد الجنين،ولو بصورة نادرة أو وجه مرجوح، يتعين حصول الباحث على موافقة الأب المبنية على إدراك تام ومعرفة كافية بالنتائج المترتبة على إذنه أيضا، حيث إن له في الجنين حقا.

٤ - في الحالة التي تكون فيها مخاطر محتملة على الأم الحامل التي تشارك في الأبحاث الطبية الأحيائية، وتكون المصلحة المستهدفة منها لمصلحة الأجنة دون الاستفادة المباشرة منها للأم، يجب توعيتها بالمخاطر لكي تتقبلها بدافع التضحية لمصلحة الغير، دون أن تتوهم الأثر الإيجابي للأبحاث في نجاح الإنجاب الذي هو مرغوب للأم - بالفطرة - فتندفع للموافقة عاطفيا وليس عن تفكير وتعقّل.

القاعدة الإرشادية رقم ١٨
الحفاظ على سرية المعلومات

يتعين على الباحث اتخاذ إجراءات أمان وقائية لحماية سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى الذين يُجرى عليهم البحث ويجب عليه كذلك إبلاغهم بكافة الحدود القانونية وغيرها لقدرته على حماية وضمان سرية المعلومات والعواقب المحتمل ترتبها على انتهاك تلك السرية.

تعليق على القاعدة الإرشادية رقم ١٨

السرية بين الباحث والمريض:

قد يتطلب إجراء بحث ما يتعلق باحتياجات بعض الأفراد أو المجموعات تجميع وتخزين بعض المعلومات التي قد يتسبب إفشاؤها لأي طرف ثالث في إلحاق الأذى أو الضرر النفسي بالمريض. ولذا يتعين على الباحثين اتخاذ التدابير التي تضمن حماية سرية مثل هذه المعلومات مثل إلغاء البيانات التي قد تؤدي إلى التعرف على الأشخاص المشاركين في الدراسة على سبيل المثال وعرقلة القدرة على الوصول إلى البيانات وتجهيل المعلومات وغير ذلك من الوسائل. ويتعين أيضا على الباحثين أثناء عملية الحصول على موافقة مبنية على إدراك العواقب المترتبة عليها من المرضى المحتمل اشتراكهم في الدراسة إبلاغهم بالاحتياطات التي سيتم اتخاذها لحماية السرية.

وينبغي إعلام الأفراد المحتمل اشتراكهم في الأبحاث بحدود قدرة الباحث على تأمين أقصى درجات السرية لهم وبالعواقب الاجتماعية القاسية التي تترتب على انتهاك تلك السرية. تشترط بعض التشريعات

ضرورة إبلاغ المؤسسات المعنية بإصابة الأفراد ببعض الأمراض المعدية على سبيل المثال أو في حالة وجود أدلة على تعرض الأطفال للإهمال أو سوء الاستغلال. ومن حق الهيئات المنوطة بتنظيم شئون الأدوية المخدرة مراجعة سجلات التجارب التي أجريت على أساس الفحص ويجوز لقسم التدقيق والمراجعة التابع لأية مؤسسة راعية أن يطالب بالحق في فحص البيانات السرية. ولهذا يجب على الباحث أن يتوقع مثل هذه الأشياء وما يماثلها حيث إنها تحد من قدرته على الحفاظ على سرية المرضى وعليه أن يقوم بمصارحة المرضى قبل قبولهم المشاركة في الدراسة.

إن المشاركة في التجارب الخاصة باللقاحات والأدوية المستعملة لعلاج مرض الإيدز قد تعرض المشاركين فيها لمشاكل عسيرة من التمييز الإجتماعي أو الإيذاء تستحق أن توضع في الاعتبار مثل النتائج الطبية السيئة المترتبة على استعمال الأدوية والأمصال ولذا ينبغي بذل الجهود الممكنة لتقليل فرص وقوع هذه المخاطر وتخفيض حدتها عند وقوعها. فعلى سبيل المثال، يتعين على الباحث إعلام المرضى المشاركين في تجارب الأمصال أن استعداد الاستجابة للإصابة بالإيدز يعزى إلى تلقيهم المصل ولا يعزى إلى الإصابة الطبيعية به، ويمكن تحقيق ذلك بتزويدهم بالوثائق التي تشهد على اشتراكهم في تجارب الأمصال أو عن طريق حفظ سجل سري للمرضى المشاركين في التجارب وتوفير المعلومات التي يحتوي عليها لأية هيئة خارجية بناء على طلب المريض نفسه.

السرية بين الطبيب والمريض:

من حق المريض أن يتوقع من الأطباء والعاملين في حقل الرعاية الطبية الذين يتعامل معهم كتمان جميع المعلومات التي تخصه كتمانا

صارما وعدم إفشائها إلا لمن يحتاجها أو لمن له الحق في الحصول عليها مثل باقي الأطباء الذين يحضرون إجراء التجارب والممرضات وغيرهم من العاملين في الهيئة الطبية الذين يؤدون مهام متعلقة بتشخيص الأمراض وعلاج المرضى، وينبغي على الطبيب المعالج عدم إفشاء أية معلومة تؤدي إلى الكشف عن شخصية المريض لأي متسائل إلا بعد أن يأذن المريض بذلك وبعد الحصول على موافقة لجنة مراقبة آداب المهنة على ذلك.

يقوم الأطباء والعاملون في هيئة الرعاية الطبية بتسجيل تفاصيل ملاحظاتهم والخطوات التي يقومون بإجرائها في سجلات طبية وسجلات أخرى غالبا ما تلجأ إليها الدراسات الخاصة بالأوبئة للاستفادة منها. وبالطبع ليس عمليا في مثل هذه الدراسات الحصول على موافقة صريحة لكل مريض على حدة، وعليه، يجوز أن تطرح لجنة مراقبة آداب المهنة جانبا شرط الحصول على موافقة مبنية على إدراك تام بالعواقب التي تترتب عليها عندما لا يتعارض ذلك مع متطلبات القانون المحلي وبشرط توافر إجراءات مضمونة لحماية السرية (ارجع أيضاً إلى التعليق على القاعدة الإرشادية رقم ٤ الخاصة باستبعاد شرط الموافقة). أما في المؤسسات التي يتم فيها استخدام السجلات لأغراض بحثية دون الحاجة إلى موافقة المريض فمن الأفضل إعلام المرضى بهذه الممارسات بشكل عام عن طريق كتابتها في نشرة المعلومات الخاصة بهم عادة. أما في حالة الأبحاث الخاصة بالسجلات الطبية لبعض المرضى فيجب قبل الاطلاع عليها الحصول على موافقة لجنة مراقبة آداب المهنة والإشراف على ذلك من قبل شخص مطلع اطلاعا كاملا على شروط السرية.

قضايا السرية في الأبحاث الوراثية:

يتعين على الباحث الذي يقترح إجراء فحوص واختبارات وراثية ذات أهمية معروفة في طرق الفحص والتنبؤ بالإصابات الوراثية على عينات بيولوجية يمكن الربط بينها وبين شخص بعينه الحصول على موافقة معلنة من هذا الشخص أو على إذن من ممثل رسمي قانوني للمريض إذا وجد. وعلى العكس من ذلك، يجب على الباحث – قبل إجراء أي فحص أو اختبار وراثي ذي أهمية في التنبؤ بالإصابة بالأمراض الوراثية مع عدم وجود موافقة أو إذن شخصي من المريض عليه التأكد من تجهيل العينات البيولوجية بشكل كامل وطمس المعالم التي تربط بينها وبينه (المريض) مما يضمن للمريض عدم إمكانية استقاء أية معلومة عن شخص محدد من مثل تلك الأبحاث ويضمن كذلك عدم إطلاع المريض عليها.

أما في حالة عدم تجهيل العينات البيولوجية بشكل كامل وعندما يتوقع الباحث احتمال ربط نتائج الاختبارات الوراثية بالمرضى المشاركين في البحث لأسباب هامة تتعلق بالفحص أو الدراسة فيتعين عليه أثناء الحصول على موافقة مبنية على إدراك كامل بالعواقب المترتبة عليها التأكد من سرية المعلومات الدالة على هوية المرضى المحتمل اشتراكهم في الدراسة عن طريق تشفير آمن للعينات أو عرقلة الوصول إلى قواعد البيانات وعليه أن يشرح لهم هذه العملية بوضوح.

عندما يتبين أن نتائج الاختبارات الوراثية سيتم إبلاغها لأسباب طبية أو لأسباب تتعلق بالبحث للمريض أو للطبيب المعالج، فيجب إبلاغ المريض بهذا قبل الشروع في البحث ويجب إبلاغه بأن العينات التي سيتم اختبارها سيدون عليها بياناته بشكل جلي.

لا يجوز للباحثين إفشاء نتائج الاختبارات الوراثية أو التشخيصية

إلى أقارب المرضى دون موافقتهم، أما في الأماكن التي يتوقع فيها عادة أقارب المرضى الذين تربطهم بهم علاقة وثيقة أن يطلعوا على مثل هذه النتائج فيجب أن تشير خطة البحث إلى الاحتياطات الملائمة التي يتعين اتخاذها لمنع إفشاء النتائج دون موافقة المرضى كما توضح هذا لجنة مراقبة آداب المهنة وعلى الباحثين شرح هذه الإجراءات بشكل واضح أثناء عملية الحصول على موافقة مبنية على إدراك كامل بالعواقب المترتبة عليها.

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (١٨) الحفاظ على سرية المعلومات

لقد أوضح قرار مجمع الفقه الإسلامي بجدة رقم ٧٩ (٨/١٠) أحكام حفظ السر في المهن الطبية، وذلك في الفقرات ٤، ٥، ٦، ونصه:

رابعاً: يتأكد واجب حفظ السر على من يعمل في المهن التي يعود الإفشاء فيها على أصل المهنة بالخلل، كالمهن الطبية، إذ يركن إلى هؤلاء ذوو الحاجة إلى محض النصح وتقديم العون، فيفضون إليهم بكل ما يساعد على حسن أداء هذه المهام الحيوية، ومنها أسرار لايكشفها المرء لغيره حتى الأقربين إليه.

خامساً: تستثنى من وجوب كتمان السر حالات يؤدي فيها كتمانه إلى ضرر يفوق ضرر إفشائه بالنسبة لصاحبه، أو يكون في إفشائه مصلحة ترجح على مضرة كتمانه، وهذه الحالات على ضربين:

أ - حالات يجب فيها إفشاء السر بناءً على قاعدة ارتكاب أهون الضررين لتفويت أشدهما، وقاعدة تحقيق المصلحة العامة. . التي تقضي بتحمل الضرر الخاص لدرء الضرر العام إذا تعين ذلك لدرئه. وهذه الحالات نوعان: -

- ما فيه درء مفسدة عن المجتمع.
- وما فيه درء مفسدة عن الفرد.

ب - وحالات يجوز فيها إفشاء السر لما فيه من:

- جلب مصلحة للمجتمع.
- أو درء مفسدة عامة.

وهذه الحالات يجب الالتزام فيها بمقاصد الشريعة وأولوياتها من حيث حفظ الدين والنفس والعقل والنسل والمال.

سادساً: الاستثناءات بشأن مواطن وجوب الإفشاء أو جوازه ينبغي أن ينص عليها في نظام مزاولة المهن الطبية وغيره من الأنظمة، موضحة ومنصوصاً عليها على سبيل الحصر، مع تفصيل كيفية الإفشاء، ولمن يكون، وتقوم الجهات المسؤولة بتوعية الكافة بهذه المواطن".

وقبل ذلك نصت الفقرة الثالثة من القرار على أن "الأصل حظر إفشاء السر، وإفشاؤه بدون مقتض معتبر موجب للمؤاخذة شرعا".

القاعدة الإرشادية رقم ١٩
حق المرضى المشاركين في الأبحاث في العلاج والتعويض عند الإصابة

يتعين على الباحثين التأكد من أحقية المشاركين في البحث عند الإصابة بأي مرض ناتج من جراء اشتراكهم في البحث للحصول على العلاج الطبي المجاني والمساعدات المالية وغيرها لتعويضهم تعويضا ملائما عن الأضرار أو العجز أو الإعاقة التي قد تصيبهم. أما في حالة الوفاة بسبب المشاركة في البحث فتستحق عائلاتهم الحصول على التعويض. ولا يجوز للباحثين أن يطالبوا المرضى بالتنازل عن حقهم في التعويض

تعليق على القاعدة الإرشادية رقم ١٩

تناقش القاعدة الإرشادية رقم ١٩ موضوعين مميزين وأحدهما مرتبط بالآخر ارتباطا وثيقا. أما أولهما فهو الموضوع المتفق عليه من الجميع ألا وهو حق المرضى المشاركين في الأبحاث في تلقي العلاج الطبي المجاني و التعويض في حالة وقوع إصابة عفوية من جراء خطوات البحث (أي الخطوات غير العلاجية). وأما الثاني فيتعلق بحق الورثة في الحصول على التعويض المادي في حالة وفاة أو عجز عائلهم كنتيجة مباشرة للمشاركة في البحث رغم صعوبة وتعقيد تطبيق نظام خاص بالتعويضات للوفاة أو للإصابات الناجمة عن المشاركة في الأبحاث.

التعويضات العادلة والعلاج الطبي المجاني:

يستحق المرضى المشاركون في الأبحاث التعويض عند الإصابة

بالعجز نتيجة الخطوات التي يتم إجراؤها من أجل تحقيق أهداف البحث فقط. ولكن التعويض والعلاج الطبي المجاني لا يصرفان بشكل عام للمرضى المشاركين في الأبحاث الذين يعانون من ردود فعل معاكسة للإجراءات التي يتم اتخاذها بغرض الفحص أو العلاج أو التشخيص أو الوقاية والمتوقع حدوثها عندما لا تختلف تلك الاستجابات في نوعيتها عن ردود الأفعال المعروف ارتباطها بالإجراءات المتبعة في الممارسة الطبية الاعتيادية. ومن غير المنطقي في المراحل المبكرة من اختبارات الأدوية (المرحلة رقم ١ وبداية المرحلة رقم ١١) بشكل عام افتراض أن الدواء الذي يتم تجربته يعطي الأمل في جلب منفعة مباشرة للمريض، وبناء على ذلك يستحق صرف التعويض عادة من أصيب بالعجز كنتيجة لاشتراكه في مثل تلك الأبحاث.

يتعين على لجنة مراقبة آداب المهنة أن تحدد ما يلي مقدما قبل الشروع في إجراء البحث:

- نوعية الإصابات التي يستحق بسببها المرضى المشاركون في الأبحاث تلقي العلاج المجاني والتعويض في حالة العجز أو الإعاقة الناتجة عن مثل تلك الإصابات.

- نوعية الإصابات التي لايستحق بسببها الأفراد المشاركون في البحث تلقي التعويض.

ويجب إخبار الأفراد المحتمل اشتراكهم في الأبحاث بقرارات اللجنة كجزء من تطبيق عملية الحصول على موافقة مبنية على إدراك كامل بالعواقب المترتبة عليها حيث إنه لا يجوز للجنة مراقبة آداب المهنة تقرير ذلك مقدما فيما يتعلق بردود الأفعال المعاكسة غير المتوقعة فيجب أن يستحق المريض المشارك الحصول على التعويض على أساس

حدوث تلك الاستجابات وينبغي إبلاغها للجنة فور حدوثها للاطلاع عليها.

لا يجوز مطالبة الأفراد المشاركين في الأبحاث بالتنازل عن حقهم في التعويض أو بإظهار اللامبالاة والافتقار إلى درجة مقبولة من المهارة أمام الباحث من أجل الحصول على العلاج الطبي المجاني أو التعويض، ولهذا يجب ألا تحتوي عملية الحصول على موافقة مبنية على إدراك كامل بالعواقب المترتبة عليها أو الاستمارات الخاصة بذلك على كلمات تعفي الباحث من المسؤولية في حالة حدوث إصابة غير متعمدة وإلا سيكون هذا بمثابة إشارة إلى وجوب تنازل المشاركين في الأبحاث عن حقهم في التماس التعويض عن العجز أو الإعاقة. ويتعين إعلام الأفراد المحتمل اشتراكهم في البحث بعدم احتياجهم لاتخاذ أي إجراء قانوني لتوفير العلاج الطبي المجاني أو التعويض الذي يستحقونه عند الإصابة وإعلامهم أيضاً بأسماء مؤسسات الرعاية الطبية والأفراد الذين سيقدمون لهم العلاج الطبي والمؤسسة التي ستكون منوطة بصرف التعويضات.

التزام المؤسسات الراعية فيما يتعلق بالتعويضات. على الجهة الراعية للبحث قبل الشروع فيه، سواء كانت شركة مستحضرات طبية أو أي مؤسسة أو منشأة أخرى أو هيئة حكومية (حيث لا يمنع القانون التأمين الحكومي) أن تقبل بدفع التعويضات لأي إصابة بدنية تؤهل من يصاب بها للحصول على التعويض أو الاتفاق مع الباحثين على الظروف التي يجب أن يعتمدوا عليها في تغطية مبلغ التأمين (بسبب الإهمال أو فشل الباحث في اتباع خطوات خطة البحث أو حيث يقتصر التأمين الحكومي على الإهمال على سبيل المثال). ومن الأفضل تحت وطأة بعض الظروف اتباع الطريقين، فعلى الباحثين المطالبة بمبلغ تأمين مناسب ضد الأخطار لتغطية التعويضات بدون وجود دليل على الخطأ.

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (١٩) حق المرضى المشاركين في الأبحاث في العلاج والتعويض عند الإصابة

١ - يستحق المشاركون في البحث عند الإصابة بأي مرض ناتج عن اشتراكهم في البحث تلقي العلاج الطبي المجاني، وكذلك التعويض العادل عن الأضرار أو العجز أو الإعاقة الناتجة عنه أو المترتبة عليه بناء على الآتي:

أ - وجوب مراعاة مبادىء العدالة والإنصاف التي جاء الإسلام وجميع الشرائع السماوية لإقامتها وإرساء دعائمها بين الناس. قال تعالى ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُ بِٱلۡعَدۡلِ وَٱلۡإِحۡسَٰنِ﴾ [النحل: ٩٠] وقال سبحانه ﴿لَقَدۡ أَرۡسَلۡنَا رُسُلَنَا بِٱلۡبَيِّنَٰتِ وَأَنزَلۡنَا مَعَهُمُ ٱلۡكِتَٰبَ وَٱلۡمِيزَانَ لِيَقُومَ ٱلنَّاسُ بِٱلۡقِسۡطِۖ﴾ [الحديد: ٢٥].

ب - العمل بقاعدة "الجوابر" الشرعية، التي توجب على من تسبب بضرر لغيره جبر الفائت بالتعويض العادل.

ج - المسؤولية العقدية المترتبة على الاتفاقية الضمنية بين الجهة الراعية للبحث والمشاركين بتحمل الطرف الأول تبعات الأضرار التي تلحق [الحالة] نتيجة المشاركة في البحث.

٢ - وعلى ذلك لا يجوز للباحثين مطالبة المرضى بالتنازل عن حقهم في العلاج والتعويض، أو إظهار عدم المبالاة فيه، لما في ذلك من الجور والظلم ومنافاة الحق والعدل والإنصاف، على أن هذا

لايتعارض مع حق الشخص في التنازل طوعاً دون أي ضغط أو إغراء أو تدليس، بعد حصول الإصابة.

٣ - يستحق الورثة في حالة وفاة الشخص نتيجة مشاركته في البحث التعويض المقرر في التشريع الإسلامي.

القاعدة الإرشادية رقم ٢٠
تدعيم القدرة على المراجعة العلمية والأخلاقية والأبحاث الطبية الحيوية

تفتقر كثير من الدول إلى القدرة على تقييم أو تأمين الجودة العلمية أو درجة القبول الأخلاقية للأبحاث الطبية الحيوية التي يتم اقتراحها أو تنفيذها تحت مظلة تشريعاتها أما في الأبحاث التي يتم إجراؤها بالتعاون مع هيئات خارجية ترعاها، فإن الباحثين والمؤسسات الراعية لديها التزام أدبي بضمان أن تساهم مشروعات الأبحاث الطبية الحيوية التي تجري تحت مسؤوليتهم في تلك الدول في تدعيم القدرة المحلية للدولة على تصميم وتنفيذ الأبحاث الطبية الحيوية وتوفير سبل المراجعة والمراقبة العلمية والأخلاقية لها. تتضمن سبل بناء القدرة الأنشطة التالية، ولكنها لا تقتصر عليها:

- إنشاء و تدعيم عمليات ولجان مراقبة أخلاقية مستقلة وفعالة.
- تدعيم القدرة على إجراء الأبحاث.
- تطوير تقنيات ملائمة لأبحاث الرعاية الصحية والأبحاث الطبية الحيوية.
- تدريب العاملين في مجال البحث والرعاية الصحية.
- توعية المجتمع الذي سيتم انتقاء العناصر المشاركة في الأبحاث منه.

تعليق على القاعدة الإرشادية رقم ٢٠:

إن المؤسسات الخارجية الراعية للأبحاث والباحثين لديها التزام أدبي بالمساهمة في قدرة الدولة المضيفة على إجراء أبحاث طبية حيوية والمراقبة الأخلاقية العلمية المستقلة فيجب عليها قبل الشروع في إجراء أبحاث في دولة مضيفة ذات قدرة محدودة أو منعدمة تضمين خطة

البحث مخططا يحدد المساهمة التي سيقدمها، وينبغي أن تتناسب المساهمة في بناء القدرة مع حجم مشروع البحث. فعلى سبيل المثال عندما يتم إجراء دراسة موجزة عن الأوبئة تتطلب فقط الاطلاع على السجلات الطبية فإن ذلك لا يتطلب سوى قدر ضئيل من المساهمة إن وجد، بينما يتوقع من مؤسسة راعية خارجية عند قيامها بتجربة ميدانية على مصل واسع النطاق يستغرق من الوقت ما يربو على العامين أو الثلاثة أن تؤدي إلى مساهمة أكبر.

يجب تحديد الأهداف الرامية إلى بناء قدرة الدولة على إجراء الأبحاث وإنجازها من خلال الحوار والتفاوض بين المؤسسات الراعية الخارجية وسلطات الدولة المضيفة.

وينتظر من المؤسسات الخارجية توظيف وتدريب مواطني الدولة المضيفة عند الحاجة كي يصيروا باحثين أو مساعدي باحثين أو معالجي بيانات على سبيل المثال إلى جانب توفير قدر كبير من المساعدات الاقتصادية والتعليمية وغيرها من أجل بناء القدرة. ويجب ألا تمنح لجان مراقبة آداب المهنة المساعدات المالية بشكل مباشر من أجل تجنب تضارب المصالح وتأمين استقلاليتها بل ينبغي تقديم هذا الدعم للسلطات المختصة التابعة لحكومة الدولة المضيفة أو للمؤسسة المضيفة التي ستقوم بإجراء البحث.

(ارجع أيضا إلى القاعدة الإرشادية رقم ١٠: الأبحاث التي يتم إجراؤها في الدول والمجتمعات التي تفتقر إلى الموارد).

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (٢٠) تدعيم القدرة على المراجعة العلمية والأخلاقية والأبحاث الطبية الحيوية

مضمون هذه القاعدة لم يرد في شأنه نص تشريعي خاص ولا اجتهاد فقهي سابق، باعتباره من نتائج الفكر الإنساني المعاصر، وثمرة المعارف التراكمية والتجارب العلمية البشرية الحديثة،ولكنه ينضوي تحت عموم الأمر بالإحسان والتعاون لقوله تعالى: ﴿إِنَّ ٱللَّهَ يَأۡمُرُ بِٱلۡعَدۡلِ وَٱلۡإِحۡسَٰنِ﴾ [النحل: ٩٠] وقوله أيضا ﴿وَتَعَاوَنُواْ عَلَى ٱلۡبِرِّ وَٱلتَّقۡوَىٰۖ﴾ [المائدة / ٢].

القاعدة الإرشادية رقم ٢١
الالتزام الأخلاقي للمؤسسات الخارجية الراعية للأبحاث بتوفير خدمات الرعاية الصحية

تلتزم المؤسسات الراعية للأبحاث والدراسات التزاما أخلاقيا بتوفير ما يلي:

- خدمات الرعاية الطبية التي تعد جوهرية حتى يسير مجرى البحث بشكل آمن.
- علاج المرضى الذين يصابون بأي إيذاء من جراء المشاركة في الدراسة.
- الخدمات التي تعد جزءا ضروريا من التزام الرعاة بتقديمها بدون مقابل مثلها في ذلك مثل المنتجات التي يتم تصنيعها كنتيجة للبحث الذي تم إجراؤه بحيث تتوافر بأجر رمزي للأفراد أو المجموعات المعنية.

تعليق على القاعدة الإرشادية رقم ٢١

تختلف التزامات المؤسسات الخارجية الراعية للدراسات من حيث تقديمها لخدمات الرعاية الصحية باختلاف ظروف كل دراسة وباختلاف احتياجات البلاد التي تستضيفها. ولذا ينبغي توضيح التزامات تلك المؤسسات في بعض الدراسات الخاصة قبل الشروع في إجرائها ويجب أن تحدد خطة البحث المدة المتوقعة لإنهائه وخدمات الرعاية الطبية التي ستوفرها المؤسسة أثناء إجراء البحث وبعد الانتهاء منه للمرضى المشاركين أنفسهم ولعائلاتهم أو مجتمعاتهم أو للدولة المضيفة وينبغي أن يوافق كل من المؤسسة الراعية ومسؤولي الدولة المضيفة والجهات المعنية الأخرى وعائلات المرضى، إذا أتيح ذلك، على تفاصيل تلك الترتيبات. يجب كذلك تحديد الترتيبات المتفق عليها أثناء عملية

الحصول على موافقة مبنية على إدراك بالعواقب المترتبة عليها وفي الوثيقة المعنية.

وعلى الرغم من أن المؤسسات الراعية بشكل عام غير مضطرة إلى توفير خدمات الرعاية الصحية التي تتجاوز الخدمات الضرورية لإجراء البحث إلا أن هذا الفعل مكرمة تستحق الثناء. تتضمن تلك الخدمات بالطبع علاج الأمراض التي يصاب بها المريض أثناء مدة البحث فيجوز الاتفاق على سبيل المثال على علاج حالات الإصابة بمرض معد أثناء تجربة أحد الأمصال التي تم إعدادها للوقاية من هذا المرض أو علاج الأمراض التي تصيب المشاركين في البحث بشكل عفوي وليس لها علاقة بالدراسة المجراة.

يمثل الالتزام بحصول المرضى المشاركين في الأبحاث الذين يعانون من بعض الإصابات نتيجة لخطوات البحث على العلاج الطبي بدون مقابل وعلى تعويضات في حالة الموت أو العجز الذي يحدث كنتيجة لتلك الإصابة الموضوع الرئيسي للقاعدة الإرشادية رقم ١٩ التي تلقي الضوء على مدى وحدود هذه الالتزامات.

وعندما يكتشف أحد الباحثين أن المرضى المشاركين في الدراسة أو الذين يحتمل اشتراكهم فيها يعانون من بعض الأمراض التي لا علاقة لها بالدراسة أو يعجزون عن إدراج أسمائهم في البحث بسبب عدم توافر الشروط الصحية المطلوبة فيهم، فعليه أن يسدي لهم النصح إذا أمكن أو يوجههم نحو الحصول على رعاية طبية، وعلى المؤسسات الراعية كذلك بشكل عام أن تقوم بشرح وتوضيح المعلومات المتعلقة بالصحة العامة التي توصل إليها البحث للهيئات الطبية المختصة.

تلقي القاعدة الإرشادية رقم ١٠ المعنونة: "الدراسات التي يتم إجراؤها على الدول والمجتمعات التي تفتقر إلى الموارد" الضوء على التزام الرعاة بتوفير أي خدمات طبية أو منتجات يتم التوصل إليها أو معلومات هامة يسفر عنها البحث لصالح الدولة أو المجتمعات المعنية.

الرأي الإسلامي بشأن القاعدة الإرشادية (٢١) الالتزام الأخلاقي للمؤسسات الخارجية الراعية للأبحاث بتوفير خدمات الرعاية الصحية

١ - التزام المؤسسات الراعية للأبحاث والدراسات التزاما أخلاقيا بتوفير خدمات الرعاية الطبية المجانية، التي تعد جوهرية، حتى يسير مجرى البحث بشكل آمن، يدخل تحت مفهوم العدل والإحسان المأمور بهما في الشريعة الإسلامية.

٢ - التزام تلك المؤسسات بعلاج المرضى الذين يصابون بأي أذى من جراء المشاركة في البحث يندرج تحت قاعدة الجوابر الشرعية، التي توجب على من تسبب بضرر لغيره جبره برفعه وإزالة آثاره، والتعويض العادل عما فات الطرف المتضرر بتسببه.

الجـــزء الثاني
ب - الملاحق

ملحق رقم (١)

ملحق ١
بند يتم إدراجه في برتوكول (أو وثائق ذات صلة) لأبحاث الطب الأحيائي المتضمنة لحالات بشرية

(يتم إدراج البنود المتعلقة بالدراسة المذكورة/ المشروع المذكور)

١ - عنوان الدراسة؛

٢ - ملخص للبحث المقترح بلغة عادية غير فنية؛

٣ - بيان واضح لمبررات الدراسة، وأهميتها في التطوير والوفاء باحتياجات القطر/ السكان الذين يُجرى البحث عليهم؛

٤ - آراء الباحثين بشأن قضايا آداب المهنة والاعتبارات الأخلاقية التي تثيرها الدراسة وكيفية التعامل المقترح معها؛

٥ - ملخص بجميع الدراسات السابقة التي تناولت الموضوع، بما في ذلك الدراسات التي لم تُنشر المعروفة لدى الباحثين والجهات الراعية، والمعلومات الخاصة بالأبحاث المنشورة من قبل عن الموضوع، والمتضمنة لطبيعة وحدود وعلاقة الدراسات التي أجريت على حيوانات والدراسات المرتبطة بفترة ما قبل ظهور الأعراض السريرية وتلك القائمة على الملاحظة السريرية المباشرة؛

٦ - بيان مؤداه أن المبادئ المذكورة في هذه القواعد الإرشادية سوف يتم تنفيذها؛

٧ - سرد بالمظاهر السابقة لخضوع البروتوكول للمراجعة الأخلاقية ونتائجها؛

٨ - وصف مختصر للموقع (المواقع) المقرر إجراء البحث به، بما في ذلك معلومات عن كفاية المنشآت من أجل التنفيذ الآمن والملائم للبحث، وما يتصل به من المعلومات السكانية وتلك المتعلقة بالأوبئة عن القطر المعنى أو المنطقة المعنية؛

٩ - اسم وعنوان الجهة الراعية للبحث؛

١٠ - أسماء وعناوين رئيس فريق البحث وأعضاء الفريق والهيئات المؤسسية التابعين لها ومؤهلاتهم وخبراتهم؛

١١ - أهداف التجربة أو الدراسة، وافتراضاتها بشأن أسئلة البحث، وآرائها العلمية ومتغيراتها؛

١٢ - وصف تفصيلى بتصميم التجربة أو الدراسة. وفي حالة التجارب المقيدة القائمة على الملاحظة المباشرة يتعين أن يشتمل ولا يقتصر الوصف على هل سيكون العمل الخاص بمجموعات العلاج عشوائياً (بما في ذلك أسلوب أخذ العينات العشوائية)، وهل الدراسة ستكون مُعَمَّاة (blinded) (من طرف واحد، من كلا الطرفين)، أو مفتوحة؛

١٣ - عدد حالات البحث المطلوب لإنجاز الهدف من الدراسة، وكيف تم تحديد ذلك على نحو إحصائى؛

١٤ - معايير ضم أو استبعاد الحالات المحتملة، ومبررات استبعاد أي من المجموعات على أساس السن أو النوع أو العوامل الاجتماعية أو الاقتصادية وغير ذلك من الأسباب؛

١٥ - مبررات إشراك أي أشخاص ذوى قدرة محدودة على الموافقة أو أفراد من مجموعات اجتماعية سريعة التأثر كحالات بحث، مع وصف للإجراءات الخاصة لتقليل المخاطر والمتاعب الواقعة على مثل هذه الحالات إلى أدنى حد؛

١٦ - خطوات الانتقاء، على سبيل المثال الإعلانات والخطوات المقرر اتخاذها لحماية السرية والخصوصية أثناء الانتقاء (التعيين)؛

١٧ - وصف وشرح لجميع التدخلات (أسلوب إعطاء الدواء كعلاج)، بما في ذلك سير عملية إعطاء الدواء والجرعات والفترة بين الجرعات وفترة العلاج للمنتجات المستخدمة والقائمة على الاستقصاء وأدوات المقارنة؛

١٨ - خطط ومبررات الانسحاب أو الامتناع عن علاجات قياسية في أثناء البحث، بما في ذلك أية مخاطر ناتجة تهدد الحالات؛

١٩ - أي علاج آخر قد يتم إعطاؤه أو السماح به، أو يثبت خطؤه عن طريق الأعراض خلال الدراسة؛

٢٠ - الاختبارات السريرية والمعملية وغيرها المقرر القيام بها؛

٢١ - عينات من النماذج القياسية المقرر استخدامها والخاصة بتدوين تقارير عن الحالات، وأساليب تسجيل الاستجابة العلاجية (وصف وتقييم الأساليب وتكرار القياس)، وإجراءات المتابعة، والإجراءات المقترحة لتحديد درجة توافق الحالات مع العلاج في حالة قابلية هذه النقطة الأخيرة للتطبيق؛

٢٢ - القواعد أو المعايير التي بمقتضاها قد يتم إخراج حالات من الدراسة أو التجربة القائمة على الملاحظة المباشرة، أو وقف مركز ما (بالنسبة للدراسة متعددة المراكز)، أو إنهاء الدراسة؛

٢٣- أساليب تسجيل وتحرير تقارير عن الأحداث أو ردود الأفعال المعاكسة، وتدابير التعامل مع المضاعفات؛

٢٤- المخاطر المعروفة والمتوقعة لردود الأفعال المعاكسة، بما في ذلك المخاطر المرتبطة بكل أسلوب تدخل مقترح وأي دواء أو لقاح أو إجراء مقرر اختباره؛

٢٥- بالنسبة للأبحاث التي تتضمن قدراً أكبر من الحد الأدنى من الإصابة الجسدية، تفاصيل الخطط، بما في ذلك الغطاء التأميني، الخاصة بتوفير العلاج لهذه الإصابة بما في ذلك تمويل العلاج، وتقديم تعويضات مقابل العجز أو الوفاة المرتبطة بالبحث؛

٢٦- شرط لاستمرار الحالات في الحصول على العلاج القائم على الفحص عقب الدراسة، يبين وسائل هذا العلاج، والفرد المسؤول أو الهيئة المسؤولة عن تحمل تكاليفه، وفترة استمراره؛

٢٧- بالنسبة لأبحاث النساء الحوامل، خطة، إذا كان ذلك ممكناً، لمراقبة نتيجة الحمل فيما يتعلق بكل من صحة المرأة وصحة الطفل على الأمد القصير والأمد البعيد؛

٢٨- المزايا المحتملة للبحث التي تعود على الحالات وغيرها؛

٢٩- المزايا المتوقعة للبحث التي تعود على السكان، بما في ذلك المعارف الجديدة التي قد تنشأ عن الدراسة؛

٣٠- الوسائل المقترحة للحصول على الموافقة الفردية المستنيرة والإجراء المخطط لتوصيل المعلومات للحالات المتوقعة، بما في ذلك اسم ووظيفة الشخص المسؤول عن الحصول على الموافقة؛

٣١- عندما تكون الحالة المتوقعة غير قادرة على الموافقة المستنيرة، فلا بد من ضمانات مرضية بضرورة الحصول على إذن من شخص مخول على نحو مناسب، أو، في حالة الطفل الناضج بشكل

كاف لاستيعاب مضامين الموافقة المستنيرة ولكنه لم يصل بعد للسن القانونية للموافقة، بأنه سوف يتم الحصول على اتفاق مبنى على علم، أو موافقة، كذلك إذن من أحد الوالدين، أو وصى قانونى أو أي ممثل آخر مخول على نحو مناسب؛

٣٢- سرد لأية إغراءات أو حوافز اقتصادية أو غيرها يتم تقديمها للحالات المتوقعة لتشجيعهم على المشاركة، مثل المبالغ النقدية أو الهدايا أو الخدمات والتسهيلات المجانية، مع سرد لأية التزامات مالية تتحملها الحالات مثل رسوم الخدمات الطبية؛

٣٣- الخطط والطرق والأفراد المسؤولين عن توصيل المعلومات الناشئة عن الدراسة (الخاصة بالأضرار أو المزايا على سبيل المثال)، أو عن بحوث أخرى في نفس الموضوع، والتي قد تؤثر على رغبة الحالات في الاستمرار في الدراسة؛

٣٤- الخطط لإبلاغ الحالات عن نتائج الدراسة؛

٣٥- تدابير حماية سرية البيانات الشخصية واحترام خصوصية الحالات، بما في ذلك الاحتياطات القائمة لمنع إفشاء نتائج الاختبارات الوراثية للحالة لأقرب الأقربين في العائلة دون موافقة الحالة؛

٣٦- معلومات عن كيفية إنشاء الشفرة الخاصة بهوية الحالات، إن وجدت، والمكان والوقت الذي سوف تُحفظ فيه، وكيفية كشف النقاب عنها في حالة الطوارئ ومن الذي سوف يقوم بذلك؛

٣٧- أية استخدامات متوقعة أخرى للبيانات الشخصية أو المواد البيولوجية؛

٣٨- وصف لخطط التحليل الإحصائى للدراسة، بما في ذلك خطط

التحليل المؤقت، إن وجدت، ومعايير إنهاء الدراسة برمتها قبل موعدها المحدد عند الضرورة؛

٣٩- خطط مراقبة استمرارية الأمان للعقاقير والتدخلات الأخرى المعطاة لأهداف تخدم الدراسة أو التجربة، وتعيين لجنة مستقلة لمراقبة البيانات (مراقبة البيانات والسلامة) لهذه الأغراض في حالة ملاءمة ذلك؛

٤٠ - قائمة بالمراجع المستشهد بها في البرتوكول؛

٤١ - مصدر وحجم التمويل المقدم للبحث: المنظمة التي ترعى البحث مع سرد تفصيلي للالتزامات المالية للجهة الراعية تجاه مؤسسة البحوث والباحثين وحالات البحث، والمجتمع إذا اقتضى الأمر؛

٤٢ - ترتيبات التعامل مع النزاعات المالية أو غيرها من صراعات المصالح التي قد تؤثر على أحكام الباحثين وغيرهم من أعضاء طاقم البحث: إبلاغ اللجنة المؤسسية لصراعات المصالح بمثل هذه الصراعات؛ رفع تفاصيل المعلومات المرتبطة بذلك الموضوع بواسطة تلك اللجنة إلى لجنة مراجعة آداب المهنة؛ وتوصيل بعض المعلومات بمعرفة تلك اللجنة إلى حالات البحث إذا ما رأت أهمية نقل تلك المعلومات لهذه الحالات؛

٤٣ - الجدول الزمنى لإكمال الدراسة؛

٤٤ - بالنسبة للأبحاث المقرر إجراؤها في قُطْرٍ أو مجتمع نام، الإسهام الذي سوف تقوم به الجهة الراعية فيما يتعلق ببناءً القدرات والمدارك من أجل المراجعة العلمية والأخلاقية ومن أجل أبحاث الطب الأحيائي في البلد المضيف، مع ضمان أن تكون أهداف بناء القدرات متوافقة مع قيم وآمال الحالات ومجتمعاتها؛

٤٥ - في حالة كون الجهة الراعية صناعية بصفة خاصة، يجب أن ينص

العقد على تحديد الطرف الذي له حق نشر نتائج الدراسة، مع التزام إجبارى بإعداد مسودة النص المستعرض للنتائج وتسليمها للباحثين الرئيسيين؛

٤٦- في حالة المحصلة السلبية، يجب ضمان أن النتائج سوف تكون متاحة، في صورة ملائمة، من خلال النشر أو بواسطة رفع تقارير لهيئة تسجيل العقاقير؛

٤٧- الظروف التي قد يُعتبر فيها من غير الملائم نشر النتائج، مثل عندما تشكل نتائج دراسة خاصة بالأوبئة أو علم الاجتماع أو الصفات الوراثية خطراً على مصالح مجتمع أو تجمع سكانى معين أو مجموعة من الأفراد ذات سمات عرقية وجنسية محددة؛

٤٨- بيان مؤداه أن أي دليل مثبت على تزييف البيانات سوف يتم التعامل معه وفقاً لسياسة الجهة الراعية بشأن اتخاذ المسلك القانونى الملائم ضد تلك الإجراءات غير المقبولة.

ملحق رقم (٢)

ملحق (٢)
إعلان هلسنكي لنقابة الأطباء الدولية عن المبادئ الأخلاقية في مجال الأبحاث الطبية التي تشمل التجريب على الإنسان

تم اعتماد هذا الإعلان في الاجتماع الثامن عشر للجمعية العمومية للنقابة والذي عقد في هلسنكي بفنلندا في يونيو ١٩٦٤، ثم جرى تعديله في الاجتماعات التالية:

- الاجتماع التاسع والعشرين للجمعية العمومية للنقابة الذي عقد في طوكيو باليابان في أكتوبر ١٩٧٥.
- والاجتماع الخامس والثلاثين الذي عقد في فينسيا بإيطاليا في أكتوبر ١٩٨٣.
- والاجتماع الواحد والأربعين الذي عقد في هونج كونج في ديسمبر ١٩٨٩.
- والاجتماع الثامن والأربعين الذي عقد في سمرست ويست بجمهورية جنوب إفريقيا في أكتوبر ١٩٩٦.
- والاجتماع الثاني والخمسين الذي عقد في إدنبره باسكتلندا في أكتوبر ٢٠٠٠.

أ - مقدمة:

١ - لقد صدر إعلان هلسنكي عن النقابة الدولية للأطباء للنص على المبادئ الأخلاقية التي ينبغي أن يسترشد بها الأطباء وكافة العاملين في مجال الأبحاث الطبية التي تشمل إجراء تجارب على أفراد من الجنس البشري. ويدخل في نطاق هذه الأبحاث تلك التي تُجرى على مواد أو معطيات بشرية محققة.

٢ - يتوجب على الطبيب أن يعمل على الحفاظ على الصحة العامة والترويج لسبل تحسينها. ويكرس خبراته وما يمليه عليه ضميره في سبيل ذلك.

٣ - إن إعلان جنيف الصادر عن النقابة الدولية للأطباء يلزم الطبيب بهذه الكلمات: "إنني ألتزم بأن أضع صحة المريض في المحل الأول من الاعتبار". كما يعلن ميثاق الشرف الدولي للخدمات الطبية أنه "عند توفير علاج طبي قد تكون له آثار سلبية على حالة المريض الجسمانية أو النفسية، على الطبيب أن يضع مصلحة مريضه نصب عينيه".

٤ - ينهض التقدم في المجال الطبي على البحث العلمي الذي لابد وأن يصل في النهاية إلى التجريب على الإنسان.

٥ - عند التجريب في الأبحاث الطبية على أفراد من الجنس البشري ينبغي أن تكون سلامة الإنسان أولى بالاهتمام والرعاية من مصلحة العلم والمجتمع.

٦ - إن الأبحاث العلمية التي تُجرى تجاربها على العنصر البشري تستهدف في المقام الأول التوصل إلى سبل أفضل للوقاية والتشخيص والعلاج وفهم أدق لنشأة الأمراض وتطورها. ولا ينبغي الركون إلى ما يمكن التوصل إليه من هذه السبل، بل يجب

أن تخضع بصفة مستمرة للاختبار عن طريق أبحاث لا تنقطع لإثبات فعاليتها وكفاءتها وإمكانية تطبيقها ونوعيتها.

٧ - في مجال الممارسة الطبية والبحث العلمي، تنطوي معظم طرق الوقاية والتشخيص والعلاج على قدر كبير من المخاطرة والأعباء.

٨ - يخضع البحث العلمي في المجالات الطبية لمعايير أخلاقية تضمن احترام الجنس البشري وتوفير الحماية لصحته وحقوقه. ويحتاج بعض أفراد عينات البحث إلى حماية خاصة نظراً لضعفهم. كما ينبغي مراعاة الاحتياجات الخاصة لمن اجتمع عليهم الفقر والمرض. وهناك فئات تحتاج إلى عناية خاصة من بينها أولئك الذين لا يستطيعون إبداء الموافقة على التعرض لهذه التجارب أو الامتناع عنها بمحض إرادتهم، وأولئك الذين قد يقهرون على منح موافقتهم، وأولئك الذين لن يستفيدوا شخصياً من نتائج هذه التجارب وأخيراً أولئك الذين يخضعون لتلك التجارب البحثية ضمن برنامج علاجهم.

٩ - ينبغي أن يكون القائمون على شؤون البحث العلمي على دراية تامة بما يقتضيه استخدام عينات بشرية من متطلبات أخلاقية وقانونية وتنظيمية تفرضها بلادهم، وذلك إلى جانب المتطلبات الدولية. على ألّا تؤدي أي من المتطلبات المحلية إلى المساس بأي إجراء من إجراءات حماية العينات البشرية التي ينص عليها هذا الإعلان.

ب - المبادئ الأساسية لكافة الأبحاث الطبية:

١٠ - يتوجب على الطبيب القائم بالبحث الطبي أن يوفر للعينة البشرية موضع تجاربه الحماية الكاملة لحياته والحفاظ على صحته وخصوصيته وكرامته.

١١- ينبغي أن يتوافق البحث العلمي الذي يستخدم عينات بشرية مع المبادئ العلمية السائدة بصفة عامة، وأن يقوم على معرفة تامة بالأدبيات العلمية وغيرها من مصادر المعلومات ذات الصلة، وكذلك على تجارب معملية سابقة وغيرها من تجارب اقتضى الأمر إجراءها على الحيوانات.

١٢- ينبغي على الباحثين توخي الحذر فيما يتعلق بتأثير أبحاثهم على البيئة المحيطة، كما يجب عليهم توفير الرعاية اللازمة لحيوانات تجاربهم.

١٣- إن كل إجراء تجريبي يشمل استخدام عناصر بشرية يجب أن يسجل في وثيقة مبدئية من حيث تخطيطه وخطوات تنفيذه بلغة شديدة الوضوح. ثم تحال هذه الوثيقة إلى لجنة خاصة بالمعايير الأخلاقية لا سلطان عليها من الباحث أو راعي البحث أو غيرهما، حيث ينظر أعضاء اللجنة في هذه الوثيقة ويتناولونها بالمناقشة والتعليق والإرشاد وحتى الموافقة في الحالات التي تستوجب ذلك. ويتم ذلك وفق القوانين واللوائح الخاصة بالدولة التي يُجرى فيها البحث. ولهذه اللجنة الحق في متابعة ما يجرى من محاولات لتطبيق خطوات البحث. ويتعين على الباحث أن يزود أعضاء اللجنة أولاً بأول بالمعلومات اللازمة لهذه المتابعة، خاصة إذا وقعت أحداث معاكسة تتسم بالخطورة. كما يتعين على الباحث أن يقدم إلى اللجنة كل المعلومات المتعلقة بالتمويل والرعاة والمؤسسات التي ينتسبون إليها، وأية ظروف قد تتمخض عن تضارب في المصالح. كما يجب بيان الوسائل المستخدمة لحفز العينات البشرية على الخضوع لتجارب البحث.

١٤- يجب أن يتضمن بروتوكول البحث إشارة إلى الاعتبارات

الأخلاقية التي ينطوي عليها البحث وكذلك ما يفيد بالإذعان التام للمبادئ التي ينص عليها هذا الإعلان.

١٥ - إن الأبحاث الطبية التي تستخدم عينات بشرية في تجاربها لا ينبغي أن يتولاها إلا أشخاص مؤهلون علمياً يقومون بعملهم تحت إشراف شخصية طبية تتميز بكفاءة إكلينيكية. إذ إن مسؤولية الحفاظ على سلامة العينة البشرية تقع دائما على عاتق الشخصية المؤهلة طبياً ولا تقع مطلقاً على من يخضع للتجربة حتى وإن كان قد أعطى موافقته على ذلك.

١٦ - كل مشروع بحثي طبي يتضمن إجراء تجارب على عناصر بشرية يجب التمهيد له بتقييم دقيق يتنبأ بمخاطره وأعبائه ويقارن ذلك بالفوائد المرتقبة التي قد تعود على الخاضعين لتجاربه أو على غيرهم. وهذا لا يمنع أن يشارك متطوعون أصحاء في تجارب الأبحاث الطبية. وفي جميع الأحوال، ينبغي أن يكون تصميم أي مشروع بحثي معلناً وفي متناول من يرغب في الاطلاع عليه.

١٧ - يتعين على الأطباء الامتناع عن الانخراط في أبحاث تستخدم عينات بشرية ما لم يكونوا على ثقة تامة بأن المخاطر التي ينطوي عليها البحث قد خضعت لتقييم وافٍ وتبيّن إمكانية مجابهتها بشكل يرضي ضمائرهم. كما ينبغي عليهم التوقف عن استكمال أي بحث إذا تيقنوا من أن مخاطره تفوق فوائده المرجوة أو إذا لم يكن هناك دليل حاسم على أن البحث سوف يتوصل إلى نتائج ايجابية ومفيدة.

١٨ - لا ينبغي مباشرة العمل في أي بحث طبي يستخدم عينات بشرية ما لم يتأكد أن الهدف من ورائه يفوق في أهميته المخاطر والأعباء التي تكمن فيه لمن يخضع لتجاربه. وينطبق ذلك بصفة خاصة على الأبحاث التي يتم إجراؤها على متطوعين أصحاء.

١٩- لا يبرر القيام بإجراء أي بحث طبي سوى احتمال أن يتوصل إلى نتائج تفيد الناس في الدولة التي يتم فيها هذا البحث.

٢٠- ينبغي أن تكون العينات البشرية من المتطوعين ويشاركون في مشروع البحث عن دراية ومعرفة به.

٢١- يجب احترام حق المشاركين في البحث (عيناته البشرية) في الحفاظ على سلامتهم. كما يجب اتخاذ كافة الاحتياطيات لضمان خصوصية كل منهم وسرية المعلومات عنه والحد الأدنى من تأثير الدراسة على حالته الجسمانية والنفسية وتماسك شخصيته.

٢٢- في أي بحث يتطلب استخدام عينات بشرية يجب إحاطة المرشحين للخضوع لتجاربه إحاطة كافية بكل المعلومات الضرورية عن أهدافه وطريقة تنفيذه ومصادر تمويله وأي احتمالات لوقوع ما يتضارب مع مصالحه، والمعاهد العلمية التي يتبعها الباحث والفوائد المرتقبة لهذا البحث، وكذلك ما قد ينجم عنه من مخاطر ومتاعب. كما ينبغي إحاطة المتطوع علماً بحقه في الامتناع عن المشاركة في الدراسة أو سحب موافقته على المشاركة في أي وقت دون أن يكلفه ذلك أية استحقاقات. وبعد أن يتأكد الطبيب الباحث أن المتطوع قد استوعب تماماً كل هذه المعلومات، عليه أن يسعى للحصول على موافقة صريحة منه صادرة عن إرادة حرة بالاشتراك في البحث، ويفضل أن تكون هذه الموافقة كتابية. أما إذا كانت شفهية، وجب أن تكون مسجلة وفي حضور شهود.

٢٣- عند الحصول على موافقة المتطوع على الاشتراك في تجارب البحث، يجب أن يكون الباحث منتبهاً للظروف المحيطة بهذه الموافقة، فقد يكون المتطوع معتمداً على الباحث اقتصادياً بشكل ما، أو قد يكون مضطراً إلى هذه الموافقة نتيجة ظروف قاهرة.

وفي هذه الحالة ينبغي أن يتصدى للحصول على الموافقة الصريحة طبيب على دراية تامة بأمور البحث العلمي لا يكون طرفاً في مشروع البحث موضوع الموافقة ولا تربطه بالباحث أي روابط اقتصادية أو مصالح نفعية.

٢٤- في الحالات التي يكون فيها الشخص المراد إشراكه في تجارب البحث فاقداً للأهلية القانونية أو عاجزاً عن إبداء موافقته لأسباب جسمانية أو عقلية أو حدثاً لم يبلغ السن القانونية، ينبغي على الباحث أن يسعى للحصول على موافقة اشتراكه من شخص مخّول بأن يمثله أو ينوب عنه وفق القوانين المعمول بها. وبصفة عامة، لا يجب إشراك مثل تلك الحالات في أي بحث إلا إذا كان بهدف التوصل إلى علاج أو نتائج نافعة لها بينما لا يمكن إجراؤه على أشخاص ذوي أهلية قانونية.

٢٥- قد يكون المتطوع غير مؤهل قانونياً في نظر الباحث، كأن يكون طفلاً أو حدثاً، إلا أنه يستطيع أن يبدي قبولاً لقرار اشتراكه في البحث. وفي هذه الحالة، على الباحث أن يسعى للحصول على هذا القبول بالإضافة إلى الموافقة القانونية من الشخص المخّول بتمثيل مثل هذا المتطوع.

٢٦- أي بحث طبي يراد إجراؤه على أفراد يعجزون عن منح موافقة واعية على الاشتراك في تجاربه، بما في ذلك حالات الموافقة عن طريق وكيل أو ممثل قانوني، لا يجب الشروع فيه إلا إذا كانت الحالة الجسمانية أو العقلية التي تقف حائلاً دون هذه الموافقة هي الصفة المميزة لعينات البحث. وهنا ينبغي أن يتضمن بروتوكول البحث الأسباب المحددة التي تجعل هؤلاء المشاركين غير قادرين على إعطاء موافقة مسؤولة حتى يتسنى لأعضاء لجنة المعايير الأخلاقية النظر فيها والتصديق عليها. كما يجب أن يذكر

البروتوكول أن الموافقة على الاستمرار في الخضوع لتجارب البحث ينبغي الحصول عليها بأسرع ما يمكن من الفرد نفسه أو ممن ينوب عنه قانونياً.

٢٧- تقع المسؤولية الأخلاقية عن الأبحاث العلمية على عاتق مؤلفيها وناشريها على حد سواء. ففيما يختص بنتائج البحث، يجب أن يلتزم الباحثون بالدقة التامة وعدم الاقتصار على نشر النتائج الإيجابية حيث ينبغي نشر النتائج السلبية كذلك أو جعلها في متناول الجميع. كما يجب أن يتضمن النشر كل المعلومات اللازمة عن مصادر تمويل البحث والمعاهد التي يتبعها الباحث وأي تضارب محتمل في المصالح قد يؤثر على نتائج هذا البحث. وعلى الناشر ألا يقبل أي تقارير عن تجارب البحث لا تتوافق مع المبادئ التي وضعها هذا الإعلان.

ج - مبادئ إضافية لحالات الجمع بين البحث الطبي والعلاج:

٢٨- للطبيب أن يجمع في علاج مرضاه بين البحث الطبي وبرنامج هذا العلاج إذا كان للبحث ما يبرره من حيث إسهامه المرتقب في مجال الوقاية أو التشخيص أو العلاج. وفي مثل هذه الحالات، ينبغي مراعاة معايير إضافية تستهدف حماية المرضى الذين يصبحون بذلك عينات بشرية تُجرى عليهم تجارب البحث.

٢٩- عند التوصل إلى طريقة جديدة للوقاية أو التشخيص أو العلاج يجب أن يوضع ما لها من فوائد ومخاطر وأعباء وفعالية موضع الاختبار، حيث تتبع مجموعة البحث الطريقة الجديدة بينما تتبع المجموعة الضابطة أفضل الطرق المستخدمة حتى ذلك الوقت. ثم تتم مقارنة النتائج. أما عندما لا توجد طريقة معروفة للمقارنة

مع الطريقة الجديدة فلا مانع من استخدام أسلوب اللاعلاج، وذلك بأن تتناول المجموعة الضابطة دواءً عديم الأثر.

٣٠- وعند نهاية الدراسة، يجب أن تكون طريق الوقاية والتشخيص والعلاج التي أثبتها البحث وأقام عليها الدلائل العلمية الكافية في متناول المرضى الذين أُجريت عليهم تجارب هذا البحث.

٣١- على الطبيب أن يحيط مريضه علماً بجوانب برنامجه العلاجي التي سوف تصبح موضوعاً للبحث. ولا ينبغي أن تتأثر علاقة الطبيب بمريضه مطلقاً إذا رفض المريض أن يكون جزءاً من هذا البحث.

٣٢- عندما يكون الطبيب بصدد مداواة مريض من حالة ما لا توجد لها طرق مؤكدة للوقاية والتشخيص والعلاج أو أن الطرق المتبعة ليست فعالة، يحق له بعد أخذ موافقة المريض أن يتخذ تدابير لم تثبت جدواها بعد أو أخرى جديدة إذا كان يأمل من وراء ذلك أن ينقذ حياة مريضه أو يساعده على استرداد صحته أو يخفف من آلامه. ومثل هذه التدابير جديرة بأن تصبح غاية البحث العلمي كلما أمكن ذلك حيث يمكن تقويم مدى سلامتها وفعاليتها. وفي جميع الأحوال، ينبغي تسجيل كل ما يمكن التوصل إليه من معلومات إلى أن تتهيأ الظروف لنشرها. وينبغي اتباع التعليمات الأخرى ذات الصلة كما وردت في هذا الإعلان.

توضيح لما جاء بالفقرة ٢٩ من إعلان هلسنكي الصادر عن النقابة الدولية للأطباء:

تشعر النقابة الدولية للأطباء بالقلق تجاه ما حدث بالنسبة للفقرة ٢٩ من إعلان هلسنكي المعدل (أكتوبر ٢٠٠٠)، حيث أدى النص الحالي لهذه الفقرة إلى تفسيرات مختلفة قد تفضي إلى كثير من التشويش أو الخلط بين المفاهيم.

إن النقابة بهذا التوضيح تعيد التأكيد على موقفها من التجارب التي تتبع منهج اللاعلاج في المجموعة الضابطة (تناول أدوية عديمة الأثر)، وهو أن الباحث يجب أن يتحرى منتهى الدقة والحرص عند تطبيقه لهذا المنهج، وأن استخدام هذا المنهج يجب بصفة عامة أن يقتصر على الحالات التي لا يوجد لها علاج مؤكد. وعلى أية حال، قد يكون استخدام منهج اللاعلاج مقبولاً من الناحية الأخلاقية بالرغم من توفر وسائل علاجية مؤكدة، وذلك في ظل الظروف التالية:

- عندما تقتضي الضرورة استخدام هذا المنهج لأسباب منهجية سليمة علميا ولا مفر منها لتحديد مدى فعالية وسلامة طريقة معينة للوقاية أو التشخيص أو العلاج.
- عندما يجري الباحث دراسة على طريقة معينة للوقاية أو التشخيص أو العلاج لحالة مرضية بسيطة على ألا يتعرض المرضى الذين يتناولون أدوية شكلية إلى مزيد من المخاطر قد تنجم عنها أضرار خطيرة لا براء منها.

هذا، ويجب الالتزام بكل الشروط الأخرى الواردة في إعلان هلسنكي، خاصة تلك التي تتعلق بالحاجة إلى إعادة النظر في أمور البحث الطبي من الناحيتين العلمية والأخلاقية.

ملحق رقم (٣)

ملحق ٣
مراحل التجارب السريرية (القائمة على الملاحظة المباشرة) للقاحات والعقاقير

تطور اللقاحات

تتناول المرحلة الأولى إدخال لقاح مرشح إلى تجمع سكانى بشرى لأول مرة بهدف التحديد المبدئى لمدى سلامته وآثاره البيولوجية، بما في ذلك المناعة الوراثية. وقد تشمل هذه المرحلة دراسات عن الجرعات ومسار تناول الدواء، وعادة ما تضم أقل من ١٠٠ متطوع.

وتتناول المرحلة الثانية التجارب الأولية التي تقيس الفعالية على عدد محدود من المتطوعين (عادة بين ٢٠٠ و ٣٠٠ فرد)؛ ويكون التركيز في هذه المرحلة على المناعة الوراثية.

وتهدف تجارب المرحلة الثالثة إلى تقييم أتم للسلامة والفعالية في مقاومة المرض، وتضم عدداً أكبر من المتطوعين في دراسة متعددة المراكز ومقيدة (controlled) على نحو كافٍ.

تطوير العقاقير

تتناول المرحلة الأولى استقدام دواء لمجموعة بشرية لأول مرة. وعادةً ما يتم دراسة الحالات العادية المتطوعة لتحديد مستويات العقاقير التي يتم عندها مراقبة السّمية. ويلى هذه الدراسات دراسات عن المدى الزمنى بين الجرعات لدى المرضى من أجل السلامة، وفي بعض الحالات، من أجل التوصل إلى دليل مبكر على الفعالية.

وتتألف **عملية الفحص (الاستقصاء)** في المرحلة الثانية من التجارب المقيدة (Controlled) القائمة على الملاحظة المباشرة والمصممة لإظهار الفعالية والسلامة النسبية. وعادةً ما يتم إجراؤها على عدد محدود من المرضى الخاضعين للمراقبة اللصيقة.

ويتم القيام بتجارب المرحلة الثالثة عقب ثبوت إمكانية معقولة لفعالية دواء ما، وتهدف إلى جمع أدلة إضافية على الفعالية من أجل استخدامات معينة ولمزيد من التعريف الدقيق للآثار المعاكسة المرتبطة بالعقاقير. وتشتمل هذه المرحلة على دراسات مقيدة (controlled) وغير مقيدة (un controlled) (محكومة بضوابط أو غير محكومة بضوابط).

ويتعين القيام بتجارب العقاقير للمرحلتين الثانية والثالثة وفقاً للقسم ج (الفقرات ٢٨-٣٢) من إعلان هلسنكى، والذي يتناول الأبحاث الطبية المصاحبة للرعاية الطبية.

ويتم إجراء تجارب المرحلة الرابعة بعد موافقة الهيئة الوطنية لتسجيل العقاقير على توزيع وتسويق الدواء. وقد تشمل هذه التجارب الأبحاث المصممة لاستكشاف تأثير أقرباذيني محدد، بهدف إثبات حدوث الاستجابات المعاكسة، أو بهدف تحديد آثار تناول دواء ما لفترة طويلة. وقد يتم تصميم تجارب المرحلة الرابعة لتقييم الدواء وسط تجمع سكانى لم يتم دراسته على نحو كافٍ في مراحل ما قبل التسويق (مثل الأطفال أو كبار السن) أو التوصل إلى استعمال جديد للدواء. وينبغى التمييز بين مثل هذه الأبحاث وأبحاث التسويق، ودراسات ترويج المبيعات والمراقبة الاعتيادية في مرحلة ما بعد التسويق نظراً لأن الاستجابات المعاكسة للعقاقير ليست في حاجة عادةً للمراجعة من قبل لجان مراجعة آداب المهنة (ارجع إلى القاعدة الإرشادية ٢).

الجزء الثالث
القضايا الطبية المستحدثة
وحيثيات أحكامها الشرعية
من واقع توصيات ندوات المنظمة
الإسلامية للعلوم الطبية

الفهرس

الموضوع **الصفحة**

١ – المقدمة ٣٢٥

٢ – بنك الحليب البشري المختلط ٣٣٠

٣ – التحكم في جنس الجنين (الاستصفاء) ٣٣٢

٤ – الاستنساخ النباتي والحيواني والبشري ٣٣٤

٥ – أطفال الأنابيب (الاخصاب المعملي ونقل الأجنة) ٣٣٩

٦ – الرحم الظئر (شتل الجنين) ٣٤١

٧ – تعيين الأم في الرحم الظئر ٣٤٣

٨ – منع الحمل الجراحي (التعقيم) ٣٤٦

٩ – الإجهاض ٣٤٨

١٠ – نظرة الجنس لعورة الجنس الآخر لدواعي الكشف والمعالجة والتعليم الطبي ٣٥٠

١١ – بداية الحياة في الإنسان ٣٥٢

١٢ – تعريف الموت الذي ينهي حياة الإنسان ٣٥٥

١٣ – حكم عودة الحياة لمن ماتت دماغة ٣٥٩

١٤ – إسعاف من مات قلبه دون دماغه، ورفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغيا ٣٦١

١٥ – سر المهنة الصحية ٣٦٦

١٦ – اختلاف القانون أو الأمر الإداري مع الشريعة في الممارسة الصحية ٣٦٩

١٧ – الوسائل المشروعة للحصول على الأعضاء البشرية (التبرع والبيع) ٣٧٢

١٨ – نقل وزراعة خلايا المخ والجهاز العصبي ٣٧٧

١٩ – الاستفادة الطبية من الأجنة المجهضة والزائدة عن الحاجة والمولود اللادماغي ٣٨٣

٢٠ – زرع الغدد التناسلية وأعضائها ٣٩٣

٢١ – عمليات تغيير الجنس للسوي والخنثي ٣٩٦

٢٢ – عمليات رتق غشاء البكارة ٣٩٨

٢٣ – جراحة التجميل ٤٠٠

٢٤ – أقل مدة الحيض وأكثرها والدورة الحيضية ٤٠٢

٢٥ – أقل مدة النفاس وأكثرها ٤٠٤

٢٦ – أقل مدة الحمل وأكثرها ٤٠٦

٢٧ – أنماط الحياة الإسلامية ٤٠٨

٢٨ – مشكلات الشيخوخة وحقوق المسنين ٤٠٩

٢٩ – قتل الرحمة والحق في إنهاء الحياة والحرمان من العناية الفائقة ٤١٥
٣٠ – الاعتماد على المشروبات الكحولية والمخدرات ٤١٨
٣١ – الأحكام المتفرعة على اكتشاف مرض الأيدز ٤٢٠
٣٢ – الترقيع الجلدي ٤٣٢
٣٣ – بنوك الجلد الآدمي ٤٣٥
٣٤ – المواد الإضافية المحرمة والنجسة في صناعة الغذاء والدواء ٤٣٧
٣٥ – حكم المفطرات بالاستعمالات الطبية المعاصرة غير الأكل والشرب ٤٤٧
٣٦ – قراءة الجينوم البشري وآثارة الشرعية ٤٥٠
٣٧ – الهندسة الوراثية وأثرها على الإنسان وطعامه ٤٥٤
٣٨ – البصمة الوراثية وأثرها في إثبات النسب ٤٦١
٣٩ – الإرشاد الوراثي في المجال الأسري ٤٦٦
٤٠ – حقوق والتزامات المعوقين والمرضي النفسانيين ٤٧٠
٤١ – التكييف الشرعي للعلوم الطبية والحياتية ٤٧٣
٤٢ – بيان من المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية حول التعريف الطبي للموت ٤٧٩

مقدمــة

سجل مشرف للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بدولة الكويت منذ أن آذن بها معالي الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي، حفظه الله، وجزاه عن الفقهاء والأطباء خير الجزاء.

ذلك من أنه منذ انطلاق إشعاع المنظمة النوراني بعقد مؤتمرها الأول في الفترة ٦ - ١٠ ربيع الأول سنة ١٤٠١هـ، ١٢ - ١٦ يناير ١٩٨١م ضمن احتفالات الكويت بحلول القرن الخامس عشر الهجري. ثم تتابع نشاطها المبارك في الإثراء العلمي الذي يجمع بين الشريعة والحياة في المجالات الطبية والصحية المختلفة، واستفتحت على المتخصصين قضايا بحثية دقيقة تمس الكيان الإنساني ومستقبله، وربما كان منها ما سمع به أساتذة الشريعة في العالم الإسلامي لأول مرة.

وقد عالجت المنظمة عشرات القضايا الفقهية الشائكة والعويصة على أيدي صفوة من خيرة المتخصصين والمهتمين الذين لبوا نداءها في سبعة وعشرين لقاءً علميا بين مؤتمر وندوة وحلقة نقاش.

ولم تعرف المنظمة النزعة العصبية فاختارت سبيل المسلمين طريقا، وعملت على إلغاء الحدود بينهم؛ لإيمانها أنه يسعى بذمتهم أدناهم.

فحرصت على أن تجمع لفيفاً من الأطباء والمهتمين المسلمين في دول أمريكا وأوروبا وسائر بلاد العالم مع نخب من الفقهاء والشرعيين ورموز العمل الإسلامي؛ لإثراء النقاش، وتمحيص الحقيقة، وتعميم الفائدة.

كما حرصت على تنويع أماكن انعقاد اجتماعاتها، فكان منها: الكويت، ومصر، وتركيا، والإمارات، والأردن، والمغرب، وباكستان.

واليوم الحادي عشر من ديسمبر ٢٠٠٤م - ٢٩ شوال ١٤٢٥هـ، وحيث عزمت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية عقد مؤتمرها العالمي الثامن لمناقشة "**الوثيقة الإسلامية للأخلاقيات الطبية**" ضمن ثلاثة أجزاء رئيسة هي:

١ - العلاقات المهنية بين الطبيب والمريض وزميله والمجتمع.

٢ - الأبحاث على الإنسان في إطار الوثيقة العالمية للأبحاث الطبية.

٣ - المستحدثات الطبية والرأي الإسلامي فيها، من واقع دراسة المنظمة في ندواتها الفقهية الطبية، والاستعانة برأي مجمع الفقه الإسلامي.

فإنني أرى المنظمة بمؤتمرها هذا تختم بالصالحات مرحلة تاريخية من مجدها في خدمة الشريعة الإسلامية الغراء، وتحملها أمانة الانطلاق إلى مرحلة أخرى تكون أشد وطئا وأقوم قيلا.

تسجل المنظمة في هذا المؤتمر ثمار عملها المشكور في أشبه ما يكون بالمضبطة التاريخية لموضوعات فتحت على مئات الباحثين آفاقا علمية رحبة، ونقلت بالفقهاء - أو بنخب منهم على الأقل - نقلة حضارية لاينسون فضلها بعد أن كانوا مغيبين عما يجري في أروقة المعامل والبحوث الطبية وعلومها المساعدة، فعرفوا من ندوات المنظمة - ولأول مرة - حقيقة الاستنساخ الحيواني والبشري، وحقيقة الكشف الجيني وبصمته، وإرشاده، وطريقة العلاج به، كما وقفوا على حقيقة بنوك الحليب البشري المختلط والأجنة والجلد البشري، وغير ذلك من مستجدات تحتاج إلى ضوابط الشريعة الإسلامية بمقاصدها الحكيمة الرحيمة في جلب المصالح ودرء المفاسد.

وأسجل شكري للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية؛ لحسن ظنها بي - عندما كلفتني في منتصف الشهر الماضي - بحصر القضايا الطبية المستحدثة، التي عالجتها المنظمة في عمرها المديد، وتلخيص ما ورد في البحوث المقدمة، والمناقشات المسجلة من آراء وأدلة تفي بالغرض في شمول المسألة، ثم بيان اختيار المنظمة في توصياتها من بين تلك الآراء.

ولم أكن أظن سهولة هذا العمل، فقد تحقق ما تحسبت صعوبته في صور شتى منها: غموض كثير من المصطلحات العلمية لتعدد صيغ ترجماتها عند الأطباء، وتجدد الحقائق العلمية، فما يلبث الطبيب يجزم بأمر في ندوة إلا ويأتي في الندوة التالية بتحديث لما سبق الجزم به.

ومن صور الصعوبة أيضا: ضيق صدر بعض الفقهاء المشاركين من الملاحقات العلمية المتطورة، وبخاصة في مجال الجينوم البشري، حتى اختار التوقف إلى حين استقرار الأوضاع البحثية، أو ذيوع العمل بالمستجدات الطبية.

وكثيرا ما كنت أجد الفقيه متحمسا لقول أثبته في بحثه، ثم يتراجع عنه أو يعدل فيه إذا احتدم النقاش، واستوى على سوقه، بل قد يذهب الفقيه في جلسات مناقشات إلى قول معين ثم يأتي في الجلسة التالية ويعلن توبته صراحة إلى قول آخر.

هذا فضلاً عن كون كثير من الموضوعات قد تدارستها المنظمة في أكثر من ندوة مما كان يلزمني جمع الموضوع من مواطن شتى.

كل هذا وغيره لم يكن يسبب لي ازعاجا، بل أعترف باستمتاعي وأنا أعيش وأستغرق في فهم وجمع هذه الثروة العلمية غير المحدودة التي كانت تجذبني وتنسيني الطعام والشراب والنوم، فجمعت في أسبوع واحد ثماني عشرة قضية طبية مستحدثة.

غير أن المزعج حقا هو خوفي من تدارك وقت المؤتمر دون إتمام مهمتي. وتحقق ما كنت منه أخاف، حيث اتصل بي سعادة الدكتور أحمد رجائي الجندي الأمين العام المساعد للمنظمة - بعد أسبوع من تكليفه، وكنت على رأس المسألة الثامنة عشرة طالبا مني إيقاف المنهجية المتبعة، والاكتفاء فيما أستقبل من قضايا بتعريف المسألة ثم بيان اختيار المنظمة لحكمها الفقهي مع حيثياته في مدة يوم أو يومين - على أن أستأنف منهجيتي الأولى بعد أعمال المؤتمر بإذن الله تعالى، وذلك لتمكين المشاركين من الإلمام بمجموع القضايا الطبية المستحدثة التي عالجتها المنظمة.

وقد أكملت عدة مسائلي التي جمعتها أربعين مسألة، فضلا عما أجملته من موضوعات أخرى في مؤتمرات المنظمة.

وحتى لايلحظ القارئ الكريم الفرق بين عرض الموضوعات الثمانية عشرة الأولى وبين ما بعدها من مسائل فقد اختصرت الأولى لتكون كالثانية في أوراق العمل بين يدي السادة المشاركين في المؤتمر.

وقد التزمت في ترتيبها: أسبقية مدارستها في المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية إلا ما تقضية ضرورة المناسبة الموضوعية مثل: "حكم عودة الحياة لمن ماتت دماغه" الذي تناولته المنظمة في ندوتها التاسعة سنة ١٩٩٦م فقد قدمته على موضوعات سبقته لألحقه بجوار موضوع: "تعريف الموت الذي ينهي حياة الإنسان" الذي تناولته المنظمة في ندوتها الثانية سنة ١٩٨٥م، وندوتها الرابعة سنة ١٩٨٨م وأيضا في ندوتها التاسعة سنة ١٩٩٦م.

وقد اعتمدت في ترتيب ندوات المنظمة على الواقع التاريخي؛ نظراً لوقوع بعض الأخطاء عند طباعة أعمال بعض الندوات، مع إغفال بعض التوصيات النص على تسلسل الندوة؛ لذلك أثبتنا في نهاية هذه

القضايا قائمة بندوات المنظمة حسب التسلسل التاريخي، مع التنبيه في خانة الملاحظات على الأخطاء المطبعية في أعمال تلك الندوات المنشورة.

ولايفوتني تقديم الشكر لسعادة الدكتور أحمد رجائي الجندي وفريق عمله الذي أثبت إخلاصه في الشدائد، وقد ضحوا براحتهم في أيام الجمع وعيد الفطر طائعين مختارين لإنجاح هذا المؤتمر، وتوفير المطبوعات للمشاركين في تظاهرة حب لمنظمتهم التي رفعوا شعارها على صدورهم.

وصلى الله وسلم وبارك على سيدنا محمد، وعلى آله وصحبه، ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين.

٢٣/ ١١/ ٢٠٠٤ م

أ. د. سعد الدين هلالي

الموضوع الأول
بنك الحليب البشري المختلط(*)

التعريف بالموضوع: -

يقوم البنك بجمع لبن الأمهات عن طريق التبرع أو الأجر، ثم حفظه عن طريق التبريد، أو تجفيفه وتعقيمه، وذلك لاستخدامه في تغذية الأطفال الخدج(١) دون مص الثدي(٢).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته: -

توقفت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في مسألة بنوك الحليب البشري المختلط - التي عالجتها في ندوة الإنجاب - واكتفت بعرض

(*) أول من طرح هذا الموضوع على بساط البحث الفقهي: - المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في أول مسألة تناولتها الندوة الفقهية الأولى بعنوان (الإنجاب في ضوء الإسلام) بتاريخ ٢٦/ ٥/ ١٩٨٣م. وصدر بشأن هذه المسألة التوصية الأولى وتبع ذلك اهتمامات المختصين فنشرت جريدة الأهرام القاهرية بتاريخ ٢٣/ ٨/ ١٩٨٣، ٢٩/ ٨/ ١٩٨٣ تحقيقا تحت عنوان: بنك للبن الأمهات حلال أم حرام.

(١) الطفل الوليد الخديج هو الذي ولد قبل أوانه، وقد يدعو الأمر إلى عزله في حضانة صناعية قد تطول حتى يفيض حليب أمه من ثديها - بنوك الحليب للدكتور ماهر حتحوت - ندوة الإنجاب ص ٣٥.

(٢) بنوك الحليب للدكتور ماهر حتحوت - ندوة الإنجاب ص ٣٥، تحقيق صحيفة الأهرام بالقاهرة في عددها بتاريخ ٢٣/ ٨/ ، ٢٩، ٨/ ١٩٨٣م. - ندوة الإنجاب ص ٤٥٨، ٤٦٢.

الاتجاهات الفقهية، مع النص على عدم تشجيع قيام تلك البنوك، فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي:-

"عدم تشجيع قيام بنوك الحليب البشري المختلط، فإذا دعت الضرورة الطبية إلى ذلك تنشأ بنوك حليب بشري للأطفال الخدج".

ورأى فريق من المشاركين - استنادا إلى رأي جمهور الفقهاء - أنه ينبغي جمع الحليب بحيث تعرف صاحبة كل حليب، واسم من رضع منها، ويتم إثبات واقعة الرضاع في سجلات محفوظة، مع إشعار ذوي الشأن حرصا على عدم تزاوج من بينهم علاقة رضاعية محرمة.

في حين يرى بعضهم عدم الحاجة إلى معرفة صاحبة كل حليب، ومن رضع منها، استنادا إلى رأي الليث بن سعد، وفقهاء الظاهرية، ومن وافقهم ممن ذهب إلى أن الرضاعة لا تتحقق إلا بالمص من ثدي المرضع".

الموضوع الثاني
التحكم في جنس الجنين البشري(*)
(الاستصفاء الجنسي)

التعريف بالموضوع:

يقع التحكم في جنس الجنين البشري بأحد أمرين:-

الأمر الأول: يقوم الطبيب - بناء على طلب الزوجين - بفحص بعض من السائل المحيط بالجنين عن طريق الشفط بواسطة إبرة من الرحم، لمعرفة جنس الجنين، فإذا لم يكن هو الجنس المرغوب طلبت الأم الإجهاض، وهكذا حتى يقع الحمل بالجنس المرغوب.

الأمر الثاني:- يقوم الطبيب - بناء على طلب الزوجين - بتنشيط السائل المنوي الذكري، ليكون المولود ذكرا أو بتنشيط السائل المنوي الأنثوي، ليكون المولود أنثى (١).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:-

توقفت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في مسألة جنس الجنين -

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذا الموضوع في ندوتها الأولى "الإنجاب في ضوء الإسلام" مايو سنة ١٩٨٣م.
التحكم في جنس الجنين للدكتور حسان حتحوت - ندوة الإنجاب ص ٣٧.

والتي عالجتها في ندوة الإنجاب - واكتفت بعرض الاتجاهات الفقهية، فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي:-

"اتفقت وجهة النظر الشرعية على عدم جواز التحكم في جنس الجنين إذا كان ذلك على مستوى الأمة.

أما على المستوى الفردي: فإن محاولة تحقيق رغبة الزوجين المشروعة في أن يكون الجنين ذكرا أو أنثى بالوسائل الطبية المتاحة لا مانع منها شرعا عند بعض الفقهاء المشاركين في الندوة.

في حين رأي غيرهم عدم جوازه خشية أن يؤدي ذلك إلى طغيان جنس على جنس".

الموضوع الثالث
الاستنساخ النباتي والحيواني والبشري(*)

التعريف بالموضوع:-

الاستنساخ هو المصطلح الشائع للتعبير عن طريقة وجود وميلاد النعجة "دوللى"، وجاء في توصيات الندوة العاشرة للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية:

"التقنية التي أفضت إلى إنتاج النعجة "دولي" هي إيداع نواة خلية جسدية داخل بويضة منزوعة النواة لتشرع في الانقسام متجهة لتكوين جنين"(١).

ويجرى الاستنساخ في كل من: النبات، والحيوان، والإنسان.

ويرى علماء التقنيات الحيوية: أن الاستنساخ يطلق على ثلاثة أنواع:-

النوع الأول: الاستنساخ الجنيني أو الإستتآمي، ويقصد به: تقنية شطر الأجنة (البويضة المخصبة بعد الانقسام) لتصير كل خلية منقسمة

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذا الموضوع في ندوتين:-
الندوة الأولى: ندوة الإنجاب، وهى الندوة الأولى للمنظمة في ٢٤-٢٦/ ٥/ ١٩٨٣م.
الندوة الثانية: ندوة بعض المشكلات الطبية المعاصرة، وهى الندوة العاشرة للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ١٤-١٧/ ٦/ ١٩٩٧ بالدار البيضاء.

(١) توصيات الندوة العاشرة ص ٥١٠.

جنينا مستقلا، وهذا النوع أعلن عن اكتشافه في أكتوبر سنة ١٩٩٣ على يد العالمين: جيري هال، وروبرت ستلمان.

النوع الثاني: الاستنساخ الجسدي أو العادي، ويقصد به: إنتاج مواليد من خلايا جسدية بالغة بوضعها داخل غلاف بويضة منزوعة النواة لتنقسم جنينا، ويكون المولود نسخة مطابقة للأصل. وهذا النوع أعلن عن اكتشافه في قطاع الأغنام من الثدييات في فبراير ١٩٩٧م على يد فريق من العلماء الاسكتلنديين بقيادة إيان ويلمت.

النوع الثالث: الاستنساخ العضوي، الذي يقوم على استنساخ بعض الأعضاء، كالكبد والقلب، والجلد. ولهذا النوع تفصيل يأتي قريبا في هذا الموضوع، ثم يتكرر ذكره عرضا في بيان حكم الاستفادة بالخلايا الجذعية من الأجنة المجهضة أو الزائدة عن الحاجة في عمليات طفل الأنابيب[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية: بشأن الاستنساخ في النبات وحيثياته:

اتفقت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الأولى "الإنجاب في ضوء الإسلام" سنة ١٩٨٣م، وفي ندوتها العاشرة سنة ١٩٩٧ بشأن الاستنساخ على مشروعيته في النبات.

فجاء في توصيات ندوة الإنجاب ما يلي: "الاتفاق على جواز تطبيق تكنولوجيا التكاثر على مستوى الكائنات الدقيقة باستخدام بعض خصائص الحامض النووي معاود الالتحام في مجال إنتاج مواد علاجية وفيرة".

(١) بحوث ومناقشات موضع الاستنساخ في الندوة الأولى "الإنجاب" سنة ١٩٨٣ م، والندوة العاشرة سنة ١٩٩٧م.

وجاء في توصيات الندوة العاشرة:-

"لم تر الندوة حرجا في الأخذ بتقنيات الاستنساخ والهندسة الوراثية في مجالي النبات والحيوان في حدود الضوابط المعتبرة ".

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية: بشأن الاستنساخ في الحيوان وحيثياته:

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها العاشرة سنة ١٩٩٧ ما ذهب إليه الأكثرون من: مشروعية الاستنساخ الحيواني، فنصت التوصيات على ما يلي:-

"لم تر الندوة حرجا في الأخذ بتقنيات الاستنساخ والهندسة الوراثية في مجالي النبات والحيوان في حدود الضوابط المعتبرة".

رأي مجمع الفقه الإسلامي في حكم الاستنساخ في مجالي النبات والحيوان.

كان مجمع الفقه الإسلامي في دورته العاشرة بجدة من ٢٣-٢٨ صفر ١٤١٨هـ الموافق ٢٨ يونيو - ٣ يوليو ١٩٩٧ قد وافق على تقنية الاستنساخ في مجالي النبات والحيوان، ونص في توصياته على ما يلي:-

"يجوز شرعا الأخذ بتقنيات الاستنساخ والهندسة الوراثية في مجالات الجراثيم وسائر الأحياء الدقيقة والنبات والحيوان في حدود الضوابط الشرعية بما يحقق المصالح ويدرأ المفاسد".

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية: بشأن الاستنساخ الجنيني أو الاستتآمي في الإنسان وحيثياته:

توقفت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية عن حكم الاستنساخ البشري مطلقا في ندوتها الأولى بعنوان "الإنجاب" سنة ١٩٨٣م. فنصت توصياتها على: "عدم التسرع في إبداء الرأي الشرعي في قضايا

الاستنساخ للإنسان مع الدعوة إلى مواصلة دراسة هذه القضايا طبيا وشرعيا".

ثم وافقت المنظمة على هذا النوع من الاستنساخ في ندوتها العاشرة سنة ١٩٩٧م، فنصت في جلسة التوصيات على جانب من المناقشات، وجاء فيها:-

"وترى الندوة: أن طريقة الاستنساخ الاستتآمي من حيث مبدأ التلقيح سليمة، ولكن تقويمها من ناحية النفع والضرر لا يزال في حوزة المستقبل، ومن منافعها القريبة المنال: إمكان تطبيق الوسائل التشخيصية على أحد الجنينين أو خلايا منه، فإن بانت سلامته سمح أن يودع الحمل الرحم، وكذلك التغلب على بعض مشاكل العقم، وينطبق عليها كل الضوابط المتعلقة بطفل الأنابيب".

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية: بشأن الاستنساخ الجسدي أو العادي في الإنسان وحيثياته:

توقفت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية عن حكم الاستنساخ البشري مطلقا في ندوتها الأولى سنة ١٩٨٣م.، فقد نصت على: "عدم التسرع في إبداء الرأي الشرعي في قضايا الاستنساخ بالنسبة للإنسان، مع الدعوة إلى مواصلة دراسة هذه القضايا طبيا وشرعيا".

ثم اختارت المنظمة فتح مجال لمشروعية الاستنساخ الجسدي استثناء بضوابط شرعية مع ترجيح المنظمة لاتجاه التوقف من حيث المبدأ، والترحيم من حيث التطبيق، وذلك في الندوة العاشرة سنة ١٩٩٧م. فجاء في جلسة توصياتها جانبا من المناقشات وفيها:

"رأى البعض: تحريم الاستنساخ البشري جملة وتفصيلا. بينما رأى آخرون: إبقاء فرصة لاستثناءات حاضرة أو مقبلة إن ثبتت لها

فائدة، واتسعت لها حدود الشريعة على أن تبحث كل حالة على حدة".

وفي كافة الأحوال: فإن دخول الاستنساخ البشري إلى حيز التطبيق سابق لأوانه بزمان طويل؛ لأن تقدير المصالح والمضار الآتية قد يختلف عليه على المدى البعيد والزمان الطويل.

ثم جاء في التوصيات:-

ثانيا: "منع الاستنساخ البشري العادي، فإن ظهرت مستقبلا حالات استثنائية عرضت لبيان حكمها الشرعي من جهة الجواز أو المنع".

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية: بشأن استنساخ الأعضاء البشرية وحيثياته:

أغفلت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية حكم استنساخ الأعضاء البشرية، فلم يرد ذكره في التوصيات. ولعل ذلك ترجيحا لعدم إمكانه علميا، أو لتبعية هذا النوع من الاستنساخ لحكم زراعة الأعضاء.

الموضوع الرابع
أطفال الأنابيب
(الإخصاب المعملى ونقل الأجنة)(*)

التعريف: -

المقصود بعملية أطفال الأنابيب: ابتداء تخلق الجنين في وعاء خارج جسم الأم عن طريق شفط البييضة من المبيض، ثم تعرض لمني الزوج ليلتحم بها المنوي، ثم ينقل الجنين الناشىء ليودع الرحم خلال فتحته المهبلية لينغرس فيه، ويكمل نماؤه(١).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوة الإنجاب سنة ١٩٨٣ الاتجاه الذي ذهب إليه الأكثرون، وهو مشروعية طفل الأنابيب بالضوابط الشرعية، فجاء في توصياتها ما يلي: -

"انتهت الندوة بالنسبة لموضوع طفل الأنابيب إلى أنه جائز شرعا إذا تم بين الزوجين وأثناء قيام الزوجية، وألا يكون بينهما طرف ثالث من مني أو بييضة أو رحم، وروعيت الضمانات الدقيقة الكافية لمنع

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذا الموضوع في ندوتها الأولى: "الإنجاب في الإسلام" سنه١٩٨٣ م.

(١) أطفال الأنابيب للدكتور حسان حتحوت - ندوة الإنجاب ص١٨٩.

اختلاط الأنساب. وإن كان هناك من تحفظ حتى على ذلك؛ سداً للذرائع".

رأي المجمع الفقهي: -

اتجه المجمع الفقهي بمكة المكرمة في دورته السابعة ١٩٩٢م إلى مشروعية طفل الأنابيب من حيث المبدأ، مع النص على عدم سلامته من موجبات الشك، فجاء في قراراته عن طفل الأنابيب:

"هو أسلوب مقبول مبدئيا في ذاته بالنظر الشرعي، لكنه غير سليم تماما من موجبات الشك فيما يستلزمه ويحيط به من ملابسات، فينبغي أن لايلجأ إليه إلا في حالات الضرورة القصوى وبعد أن تتوافر الضوابط الشرعية العامة (٦).

الموضوع الخامس
الرحم الظئر
(شتل الجنين)(*)

التعريف:

الرحم الظئر هو: رحم امرأة صالح للحمل تبذله تطوعا أو بأجر لزوجة ترغب في نقل بييضتها بعد تخصيبها من مني زوجها لتتحمل المرأة (الظئر الباذلة) أعباء ووهن الحمل على أن تسلم المولود لصاحبة البييضة التي غالباً ما يكون رحمها غير قادر على الحمل، وهو ما يسمى أيضا: "شتل الجنين"(١).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية وحيثياته:

١ - اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الأولى سنة ١٩٨٣م، الاتجاه الأول الذي ذهب إليه الأكثرون، وهو تحريم الرحم الظئر مطلقا، فجاء في توصياتها تحت عنوان: الرحم الظئر - ما يلي: -

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذا الموضوع فى ندوتين الندوة الأولى: ندوة الإنجاب ١٩٩٧ م.

(١) وضعت هذا التعريف من البحوث والمناقشات في الموضوع.

"اتفق على أن ذلك يكون حراما إذا كان في الأمر طرف ثالث – غير الزوجين – سواء أكان منيا، أم بويضة، أم جنينا، أم رحما".

٢ – كما أكدت المنظمة اختيارها الأول في تحريم الرحم الظئر، وذلك في ندوتها العاشرة بالدار البيضاء ١٩٩٧م، فجاء في توصياتها بشأن الاستنساخ ما يلي: "توصي الندوة بما يلي:

"أولا: تحريم كل الحالات التي يقحم فيها طرف ثالث على العلاقة الزوجية سواء أكان رحما، أم بويضة، أم حيوانا منويا، أم خلية جسدية للاستنساخ".

رأي المجمع الفقهي الإسلامي:

سبق بيان رأي المجمع الفقهي مع الإتجاه الثاني الذي يرى مشروعية الرحم الظئر بين الضرائر.

الموضوع السادس
تعيين الأم في الرحم الظئر(*)

التعريف

في حالة وقوع الحمل والولادة بالرحم الظئر، فمن هي الأم الحقيقية التي ينسب الولد لها ويتوارثان؟ هل هي صاحبة البييضة المخصبة، أو هي حاملة الجنين من يوم تكوينه حتى ولادته[١]؟

الرأي الفقهي:

اختلف الباحثون والمشاركون في مسألة الرحم الظئر بندوة الإنجاب سنة ١٩٨٣م، على ثلاثة اتجاهات:

الاتجاه الأول: يرى أن الأم الحقيقية في الرحم الظئر هي التي حملته وولدته.

ومن أشد أنصار هذا الاتجاه: الشيخ بدر المتولي عبد الباسط، وآخرون[٢] وحجتهم: ما يلي: -

١ - قوله تعالى: ﴿وَٱلْوَٰلِدَٰتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَٰدَهُنَّ﴾ [البقرة: ٢٣٣] ولم يقل

(*) هذا الموضوع تابع للرحم الظئر في بحوثه ومناقشاته.
(١) ذكرنا هذا التعريف بتصرف من خلال البحوث والمناقشة في المسألة.
(٢) المرجع السابق ص ١٦٩ وما بعدها.

سبحانه وتعالى والحاضنات. أما الوالدات فهن اللاتي ولدن، وتغذى الجنين منهن، وحملته تسعة أشهر أو أقل.

٢ - قوله تعالى: ﴿إِنْ أُمَّهَٰتُهُمْ إِلَّا ٱلَّٰٓـِٔى وَلَدْنَهُمْ﴾ [المجادلة: ٢]، فهذا نص في تعيين الأم بالولادة.

٣ - قوله تعالى: ﴿حَمَلَتْهُ أُمُّهُۥ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا﴾ [الأحقاف: ١٥] بيان واضح لحقيقة الأم الحاملة.

الاتجاه الثاني: يرى أن الأم الحقيقية هي صاحبة البييضة.

وإليه ذهب الدكتور محمد فوزي فيض الله، وآخرون[١] وحجتهم ما يلي: -

١ - أن الأم المستأجرة في حكم الحاضنة أو المرضعة، فمهما أرضعت من اللبن الذي أنبت اللحم وأنشز العظم لاتكون أما حقيقية، فتبين أن الأم الحقيقية هي صاحبة البييضة..

٢ - أن الأم صاحبة البييضة هي صاحبة الخصائص الوراثية للمولود، فلزم أن ينسب الولد لها.

الاتجاه الثالث: يرى أن الأمومة وصف مشترك بين كل من صاحبة البييضة والرحم الظئر.

وإليه ذهب الدكتور محمد الأشقر، وآخرون[٢] وحجتهم ما يلي:

١ - أن الأمومة ليست معتمدة على العوامل الوراثية وحدها، وإنما ترجع أيضا إلى مكابدة الحمل.

٢ - الجمع بين حجج الاتجاهين الأوليين.

(١) مناقشات ندوة الإنجاب ص ٢٢٧.
(٢) المرجع السابق ص ٢٢١.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية: -

أغفلت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية مسألة تعيين الأم في الرحم الظئر، فلم تنص عليها في توصياتها اكتفاء بعرض ذلك في البحوث والمناقشات.

رأي مجمع الفقه الإسلامي:

انتهى مجلس مجمع الفقه الإسلامي بمكة المكرمة في دورته السابعة سنة ١٩٩٢ إلى اختيار الاتجاه الوراثي الذي يرى أن الأم الحقيقية هي صاحبة البييضة، فجاء في قراراته ما يلي: -

"يقرر المجلس أن نسب المولود يثبت من الزوجين مصدر البذرتين، ويتبع الميراث والحقوق الأخرى ثبوت النسب، فحين يثبت نسب المولود من الرجل والمرأة يثبت الإرث وغيره من الأحكام بين الولد ومن التحق نسبه به.

أما الزوجة المتطوعة بالحمل عن ضرتها فتكون في حكم الأم الرضاعية للمولود؛ لأنه اكتسب من جسمها وعضويتها أكثر مما يكتسب الرضيع من مرضعته في نصاب الرضاع الذي يحرم به ما يحرم من النسب.

الموضوع السابع
منع الحمل الجراحي(*)
(التعقيم)

التعريف:

هي تلك العملية الجراحية التي تعمد إلى التعطيل الدائم للقدرة على الإنجاب دون الشهية الجنسية ولا القدرة عليها، وتكون في الرجل بربط القناتين المنويتين، وتكون في المرأة بربط قناتي فالوب أو قطعهما، أو بطرق أخرى تحول دون الإنجاب(١).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الأولى "ندوة الإنجاب" سنة ١٩٨٣م بشأن موضوع منع الحمل الجراحي (التعقيم) الاتجاه الأول الذي ذهب إليه الأكثرون، وهو مشروعية التعقيم وفقا للضوابط الشرعية، فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي: -

"جواز اللجوء إلى منع الحمل الجراحي على النطاق الفردي

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذا الموضوع في ندوتها الأولى بعنوان: "الإنجاب في الإسلام، سنة ١٩٨٣م.

(١) بحث الدكتور حسان حتحوت - سالف الذكر - ندوة الإنجاب ص ١٨٣ وتعليق سيادته ص ١٩٨، ٢٠٨، ٢٠٣ مع تصرف.

للضرورة التي يقدرها الطبيب المسلم الثقة إذا استنفدت الوسائل الأخرى.

أما على مستوى الأمة الإسلامية فلا يجوز شرعا. وتنكر الندوة أن يكون التعقيم حركة عامة، وتحذر من استخدامه في الحرب السكانية (الديموجرافية) التي تهدف إلى جعل المسلمين أقلية في بلادهم أو في العالم".

الموضوع الثامن
الإجهاض(*)

التعريف:

الإجهاض هو: إلقاء المرأة حملها ناقص الخلق بغير تمام، وقد يكون طبيعيا؛ لضعف المرأة عن الحمل مثلا، وقد يكون غير طبيعي كحدوثه بفعل فاعل، وكثيرا ما يعبر الفقهاء عنه بالإسقاط، أو الطرح، أو الإلقاء، أو الإملاص(١).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الأولى: "الإنجاب" سنة ١٩٨٣ بشأن الإجهاض: الاتجاه الذي يرى جواز الإجهاض قبل نفخ الروح في حال الضرورة الطبية القصوى.

ثم أكدت المنظمة هذا الاختيار في ندوتها الثانية: "الحياة

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذا الموضوع في ثلاث ندوات مختلفة، وهي:
ندوة المنظمة الأولى: "الإنجاب في الإسلام" سنة ١٩٨٣م.
ندوة المنظمة الثانية: "الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في المفهوم الإسلامي" سنة ١٩٨٥م.
ندوة المنظمة الرابعة: "السياسة الصحية: الأخلاقيات والقيم الإنسانية من منظور إسلامي" سنة ١٩٨٨م.

(١) الإجهاض وحكمه في الإسلام، للدكتور توفيق الواعي - ندوة الإنجاب ص ٢٦٦، حكم إجهاض جنين الاغتصاب للدكتور سعد هلالي - مجلة كلية الشريعة بالكويت - العدد ٤١ ص ٢٥٠.

الإنسانية بدايتها ونهايتها" سنة ١٩٨٥م ولم تنته المنظمة في ندوتها الرابعة: "السياسة الصحية الأخلاقيات والقيم" سنة ١٩٨٨م بأي توصيات مع مدارستها لبحوث في الإجهاض.

فجاء في توصيات ندوة الإنجاب سنة ١٩٨٣م ما يلي:

"استعرضت الندوة آراء الفقهاء السابقين وما دلت عليه من فكر ثاقب ونظر سديد وأنهم أجمعوا على تحريم الإجهاض بعد نفخ الروح - أي بعد أربعة أشهر - وأن آراءهم في الإجهاض قبل نفخ الروح اختلفت، فمنهم من حرم بإطلاق أو كراهة، ومنهم من حرمه بعد أربعين يوما وأجازه قبل الأربعين على خلاف في وجوب العذر.

وقد استأنست الندوة بمعطيات الحقائق الطبية المعاصرة والتي بينتها الأبحاث والتقنية الطبية الحديثة.

فخلصت إلى أن الجنين حي من بداية الحمل، وأن حياته محترمة في كافة أدوارها - خاصة بعد نفخ الروح - وأنه لا يجوز العدوان عليها بالإسقاط إلا للضرورة الطبية القصوى، وخالف بعض المشاركين فرأى جوازه قبل تمام الأربعين يوما، وخاصة عند وجود الأعذار".

كما جاء في توصيات ندوة الحياة الإنسانية سنة ١٩٨٥م ما يلي:

"منذ يستقر الحمل في بدن المرأة فله احترام متفق عليه ويترتب عليه أحكام شرعية معلومة.

وإذا بلغ الجنين مرحلة نفخ الروح (على خلاف في توقيته فإما مائة وعشرون يوما وإما أربعون يوما) تعاظمت حرمته باتفاق، وترتبت على ذلك أحكام شرعية أخرى.

ومن أهم تلك الأحكام: أحكام الإجهاض التي وردت في الفقرة السابعة من توصيات ندوة الإنجاب في ضوء الإسلام".

الموضوع التاسع
نظر الجنس لعورة الجنس الآخر لدواعي الكشف الطبي والمعالجة والتعليم(*)

التعريف:

وضع الإسلام حدودا للتكاشف بين الناس لستر السوءة القبيحة، ودرء الفتنة المقيتة. والذي عليه الجمهور: أن عورة الرجل أمام المرأة غير الزوجة: ما بين السرة والركبة، وأن عورة المرأة أمام الرجل غير الزوج وغير المحرم هي: جميع الجسد عدا الوجه والكفين. وأمام الرجل المحرم: مالا يظهر منها غالبا وهي في بيتها. وأن العورة بين بني الجنس الواحد هي السوءتان، وأنه لا عورة بين الزوجين.

هذا، وقد يحتاج الناس في تعاملهم إلى بعض التكاشف لدواعي الطب أو العلاج أو التعليم، فما حكم هذا التكاشف(١).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الأولى "الإنجاب" سنة ١٩٨٣م بشأن قضية التكاشف بين الجنسين للطب

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذا الموضوع في ندوتها الأولى "الإنجاب" سنة ١٩٨٣م.

(١) بتصرف من مجموع المناقشات في ندوة الإنجاب ص ٣٢٥ - ٣٤٢.

والتعليم: الاتجاه الذي يرى مشروعيته عند الحاجة، فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي:

"٨- جواز نظر الجنس إلى عورة الجنس الآخر لدواعي الكشف الطبي والمعالجة والتعليم، مع الاقتصار فيما يبدو من العورة على ما تدعو إليه الحاجة.

٩ - العمل على اشتمال كليات الطب في العالم الإسلامي على القضايا الشرعية التي تتصل بأمور الصحة والمرض والعلاج، وبالمقابل بالنسبة لكليات الدراسات الإسلامية.

١٠ - تشكيل لجنة دائمة يشترك فيها الفقهاء والأطباء والعلماء للنظر عند الحاجة في القضايا التي يتطلب البت فيها خبرات فنية، ووجهات نظر شرعية".

رأي المجمع الفقهي الإسلامي:

اختار مجلس المجمع الفقهي الإسلامي: جواز التكاشف بين الجنسين للطب عند الحاجة، فجاء في قراراته الصادرة في دورته السابقة ما يلي:

" إن انكشاف المرأة المسلمة على غير من يحل شرعا بينها وبينه الاتصال الجنسي لا يجوز بحال من الأحول إلا لغرض مشروع يعتبره الشرع مبيحا لهذا الانكشاف.

وإن احتياج المرأة إلى العلاج من مرض يؤذيها أو من حالة غير طبيعية في جسمها تسبب لها إزعاجا يعتبر ذلك غرضا مشروعا سيبيح لها الانكشاف على غير زوجها لهذا العلاج، وعندئذ يتقيد ذلك الانكشاف بقدر الضرورة".

الموضوع العاشر
بداية الحياة في الإنسان(*)
(الوقت والدور الذي تصبح فيه الحياة إنسانية للجنين)

التعريف:

إذا استهل المولود اتصف بالآدمية أو الإنسانية الحقيقية بالإجماع، ولحديث أبي داود، مرفوعا: "إذا استهل المولود ورث" وقبل ذلك كان جنينا في بطن أمه ولكنه ينمو منذ لحظة العلوق الأولى حتى تدب فيه الروح وتكتمل أعضاؤه ثم يولد ويتحصن الجنين منذ علوقه بحقوق تزيد وتتأكد بدبيب الروح فيه، ويحتار الفقه بين الحياة وبين الروح لمعرفة حقوق الجنين وأحكامه، فمن أين نبدأ لمعرفة تلك الحقوق والأحكام(١)؟.

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذا الموضوع بصفة أساسية في ندوتها الثانية سنة ١٩٨٥م. والتي خصصتها لمعرفة الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها.
وكانت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية قد تناولت هذا الموضوع عرضا أثناء معالجتها لقضية الإجهاض في ندوتها الأولى "الإنجاب" سنة ١٩٨٣م.
ثم عاودته عرضا في ندوتها الرابعة: السياسة الصحية - الأخلاقيات والقيم سنة ١٩٨٨م.

(١) بتصرف من خلال دراسة البحوث ومناقشاتها.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:

اتفقت كلمة المنظمة في ندوتها الأولى "الإنجاب سنة ١٩٨٣" والثانية: "الحياة الإنسانية بدايتها" سنة ١٩٨٥ م. على احترام الجنين وحرمته منذ علوقه، وتعاظم تلك الحرمة بنفخ الروح.

أما ندوة المنظمة الخامسة "السياسة الصحية - الأخلاقيات والقيم الإنسانية" سنة ١٩٨٨م، فقد انتهت بدون توصيات، مع معالجتها في البحوث والمناقشات لهذه القضية.

١ - فقد نصت توصيات الندوة الثانية "الحياة الإنسانية بدايتها" سنة ١٩٨٥م. على ما يلي:-

"**أولا**:- بداية الحياة تكون منذ التحام حيوان منوي ببويضة ليكوّنا البويضة الملقحة التي تحتوي الحقيبة الوراثية الكاملة للجنس البشري عامة وللكائن الفرد بذاته المتميز عن كل كائن آخر - على مدى الأزمنة - وتشرع في الانقسام لتعطي الجنين النامي المتطور المتجه خلال مراحل الحمل إلى الميلاد.

ثانيا:- منذ يستقر الحمل في بدن المرأة فله احترام متفق عليه، ويترتب عليه أحكام شرعية معلومة.

ثالثا:- إذا بلغ الجنين مرحلة نفخ الروح (على خلاف في توقيته، فإما مائة وعشرون يوما، وإما أربعون يوما) تعاظمت حرمته باتفاق وترتبت على ذلك أحكام شرعية أخرى.

رابعا:- من أهم تلك الأحكام: أحكام الإجهاض التي وردت في الفقرة السابعة من توصيات ندوة الإنجاب في ضوء الإسلام".

٢ - وكانت توصيات ندوة الإنجاب سنة ١٩٨٣م. قد جاء فيها ما يلي:-

"استأنست الندوة بمعطيات الحقائق الطبية المعاصرة، والتي بينتها الأبحاث والتقنية الطبية الحديثة فخلصت إلى أن: الجنين حي من بداية الحمل، وأن حياته محترمة في كافة أدوارها - خاصة بعد نفخ الروح - وأنه لا يجوز العدوان عليها بالإسقاط إلا للضرورة الطبية القصوى. وخالف بعض المشاركين فرأى جوازه قبل تمام الأربعين يوما، وخاصة عند وجود الأعذار".

الموضوع الحادي عشر
تعريف الموت الذي ينهي حياة الإنسان ويصدر بسببه شهادة الوفاة(*)

التعريف:

كان الناس يعرفون الموت بعلاماته الظاهرة المتعلقة بالنبض والتنفس والحركة، وبعد التقدم الطبي الهائل وأجهزته فائقة التقنية أمكن - في بعض الحالات - إعادة التنفس ونبض القلب بعد توقفهما عن العمل إذا لم تكن الإصابة في جذع المخ، فإن كان التلف قد أصاب جذع المخ مباشرة فإن سلسلة الموت تتداعى بفقد الوعي، وتوقف القلب والتنفس، وبالتدريج تموت بقية الأعضاء الأخرى، ولايمكن تعويض خلايا المخ التالفة مهما يكن من أجهزة التنفس الصناعي والتغذية الوريدية اللتين تحافظان على أعضاء الجسم الأخرى - خلاف المخ - حية لفترة من الزمن تمتد من عدة ساعات إلى أسبوعين، أو نحو ذلك(١).

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذا الموضوع في ثلاث ندوات، وهي:
١ - الندوة الثانية للمنظمة بعنوان: "الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها" سنة ١٩٨٥م.
٢ - الندوة الرابعة للمنظمة بعنوان: "السياسة الصحية - الأخلاقيات والقيم الإنسانية" سنة ١٩٨٨م.
٣ - الندوة التاسعة للمنظمة بعنوان: "التعريف الطبي للموت" سنة ١٩٩٦م.

(١) نهاية الحياة الإنسانية، للدكتور مختار المهدي - ندوة الحياة الإنسانية ص ٣٣٧ - ٣٤١ مع تصرف في التعبير.

وقد أثار هذا التقدم الطبي التساؤل عن حقيقة الموت، وتوقيته الذي تترتب عليه أحكامه الوضعية، وذلك عندما يموت جذع المخ دون القلب وسائر الأعضاء، أو عندما يتوقف القلب والتنفس دون جذع المخ؛ لأنه في حال موت كل من المخ والقلب كان الموت إجماعا.

والثمرة المترتبة على ذلك:

١ - الاستفادة من الأعضاء الحية في عمليات زراعة الأعضاء في حال الحكم بالموت.

٢ - رفع أجهزة الإنعاش عن المحكوم عليهم بالموت، وإسعاف من مات قلبه دون دماغه

٣ - ترتيب أوضاع المستحقين للإرث، واتخاذ باقي الإجراءات في أحكام الموت.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الثانية: "الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها" سنة ١٩٨٥م اتجاه الجمهور من الأطباء المشاركين في أن نهاية الحياة تكون بالموت الدماغي بشروطه الفنية، وهو قريب مع قول جمهور الفقهاء المشاركين حيث رأوا اعتماد الموت الدماغي الطبي في بعض أحكام الموت.

وخلت الندوة الرابعة للمنظمة "السياسة الصحية - الأخلاقيات والقيم" سنة ١٩٨٨م من توصيات،ثم جاءت الندوة التاسعة للمنظمة: "التعريف الطبي للموت" سنة ١٩٩٦م بتأكيد ما ورد من توصيات في ندوة سنة ١٩٨٥م.

ومما جاء في توصيات الندوة الثانية "الحياة الإنسانية" سنة ١٩٨٥م ما يلي: -

"**رابعا**: وضح للندوة بعد ما عرضه الأطباء أن: المعتمد عليه عندهم في تشخيص موت الإنسان هو خمود منطقة المخ المنوطة بها الوظائف الحياتية الأساسية، وهو ما يعبر عنه بموت جذع المخ.

وإن تشخيص موت جذع المخ له شروطه الواضحة بعد استبعاد حالات بعينها قد تكون فيها شبهة، وإن في وسع الأطباء إصدار تشخيص مستقر يطمأن إليه بموت جذع المخ

خامسا: اتجه رأي الفقهاء تأسيسا على هذا العرض من الأطباء إلى أن الإنسان الذي يصل إلى مرحلة مستيقنة هي موت جذع المخ يعتبر قد استدبر الحياة، وأصبح صالحا لأن تجرى عليه بعض أحكام الموت. أما تطبيق بقية أحكام الموت عليه فقد اتجه الفقهاء الحاضرون إلى تأجيله حتى تتوقف الأجهزة الرئيسية.

وتوصي الندوة بأن تجرى دراسة تفصيلية أخرى لتحديد ما يعجل وما يؤجل من الأحكام ".

ومما جاء في توصيات الندوة التاسعة "التعريف الطبي للموت" - ديسمبر ١٩٩٦م والتي وردت بوصفها بيانات ما يلي:

"يعتبر الشخص ميتا في إحدى هاتين الحالتين:

أ - التوقف الكامل الذي لا رجعة فيه لوظائف الجهاز التنفسي والجهاز القلبي الوعائي.

ب - التوقف الكامل الذي لا رجعة فيه لكل وظائف الدماغ بأجمعه بما في ذلك جذع الدماغ.

ويجب التحقق من حصول إحدى الحالتين السابقتين حسب المعايير الطبية المقبولة".

رأي مجمع الفقه الإسلامي:

قرر مجلس مجمع الفقه الإسلامي في دورة مؤتمره بعمان - الأردن أكتوبر ١٩٨٦ اعتماد حكم الموت بالموت الدماغي، أو بموت القلب مع توقف التنفس نهائياً، فجاء في قراره رقم (٥) ما يلي:

"يعتبر شرعا أن الشخص قد مات وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعا للوفاة عند ذلك إذا تبينت فيه إحدى العلامتين التاليتين:

١ - إذا توقف قلبه وتنفسه توقفا تاما، وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لارجعة فيه.

٢ - إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلا نهائيا، وحكم الأطباء الاختصاصيون الخبراء بأن هذا التوقف لارجعة فيه، وأخذ دماغه للتحليل".

الموضوع الثاني عشر
حكم عودة الحياة لمن ماتت دماغه(*)

التعريف: -

بعد أن ساد الرأي العلمي الطبي في أوائل الثمانينات من القرن العشرين بأن حقيقة الموت تكمن في موت الدماغ - وقد صدر في عام ١٩٨١م في أمريكا القانون الموحد لتقرير الموت وهو: "الفقدان الذي لا رجعة فيه للوظائف المخية للكائن البشري" - نشرت بعض الصحف السيارة والإذاعات المرئية تشكيك بعض أطباء مصر وغيرها في المفهوم السائد عالميا، والقائل بأن موت الدماغ كليا أساس لتحديد لحظة الموت، وقد تناولت بعض وسائل الإعلام أخبارا عن عودة الحياة لبعض من حكم عليهم بالموت دماغيا، فهل هذا فساد لنظرية الموت الدماغي، أو فساد في تطبيقها؟ هذه هي القضية المعروضة على الأطباء المشاركين في ندوتهم الخاصة(١).

(*) هذا الموضوع تناولته المنظمة في ندوتها التاسعة بعنوان "التعريف الطبي للموت" سنة ١٩٩٦م. ومع أن موضوعه متأخر عن موضوعات أخرى إلا أننا قدمناه هنا لمناسبة الموضوع السابق له، وهو "تعريف الموت الذي ينهي حياة الإنسان، وحكم رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغيا".

(١) هذا التعريف بتصرف من كلمة الافتتاح وبعض بحوث المشاركين.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته: -

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها التاسعة "التعريف الطبي للموت" سنة ١٩٩٦م والخاصة بالدراسة الطبية للموضوع - ما ذهب إليه جل الأطباء الباحثين والمشاركين من عدم إمكانية عودة الحياة لمن ماتت دماغه موتا كليا، وتم تشخيص حالته وفقا للمعايير الفنية الخاصة. فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي: -

"تبين للمجتمعين أنه: ما من حالة تأكد فيها تشخيص موت الدماغ وجذعه وعادت إليها الحياة، وما من حالة عادت إليها الحياة بعدما توفرت فيها شروط تشخيص موت الدماغ وجذعه، وأن كل الحالات التي استشهد بها من شكك في هذا المفهوم كانت إما حالات لم يتم الالتزام فيها بمعايير التشخيص التزاما صارما، وإما حالات نجمت عن خطأ في التشخيص أو الاستنتاج أو الاستدلال. . . .

وقد أصبح واضحا للمجتمعين أن الموضوع لم يجد به جديد، وأن ذلك يدعو المنظمة للتمسك بتوصياتها السابقة في ندوتها "الحياة الإنسانية: بدايتها ونهايتها " التي عقدت في الكويت سنة ١٩٨٥م. "

الموضوع الثالث عشر(*)
حكم كل من:
١ - إسعاف من مات قلبه دون دماغه.
٢ - رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغيا

التعريف: -

عرفنا أن نهاية الإنسان تقع على ثلاث صور، وهي: -

١ - أن يموت دماغه وسائر أجهزته الرئيسية معا، وهذا ميت بالإجماع.

٢ - أن يموت دماغه دون أجهزته الرئيسية أو بعضها، كالقلب. وهذا ما اتفق عليه أكثر الأطباء وبعض الفقهاء أنه ميت له حكم الأموات. وذهب البعض إلى أنه في حكم الأحياء. وذهب الأكثرون من الفقهاء إلى أنه تجري عليه بعض أحكام الموتى وتؤخر سائر الأحكام إلى حين موت سائر الأجهزة الرئيسة.

٣ - أن يموت قلبه، أو أي جهاز رئيسي في جسده دون دماغه التي تبقى سليمة.

(*) هذا الموضوع فرع عن موضوع موت الدماغ، وقد تدارسته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندواتها الثلاث التي عالجت فيها تعريف الموت، والتي سبق بيانها بالتفصيل هناك، وإن كانت ندوتها التاسعة سنة ١٩٩٦م هي الأساس لتخصصها.

وقد أثارت هذه الصور حكم المسألتين في العنوان، ونذكرهما فيما يلي تباعا:-

المسألة الأولى: إسعاف من مات قلبه دون دماغه

الرأي الطبي:-

يجمع الأطباء المشاركون على أن توقف القلب والتنفس دون المخ وجذعه لا يعني حدوث الوفاة جزما، إذ قد يمكن إسعاف هذا الشخص بجعل مضخة بديلة تضخ الدم وتسيره عبر الدورة الدموية، أو بتدليك قلبه، أو بإعطائه الصدمات الكهربائية مع التنفس الصناعي، وفي بعض الأحيان قد يعود القلب للعمل، ويبدأ التنفس الذاتي في الاسترسال من جديد، ويعود الإنسان إلى وعيه.

والذي يحدث في أغلب الأحوال: أن الموت يبدأ بتوقف القلب ثم يعقبه فورا توقف التنفس وفقدان الوعي، ثم تموت الأعضاء بدءا بالمخ في الدقائق الأولى، فإذا أمكن إسعاف القلب فور توقفه - مع استجابته - أمكن إنقاذ حياة هذا المريض.

ويرى الطب - كما قرر الدكتور مختار المهدي رئيس قسم جراحة المخ والأعصاب - أنه يتحتم على كل طبيب يحضر هذه الفترة أن يحاول هذه المحاولة من الإسعاف في حال الإمكان، وإذا لم يفعل فهو نوع من إهمال العلاج[1].

(١) سبق ذكر ذلك وتوثيقه في عرض قضية الموت عند الأطباء، وذلك في قضية تعريف الموت الذي ينهي حياة الإنسان ويصدر بسببه شهادة الوفاة - أعدناه هنا تيسيرا للقارئ، ولاستقلال هذه المسألة.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته :-

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الثانية (الحياة الإنسانية) سنة ١٩٨٥م، والتاسعة "التعريف الطبي للموت" سنة ١٩٩٦م: ما اتفق عليه الأطباء والفقهاء المشاركون من اعتبار توقف القلب حالة مرضية يمكن إسعافها.

فجاء في توصيات ندوة "الحياة الإنسانية" سنة ١٩٨٥ ما يلي:-

"إن أيا من الأعضاء أو الوظائف الرئيسية الأخرى كالقلب والتنفس قد يتوقف مؤقتا، ولكن يمكن إسعافه واستنقاذ عدد من المرضى ما دام جذع المخ حيا".

ثم جاءت المنظمة وأعادت ذكر توصيات ندوة "الحياة الإنسانية" سنة ١٩٨٥ في هذا الشأن في:-

توصيات (بيان) ندوتها التاسعة "التعريف الطبي للموت" - ديسمبر سنة ١٩٩٦م.

رأي المجمع الفقهي الإسلامي:

اختار المجمع الفقهي المنعقد في عمان - الأردن - أكتوبر ١٩٩٦م. القول بجواز رفع أجهزة الإنعاش عن الميت قلبيا وتنفسيا دون دماغه، ويرجع ذلك إلى اعتماده حقيقة الموت شرعا بذلك. فقد جاء في قراره رقم (٥) ما يلي:-

"يعتبر شرعا أن الشخص قد مات وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعا للوفاة عند ذلك إذا تبينت فيه إحدى العلامتين التاليتين:-

١ - إذا توقف قلبه وتنفسه توقفا تاما، وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه.

٢ - إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلا نهائيا.

وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص، وإن كان بعض الأعضاء كالقلب مثلا لا يزال يعمل آليا بفعل الأجهزة المركبة"

المسألة الثانية: رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغيا

الرأي الطبي: -

إذا فقد المخ القابلية للحياة فلا يمكن إصلاحه بعد ذلك، كما لا يمكن وضع بديل له في الحال أو المآل القريب على الأقل، وعلى هذا فإن موت المخ موتا كليا في ظل الظروف الحاضرة يؤدي بالضرورة إلى موت صاحبه.

وقد بات ذلك شائعا ومستقرا في الأوساط الطبية العالمية، ولا يمكن بحال عودة من مات دماغه إلى الحياة في الحاضر أو القريب وربما البعيد طالما تم التشخيص طبقا للمعايير الفنية الصحيحة، ومن ثم لم تعد أجهزة الإنعاش مفيدة له طبيا، وإن تسببت في إبقاء بعض وظائفه الرئيسية كالقلب يعمل أياما قد تصل إلى أسبوعين أو يزيد بقليل[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته: -

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الثانية (الحياة الإنسانية) سنة ١٩٨٥م. والتاسعة (التعريف الطبي للموت) سنة ١٩٩٦م: القول بجواز إيقاف أجهزة الإنعاش عن الميت دماغيا دون

(١) راجع ما سبق ذكره في عرض الرأي الطبي لقضية تعريف الموت الذي ينهي حياة الإنسان ويصدر بسببه شهادة الوفاة.

وجوبه، مع الأخذ في الاعتبار أن المنظمة اعتمدت الموت الدماغي موتا حقيقيا - وقد جاء في توصيات ندوة (الحياة الإنسانية) سنة ١٩٨٥م ما يلي:-

"اتفق الرأي على أنه إذا تحقق موت جذع المخ بتقرير لجنة طبية خاصة جاز حينئذ إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعية".

ثم أعادت المنظمة هذه التوصية في توصياتها (بيانها) في ندوة التعريف الطبي للموت في ديسمبر ١٩٩٦م.

رأي مجمع الفقه الإسلامي:-

اختار مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في عمان - الأردن - في أكتوبر سنة ١٩٩٦م القول بجواز رفع أجهزة الإنعاش عن الميت دماغيا، فجاء في قراره رقم (٥) بشأن أجهزة الإنعاش عن الميت دماغيا ما يلي:-

"يجوز رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص وإن كان بعض الأعضاء كالقلب مثلا لا يزال يعمل آليا بفعل الأجهزة المركبة".

الموضوع الرابع عشر
سر المهنة الصحية(*)

التعريف:

يطلع الطبيب على كثير من أسرار مريضه الخاصة، والتي قد لايعرفها الزوج، ومن هذه الأسرار ما يمس علائق أخرى كالدين والأخلاق والقانون، ومنها ما يمس أشخاصاً آخرين كالخاطب والزوج وولي الأمر وأي إنسان آخر تربطه بالمريض علاقة معينة.

ويثور التساؤل عن مدى حق الطبيب ومسؤوليته في إفشاء أو كتمان تلك الأسرار.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الثالثة "الرؤية الإسلامية" سنة ١٩٨٧م بشأن موضوع: "سر المهنة الصحية" ما ذهب إليه الفقهاء من تعريف للسر، وعموم قضيته في كل مهنة، وما ذهب إليه أكثرهم من أن الأصل في إفشاء سر المهنة هو التحريم، ويجوز في بعض الصور الاستثنائية.

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذا الموضوع في كل من: مؤتمرها الأول "ضمن احتفالات الكويت بحلول القرن الخامس عشر الهجري" - يناير ١٩٨١م، وندوتها الثالثة: "الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية -" أبريل ١٩٨٧م.

فقد ورد في توصيات الندوة الثالثة ما يلي: -

"١- أ - السر هو ما يفضي به الإنسان إلى آخر مستكتماً إياه من قبل أو من بعد، ويشمل ما حفت به قرائن دالة على طلب الكتمان، أو كان العرف يقضي بكتمانه، كما يشمل خصوصيات الإنسان وعيوبه التي يكره أن يطلع عليها الناس.

ب - الأسرار أمانات وعلى من استودعها حفظها التزاما بما جاءت به الشريعة الإسلامية، وهو ما تقضي به المروءة وآداب التعامل.

ج - إفشاء السر في الأصل محظور ومستوجب المؤاخذة شرعا ومهنيا وقانونا.

د - يتأكد واجب حفظ السر على من يعمل في المهنة التي يعود الإفشاء فيها على أصل المهنة بالخلل، كالمهن الصحية؛ إذ يركن إلى هؤلاء ذوو الحاجة إلى محض النصح وتقديم العون، فيفضون إليهم بكل ما يساعد على أداء هذه المهام الحيوية، ومنها أسرار لايكشفها المرء لغيرهم حتى الأقربين إليه.

٢ - يستثنى من وجوب كتمان السر حالات يؤدي فيها كتمانه إلى ضرر يفوق ضرر إفشائه بالنسبة لصاحبه، أو يكون في إفشائه مصلحة ترجح على مضرة كتمانة، وهذه على ضربين: -

أ - حالات يجب فيها إفشاء السر بناء على قاعدة: "ارتكاب أهون الضررين "، وقاعدة: " تحقيق المصلحة العامة" التي تقضي بتحمل الضرر الخاص لدرء الضرر العام إذا تعين ذلك لدرئه. وهذه الحالات نوعان:

١ - ما فيه درء مفسدة عن المجتمع

٢ - ما فيه درء مفسدة عن فرد.

ب - حالات يجوز فيها إفشاء السر لما فيه من:

١ - جلب مصلحة للمجتمع.

٢ - أو درء مفسدة عامة، وهذه ينبغي الالتزام فيها بمقاصد الشريعة وأولوياتها من حيث حفظ الدين والنفس والعقل والمال والنسل.

ج - يضاف إلى ذلك حالات يكون فيها رضا صاحب السر بإفشائه ويكون ذلك في حدود الإذن؛ لأن لصاحب الحق إسقاطه.

د - الاستثناءات بشأن مواطن وجوب الإفشاء أو جوازه، ينبغي أن ينص عليها في قانون مزاولة المهن الصحية وغيره من القوانين موضحة ومنصوصا عليها على سبيل الحصر مع تفصيل كيفية الإفشاء، ولمن يكون، وتقوم الجهات المسؤولة بتوعية الكافة بهذه المواطن.

٣ - الطبيب المسلم الذي يحمل قسطا من المسؤولية العامة كمصلح ومرشد وعنصر وقائي لتفادي الضرر قبل وقوعه، ينبغي أن يحاول قبل الإقدام على استخدام الاستثناءات الجوازية لإفشاء سر المهنة: الاستغناء عن ذلك بممارسة دوره الإصلاحي لوقاية من يتعرضون للخطر من المرضى أو غيرهم بأن يرسم الطريق السوية للمريض للنهوض من كبوته ولغيره لاتقاء ما ينجم عن مرضه من أخطار، وذلك لإرادة الإصلاح النفسي، وصلاح ذات البين، ولن تعوزه الخبرة مع استخدام المعاريض التي لاتهدر بها الحقوق، ولاتزيف بها حقائق".

الموضوع الخامس عشر
اختلاف القانون أو الأمر الإداري مع الشريعة في الممارسة الصحية(*)

التعريف:

قد يتحرج الطبيب شرعا من تعارض القانون أو الأمر الإداري من رئيسه مع الأحكام الإسلامية في مهنته، فما يكون موقفه أو تصرفه؟ وهل طاعته للقانون أو الأمر الإداري تعفيه من المسؤولية؟ ومن أمثلة هذا التعارض ما يلي: -

١ - أن يجيز القانون إفشاء سر مريض، وتوجب الضرورة الشرعية ستره كالإفشاء للزوج عن عملية رتق غشاء البكارة للزوجة قبل الدخول بها دون شبهة جنائية. أو يمنع القانون إفشاء سر مريض وتوجب الشريعة الإسلامية النصح به، كإبلاغ الخاطب بمرض المخطوبة الوراثي.

٢ - لايفرق القانون بين طبيب وطبيبة في معالجة المريض بإذنه دون النظر إلى جنسه، ويتمسك بعض الأزواج ببعض الفتاوى الشرعية

(*) هذا الموضوع ورد ذكره عرضا في مسألة "سر المهنة الصحية"، وقد تناولته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية منفرداً في ندوتها الثالثة "الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية" ١٩٨٧م.

١ - الندوة الثالثة سالفة الذكر ص ٧٥٤، ٧٥٥.

التي تمنع معالجة زوجته بيد طبيب، وقد يكون في تأخير معالجتها خطر عليها.

٣ - تمنع بعض القوانين الإجهاض، وقد تكون له ضرورة شرعية لإنقاذ حياة الأم، كما قد تجيز بعض القوانين عمليات الإجهاض بعد نفخ الروح مما يجعل امتناع الطبيب عن تلبية طلب المريض امتناعاً عن أداء وظيفته التي أقسم على القيام بها للعدو والصديق.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الثالثة "الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية ١٩٨٧م" ما ذهب إليه الباحثون والمناقشون من عدم حجية الأمر الإداري للطبيب الموظف، ولاتعفيه الطاعة لرئيسه من المسؤولية، وأوصت بتثقيف الأطباء ذلك.

كما اختارت المنظمة ما ذهب إليه أكثر المشاركين من أن قضية مخالفة القانون للشريعة في الممارسة الصحية لا وجود لها في الواقع العملي بصفة عامة. فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي: -

"عرضت الندوة لموضوع: "اختلاف القانون مع الشريعة"، وعلى ضوء الأمثلة التي ذُكرت في محيط الممارسة الصحية في البلاد الإسلامية تبين أنه - على وجه العموم - لايوجد فعليا ما يشكل حرجا للطبيب، وهو يزاول مهنته.

والالتزام بالشريعة الإسلامية واجب عام على كل مسلم، سواء بالنسبة للعاملين في المهن الصحية أو غيرهم، فإذا خالف التقنين الوضعي ما تقضي به الشريعة الإسلامية فإنه يجب تعديل القانون بما يتفق مع الشريعة، ولايسع الطبيب المسلم إلا الالتزام بالشرع الحنيف.

وتوصي الندوة أن تشتمل مقررات التدريس في كليات ومعاهد

العلوم الصحية، ومقررات التدريب المستمر على ما يعرف به مزاولو المهن الصحية، ما اشتملت عليه الشريعة والقانون من تنظيم لحقوقهم وواجباتهم وصلاحياتهم ومسؤولياتهم فيما يختص بمزاولة المهن الصحية".

الموضوع السادس عشر
الوسائل المشروعة للحصول على الأعضاء البشرية للأغراض الحياتية
(التبرع بالأعضاء وبيعها)(*)

التعريف والتأصيل لبيع الأعضاء البشرية:-

بعد نجاح عمليات زراعة الأعضاء البشرية - وفي ضوء مشروعيتها - ثار التساؤل عن الكيفية المشروعة للحصول على تلك الأعضاء - ممن استغنوا عنها لإنقاذ حياة شخص آخر، أو إنقاذ منفعة من منافع جسده التالفة - حتى لا تتحول البشرية بعد تحضرها إلى همج يخطف بعضهم بعضا(١).

وهذا الموضوع تابع لموضوع آخر مهم وهو: "حكم زراعة الأعضاء البشرية" غير أن المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية لم تتناوله

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذا الموضوع في سبعة بحوث مع مناقشاتها، وذلك في ندوتيها: الثالثة سنة ١٩٨٧م، وأصدرت بشأنه توصيات. والرابعة سنة ١٩٨٨م، ولم تصدر في هذه الندوة أية توصيات.
كما تناولت المنظمة هذا الموضوع عرضا ضمن موضوعات تقدم بها الباحثون في ندوتها الثانية سنة ١٩٨٥م.

(١) وضعنا هذا التعريف بتصرفنا من خلال دراسة بحوث الموضوع، وقد أضفنا إلى العنوان للأغراض الحياتية، مع عدم وجوده في البحوث المقدمة لتخصيص القضية.

بالبحث اكتفاء بسبق بحثه في هيئات ومجامع فقهية موثوقة، ولذلك ورد في توصيات ندوة المنظمة الثالثة سنة ١٩٨٧م، **والتي عالجت فيها مسألة "التبرع بالأعضاء وبيعها" ما نصه:-**

"في ضوء ما استقر عليه الرأي الشرعي من المجامع الفقهية وهيئات الإفتاء في العالم الإسلامي من جواز نقل الأعضاء إلى المرضى في الظروف والشروط المقررة شرعا، ناقشت الندوة موضوع "بيع الأعضاء"[(١)].

ثم إن المنظمة أكملت تتابع حكم بيع الأعضاء بتخصيص ندوة لدراسة أحكام بعض الأعضاء البشرية ذات الحساسية الخاصة مثل زراعة خلايا المخ، وزراعة الأعضاء التناسلية، وذلك في ندوة المنظمة السادسة سنة ١٩٨٩م.

(١) أصدرت دار الإفتاء المصرية فتواها بمشروعية نقل الدم، وزرع القرنية من عيون الموتى سنة ١٩٥٩م. وفي سنة ١٩٧٣م صدرت فتوى الشيخ محمد خاطر -مفتي الديار المصرية- بمشروعية سلخ جلد الميت لعلاج حروق الأحياء.
وفي السعودية: صدر قرار هيئة كبار العلماء سنة ١٩٧٨م بشأن نقل القرنية من عين إنسان لآخر، وسنة ١٩٨٢م بشأن زرع الأعضاء - وأصدر المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي في دورته السابعة ١٤٠٧هـ قراره بجواز زرع الأعضاء، كما أصدر مجمع الفقه الإسلامي بجدة في دورته الرابعة سنة ١٤٠٨هـ قراره رقم (١) د٤/٠٨/٨٨ بجواز زرع الأعضاء الذاتي والزرع من شخص آخر حي بشرط تبرعه بذلك، وألا يلحقه ضرر، وأن يكون المتبرع كامل الأهلية، كما أجاز المجمع الزرع من الموتى بشرط أن يكونوا قد أذنوا قبل ذلك أثناء حياتهم أو أذن ورثتهم بذلك أو أذن ولي أمر المسلمين إن كان المتوفى مجهول الهوية، أو لا ورثة له. وذلك كله بشرط عدم بيع الأعضاء.
وفي الكويت صدر قرار لجنة الفتوى بوزارة الأوقاف بمشروعية زراعة الأعضاء بضوابط، رقم ٤٥٥ لسنة ١٩٨٥م.
وفي الجزائر صدرت فتوى لجنة الإفتاء في المجلس الإسلامي الأعلى سنة ١٩٧٢م بمشروعية زراعة الأعضاء. انظر بحث الدكتور محمد على البار بعنوان "زرع الغدد التناسلية والأعضاء التناسلية" مطبوع مع ندوة "رؤية إسلامية لزراعة بعض الأعضاء البشرية" سنة ١٩٨٩م ص ٦٤٥.

ونصت المنظمة في توصيات ندوتها الثالثة سنة ١٩٨٧م. على قرار مجلس الفقه الإسلامي في دورته الرابعة بشأن زراعة الأعضاء، وأوردت نص القرار رقم (١) د ٤/٨/٨٨ وهو ما كما يلي:-

"**أولا**: يجوز نقل العضو من مكان من جسم الإنسان إلى مكان آخر من جسمه مع مراعاة التأكد من أن النفع المتوقع من هذه العملية أرجح من الضرر المترتب عليها وبشرط أن يكون ذلك لإيجاد عضو مفقود أو لإعادة عضو مفقود أو لإعادة شكله أو وظيفته المعهودة له، أو لإصلاح عيب أو إزالة دمامة تسبب للشخص أذى نفسيا أو عضويا...

ثانيا: يجوز نقل العضو من جسم إنسان إلى جسم إنسان آخر إن كان هذا العضو يتجدد تلقائيا، كالدم والجلد ويراعى في ذلك اشتراط كون الباذل كامل الأهلية وتحقق الشروط الشرعية المعتبرة.

ثالثا: تجوز الاستفادة من جزء من العضو الذي استؤصل من الجسم لعلة مرضية لشخص آخر كأخذ قرنية العين لإنسان ما عند استئصال العين لعلة مرضية.

رابعا: يحرم نقل عضو تتوقف عليه الحياة مثل القلب من إنسان إلى إنسان آخر.

خامسا: يحرم نقل عضو من إنسان حي يعطل زواله وظيفة أساسية في حياته وإن لم تتوقف سلامة أصل الحياة عليها كنقل قرنيتي العينين كلتيهما، أما إن كان النقل يعطل جزءا من وظيفة أساسية فهو محل بحث ونظر كما يأتي في الفقرة الثامنة.

سادسا: يجوز نقل عضو من ميت إلى حي تتوقف حياته على ذلك العضو أو تتوقف سلامة وظيفة أساسية فيه على ذلك بشرط أن

يأذن الميت أو ورثته بعد موته أو بشرط موافقة ولي أمر المسلمين إن كان المتوفي مجهول الهوية أو لا ورثة له".

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته: -

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في شأن قضية "بيع الأعضاء البشرية وهبتها" ما ذهب إليه الأكثرون من تحريم بيع الأعضاء وجواز التبرع بها أو أخذها من الموتى بإذن الأولياء. فجاء في توصيات الندوة الثالثة "الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية" سنة ١٩٨٧ ما يلي: -

"خير ما يتم به الحصول على الأعضاء: أن يكون ثمرة التراحم بين الناس بالتبرع من جثث الموتى بالوصية أو موافقة الورثة، وكذلك من أعضاء المتوفي مجهول الأهل.

ورأى الأكثرية أنه يجوز الحصول على الأعضاء أيضا بتبرع الحي للحي بالشروط والضوابط المعتبرة، ومنها عدم الإضرار بالشخص المتبرع، أو قسره على الأعضاء.

لا يجوز بيع الأعضاء، وإذا لم يمكن الحصول على الأعضاء بالتبرع ولم يمكن الحصول عليها إلا ببذل مال فهذا جائز فيما انتهت إليه أكثرية المشاركين، وهو من المحظور الذي يباح لحال الضرورة. ويرى البعض عدم جواز ذلك. وفي جميع الأحوال يجب ألا يترك الحصول على الأعضاء - ولا سيما في حال الإضرار - لمنافسة المريض الغني للمريض الفقير، بل تنشئ له الدولة هيئة تحكمه وتتقي محاذيره، وتديره وفق قانون مفصل يوضع لذلك".

رأي المجمع الفقهي: -

انتهت قرارات مجلس المجمع الفقهي الإسلامي في دورته الرابعة سنة ١٤٠٨هـ في قراره رقم (١) د ٨٨/٨/٤. إلى نفس ما اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية من تحريم التعامل في الأعضاء البشرية بالمعاوضة المشروطة، وجوازه بدون هذا الشرط فجاء من تلك التوصيات ما يلي:

"**سابعا**: وينبغي ملاحظة أن الاتفاق على جواز نقل العضو في الحالات التي تم بيانها مشروط بألا يتم ذلك بواسطة بيع العضو، إذ لا يجوز إخضاع الإنسان للبيع بحال ما. أما بذل المال من المستفيد ابتغاء الحصول على العضو المطلوب عند الضرورة أو مكافأة وتكريما فمحل اجتهاد ونظر".

الموضوع السابع عشر
نقل وزراعة خلايا المخ والجهاز العصبي(*)

التعريف:

تقدم الطب ونجح في زراعة كل الأعضاء البشرية تقريبا - عدا المخ وخلاياه - سواء كانت تلك الأعضاء ظاهرية كالأيدي والأرجل، أو كانت باطنية كالقلب والكبد، وذلك بعد النجاح المتزايد في استعمال عقار "السيكلوسبورن" والذي أدى بدرجات كبيرة إلى التغلب على مشكلة رفض الجسم للأعضاء الغريبة.

ومع عجز الأطباء الآن عن زراعة المخ - وإن كان خيالا يراودهم - إلا أن بشائر النجاح قد هلت في زراعة بعض خلايا أو أنسجة المخ التالفة فيما يشبه عمليات الترقيع في الجلد(١).

ومدار الأمر: أن بعض الأمراض تسبب فسادا في بعض خلايا المخ عن طريق الإفرازات الكيميائية أو الهرمونية، فهل يجوز أن

(*) وضعت في العنوان كلمة: نقل؛ لاشتمال المسألة على الحكمين في النقل وفي الزرع. وقد ورد ترتيب هذا الموضوع في تاريخ المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية سنة ١٩٨٩م في ندوتها السادسة متأخرا عن موضوعات أخرى كثيرة غير أننا أثبتناه في هذا الترتيب لمناسبته مع الموضوع السابق، والخاص بالتبرع بالأعضاء البشرية وبيعها الذي تدارسته المنظمة سنة ١٩٨٧م في ندوتها الثالثة، فأردنا جمع الموضوعات المتجانسة، وإلا فالموضوع التالي لبيع الأعضاء عند المنظمة هو: "جراحة التجميل".

(١) بحث الدكتور مختار المهدي - الندوة السادسة ص ٥٥، ٦١، ٧٣.

تُستبدل هذه الخلايا الفاسدة بأخرى سليمة تجلب من نفس الشخص – كنقل خلايا الغدة الكظرية – أو من غيره – كنقل خلايا من جنين باكر في أسبوعه العاشر أو الحادي عشر من الحمل[١]؟

وبهذا يتضح ارتباط هذا الموضوع بقضية "الإجهاض" في بعض صوره، إلا أن المقصود هنا هو بيان حكم الأصل شرعا لعمليات زراعة خلايا المخ والجهاز العصبي.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في موضوع: "نقل وزراعة خلايا المخ والجهاز العصبي"، وذلك في ندوتها السادسة سنة ١٩٨٩م: "رؤية إسلامية لزراعة بعض الأعضاء البشرية"، اختارت: ما ذهب إليه الفقهاء جُلُّهم من مشروعية نقل وزرع خلايا المخ من الغدة الكظرية للمريض ذاته، أو من الخلايا الجذعية المستنبتة، أو المنتزعة من الحيوانات، ويحرم نقل الخلايا الجذعية من الأجنة في بطون أمهاتها ولو كان قبل نفخ الروح. فجاء في توصيات الندوة المذكورة ما يلي:

"عرضت الندوة لموضوع زراعة خلايا المخ والجهاز العصبي (ولا يقصد بذلك نقل مخ إنسان لإنسان آخر)، والغرض من هذه الزراعة إما: لعلاج قصور خلايا معينة في المخ عن إفراز مادتها الكيميائية أو الهرمونية بالقدر السوي فيستكمل هذا النقص بأن تودع في موطنها من المخ خلايا مثيلة من مصدر آخر، أو لعبور فجوة في الجهاز

(١) د. حسان حتحوت في مناقشات الندوة السادسة ص ١٥٧، بحث الدكتور مختار المهدي – المرجع السابق ص ٧٠.

العصبي نتيجة بعض الإصابات، كما يستبدل بقطعة من سلك تالف قطعة صالحة.

والمصدر الأول: للحصول على الأنسجة هو: الغدة الكظرية للمريض نفسه، وترى الندوة أنه ليس في ذلك من بأس شرعا، وفيه ميزة القبول المناعي؛ لأن الخلايا من الجسم نفسه.

والمصدر الثاني: هو الحصول على الأنسجة من خلايا حية من مخ جنين باكر (في الأسبوع العاشر أو الحادي عشر).

وهناك طرق للحصول على هذه الخلايا:

الطريقة الأولى: أخذها من جنين حيواني، وقد نجحت هذه الطريقة بين فصائل مختلفة من الحيوان، ومن المأمول نجاحها باتخاذ الاحتياطات الطبية اللازمة لتفادي الرفض المناعي. وترى الندوة: أنه لا مانع شرعا من هذه الطريقة إن أمكن نجاحها.

الطريقة الثانية: أخذها مباشرة من الجنين الإنساني في بطن أمه بفتح الرحم جراحيا، وتستتبع هذه الطريقة إماتة الجنين بمجرد أخذ الخلايا من مخه. وترى الندوة: حرمة ذلك شرعا إلا إذا كان بعد إجهاض مشروع لإنقاذ حياة الأم، وبالشروط التي ترد في موضوع الاستفادة من الأجنة.

الطريقة الثالثة: وهي طريقة قد يحملها المستقبل القريب في طياته باستزراع خلايا المخ في مزارع أجيالا بعد أجيال للإفادة منها. وترى الندوة: أنه لا بأس في ذلك شرعا "إذا كان المصدر للخلايا المستزرعة مشروعا".

رأي مجلس مجمع الفقه الإسلامي:

تناول مجلس مجمع الفقه الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته السابعة عشرة بمكة المكرمة سنة ٢٠٠٣ موضوع "نقل وزراعة الخلايا الجذعية بتفصيل مصادر تلك الخلايا، وبما يتفق مع توصيات المنظمة في ندوتها السادسة سنة ١٩٨٩م سالفة الذكر. فقد جاء في القرار الثالث من قرارات مجلس مجمع الفقه الإسلامي بتاريخ ١٧/١٢/٢٠٠٣م ما يلي:

"الخلايا الجذعية" وهي خلايا المنشأ التي يخلق منها الجنين، ولها القدرة - بإذن الله - في تشكل مختلف أنواع خلايا جسم الإنسان، وقد تمكن العلماء حديثا من التعرف على هذه الخلايا وعزلها وتنميتها، وذلك بهدف العلاج وإجراء التجارب العلمية المختلفة.. ومن ثم يمكن استخدامها في علاج بعض الأمراض، ويتوقع أن يكون لها مستقبل وأثر كبير في علاج كثير من الأمراض والتشوهات الخلقية، ومن ذلك بعض أنواع السرطان، والبول السكري، والفشل الكلوي والكبدي، وغيرها.

ويمكن الحصول على هذه الخلايا من مصادر عديدة منها:

١ - الجنين الباكر في مرحلة الكرة الجرثومية (البلاستولا) وهي الكرة الخلوية الصانعة التي تنشأ عنها مختلف خلايا الجسم، وتعتبر اللقائح الفائضة من مشاريع أطفال الأنابيب هي المصدر الرئيس، كما يمكن أن يتم تلقيح متعمد لبييضة من متبرعة وحيوان منوي من متبرع للحصول على لقيحة وتنميتها إلى مرحلة البلاستولا، ثم استخراج الخلايا الجذعية منها.

٢ - الأجنة السُّقَط في أي مرحلة من مراحل الحمل.

٣ - المشيمة أو الحبل السري.

٤ - الأطفال والبالغون.

٥ - الاستنساخ العلاجي، بأخذ خلية جسدية من إنسان بالغ، واستخراج نواتها ودمجها في بييضة مفرغة من نواتها، بهدف الوصول إلى مرحلة البلاستولا، ثم الحصول منها على الخلايا الجذعية.

وبعد الاستماع إلى البحوث المقدمة في الموضوع وآراء الأعضاء والخبراء والمختصين، والتعرف على هذا النوع من الخلايا ومصادرها وطرق الانتفاع منها، اتخذ المجلس القرار التالي:

أولا: يجوز الحصول على الخلايا الجذعية وتنميتها واستخدامها بهدف العلاج أو لإجراء الأبحاث العلمية المباحة، إذا كان مصدرها مباحا، ومن ذلك - على سبيل المثال - المصادر الآتية:

١ - البالغون إذا أذنوا، ولم يكن في ذلك ضرر عليهم.

٢ - الأطفال إذا أذن أولياؤهم، لمصلحة شرعية، وبدون ضرر عليهم.

٣ - المشيمة أو الحبل السري، وبإذن الوالدين.

٤ - الجنين السقط تلقائيا أو لسبب علاجي يجيزه الشرع، وبإذن الوالدين.

مع التذكير بما ورد في القرار السابع من دورة المجمع الثانية عشرة، بشأن الحالات التي يجوز فيها إسقاط الحمل.

٥ - اللقائح الفائضة من مشاريع أطفال الأنابيب إذا وجدت وتبرع بها الوالدان مع التأكيد على أنه لا يجوز استخدامه في حمل غير مشروع.

ثانيا: لا يجوز الحصول على الخلايا الجذعية واستخدامها إذا كان مصدرها محرما، ومن ذلك على سبيل المثال:

١ - الجنين المسقط تعمدا بدون سبب طبي يجيزه الشرع.
٢ - التلقيح المتعمد بين بييضة من متبرعة وحيوان منوي من متبرع.
٣ - "الاستنساخ العلاجي".

الموضوع الثامن عشر
مدى الاستفادة الطبية من الأجنة المجهضة، والزائدة عن الحاجة، والمولود اللادماغي(*)

التعريف: -

يرتبط هذا الموضوع بالموضوع السابق "نقل وزراعة خلايا المخ" باعتبار المحل، وهو "الخلايا الجذعية" - وذلك بصفة أساسية - كما يرتبط بموضوع: "نقل وزراعة الأعضاء البشرية".

ذلك أنه بعد أن اكتشف الطب مؤخرا الفوائد العلاجية للخلايا الجذعية، والأنسجة الجنينية توجه التفكير إلى طرق جلب تلك الخلايا والأنسجة من طرق مشروعة. ويقترح الأطباء على أولى الأمر بعض المصادر التي قد لا تصطدم مع الدين والأخلاق والقانون، وكلها ترجع إلى التكوين البشرى في بكوره؛ لأن الخلايا الجذعية هي اللبنات الأولى التي يتكون منها الجنين بكافة أنواع خلاياه التي تتسم بالنشاط والتكيف وعدم الإثارة لردود الفعل المناعية الرافضة.

(*) تناولت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية أحد هذه الموضوعات وهو "مصير البويضات الملحقة" في ندوتها الثالثة بعنوان: "الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية" سنة ١٩٨٧م.

وهذه المصادر المقترحة للاستفادة الطبية هي:- الأجنة المجهضة، والزائدة عن الحاجة، والمولود اللادماغي. وكلها موتى أو في حكم الموتى، وبيانها كما يلي:-

الأجنة المجهضة: هي التي تنزل من الرحم سقطا لغير تمام، وتكون ناقصة الخلقة لا روح فيها، وإن كانت أعضاؤها فيها حياة نابضة غالبا لفترة قصيرة.

الأجنة الزائدة عن الحاجة في عمليات طفل الأنابيب (شتل الجنين): حيث يقوم الطبيب بتلقيح عدد من منويات الزوج لعدد مماثل من بييضات الزوجة ثم يقوم بشتل أحد هذه الأجنة أو ثلاثة في جدار رحم الزوجة لإتمام الحمل الذي لا يبدأ إلا بذلك، وغالبا في حال نجاح الشتل لا ينمو جنين واحد من تلك الثلاثة[١] أو اثنان أو الثلاثة.

وتبدأ عملية الشتل بعد تأكد الطبيب من نجاح الإخصاب معمليا في أيامه الأولى. ثم يتخلص الطبيب من اللقائح الزائدة بدفنها أو قتلها، وهي بالتأكيد لا روح فيها وإن كانت فيها حياة نامية[٢].

المولود اللادماغي: هو ذلك الإنسان الذي يولد وليس له قبو

---

(١) أثبتت التجارب أن شتل لقيحة واحدة يعطى نسبة نجاح ١٥٪، وشتل لقيحتين يعطي نسبة نجاح ٢٣٪، وشتل ثلاث لقائح يعطي نسبة نجاح ٣٠,٧٪، وأكثر من ذلك لا ترتفع نسبة النجاح، ولكن فرص الحمل المتعددة وما يحمل من مخاطر تزيد أيضا بزيادة عدد البييضات المخصبة المعادة. بحث د. مأمون الحاج على إبراهيم - كلية الطب بالكويت - ندوة " الرؤية إسلامية " ثالثا - ص ٤٥١، وبحث سيادته أيضا في ندوة " رؤية إسلامية لزراعة بعض الأعضاء البشرية " سادسا - ص ١٩٦، وبحث الدكتور عبد الله باسلامة في الندوة السادسة " زراعة بعض الأعضاء " ص ٤٤٥.

(٢) ما ذكرناه من تعريف لكل من: الأجنة المجهضة، والزائدة عن الحاجة، من تصرفنا من خلال مجمل البحوث والمناقشات المقدمة في الموضوع.

رأس، وليس له فصان مخيان، وإنما جذع مخ يقوم على الوظائف الحيوية الأساسية من دورة دموية وتنفسية بعد الانفصال حيا بالميلاد، ولكنها حياة محدودة موقوتة، ثم يموت خلال الأسبوع الأول بعد الولادة، وأطول فترة مسجلة عاشها مولود بهذه الحالة كانت شهرين[١].

وسوف نعرض لهذه الأطروحات الثلاث: (الأجنة المجهضة، والزائدة، والمولود اللادماغي) في المسائل الثلاث الآتية، لوجود بعض أوجه الفرق في أوجه الاستفادة، وفي حكمها الشرعي عند البعض.

المسألة الأولى: الاستفادة الطبية من الأجنة المجهضة

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته: -

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها السادسة "رؤية إسلامية لزراعة بعض الأعضاء البشرية" سنة ١٩٨٩م قريبا مما ذهب إليه الأكثرون من مشروعية الاستفادة الطبية بالأجنة المجهضة وفقا لضوابط وشروط خاصة. فجاء في توصيات الندوة ما يلي: -

"ترى الندوة أنه لا يجوز استخدام الأجنة مصدرًا للأعضاء المطلوب زرعها في إنسان آخر أو التجارب عليها إلا بضوابط لابد من توافرها حسب الحالات التالية".

- لا يجوز إحداث إجهاض من أجل استخدام الجنين لزرع أعضائه في إنسان آخر، بل يقتصر على الإجهاض التلقائي أو الإجهاض لعذر شرعي.

(١) ورد ذلك في بحث بعنوان: الوليد عديم الدماغ، للدكتور حسان حتحوت - مطبوع ضمن الندوة السادسة: "رؤية إسلامية لزراعة بعض الأعضاء البشرية " ص ١٧٨، وانظر أيضا بحث " حالة اللادماغية وزراعة الأعضاء" للدكتور جورج أبونا وآخرين - الندوة السادسة ص ٢٠١-٢٠٢.

- إذا كان الجنين قابلا لاستمرار الحياة فينبغي أن يتجه العلاج الطبي إلى استبقاء حياته والمحافظة عليها لا إلى استثماره لزراعة الأعضاء.
- لا يجوز أن تخضع عمليات زرع الأعضاء للأغراض التجارية على الإطلاق.
- لابد أن يسند الإشراف على هذه الأمور إلى هيئة معتبرة موثوقة.

وفي كافة الأحوال يجب احترام جسم الإنسان وتكريمه.

رأي مجمع الفقه الإسلامي:-

تناول مجمع الفقه الإسلامي جانبا من القضية المعروضة التي هي "الاستفادة الطبية بالأجنة المجهضة" فتدارس المجمع قضية "استخدام الأجنة مصدرا لزراعة الأعضاء"، وزراعة الأعضاء واحدة من أوجه الاستفادة من الأجنة المجهضة.

وقد جاء في قرار المجمع رقم ٥٨/٥/٦ ما يلي:-

"إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره السادس بجدة من ١٧-٢٣ شعبان سنة ١٤١٠هـ الموافق ١٤إلى ٢٠ مارس ١٩٩٠م.

بعد إطلاعه على الأبحاث والتوصيات المتعلقة بهذا الموضوع - الذي كان أحد موضوعات الندوة الفقهية السادسة بالكويت من ٢٣-٢٦ ربيع الأول ١٤١٠هـ الموافق ٢٣: ٢٦ /١٠/١٩٨٩م - وبالتعاون بين هذا المجمع وبين المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية **قـرر**.

١ - لا يجوز استخدام الأجنة مصدرا للأعضاء المطلوب زرعها في إنسان آخر إلا في حالات بضوابط لابد من توافرها.

لا يجوز إحداث إجهاض من أجل استخدام الجنين لزرع أعضائه

في إنسان آخر، بل يقتصر الإجهاض على الإجهاض الطبيعي غير المتعمد، والإجهاض للعذر الشرعي، ولا يلجأ لإجراء العملية الجراحية لاستخراج الجنين إلا إذا تعينت لإنقاذ حياة الأم.

إذا كان الجنين قابلا لاستمرار الحياة، فيجب أن يتجه العلاج الطبي إلى استبقاء حياته والمحافظة عليها، لا إلى استثماره لزراعة الأعضاء، وإذا كان غير قابل لاستمرار الحياة فلا يجوز الاستفادة منه إلا بعد موته بالشروط الواردة في القرار رقم (١) للدورة الرابعة لهذا المجمع:

١ - لا يجوز أن تخضع عمليات زرع الأعضاء للأغراض التجارية على الإطلاق.

٣ - لابد أن يستند الإشراف على عمليات زراعة الأعضاء إلى هيئة متخصصة موثوقة (١٣).

المسألة الثانية: الاستفادة من البييضات الملقحة (الأجنة) الزائدة عن الحاجة في عمليات شتل الأجنة (طفل الأنابيب).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته: -

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها الثالثة "الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية"، سنة ١٩٨٧م بشأن مسألة البييضات الملقحة الزائدة اختارت قريبا مما ذهب إليه الأكثرون من مشروعية الاستفادة الطبية بتلك اللقائح مع الضوابط التي تمنع من اختلاط الأنساب أو الاعتداء على الكرامة الإنسانية، فجاء في توصيات الندوة الثالثة سنة ١٩٨٧م ما يلي: -

"إن الوضع الأمثل في موضوع "مصير البويضات الملقحة" هو أن لا يكون هناك فائض منها، وذلك بأن يستمر العلماء في أبحاثهم

قصد الاحتفاظ بالبويضات غير الملقحة، مع إيجاد الأسلوب الذي يحفظ لها القدرة على التلقيح السوي فيما بعد.

وتوصي الندوة: ألا يعرض العلماء للتلقيح إلا العدد الذي لا يسبب فائضا، فإذا روعي ذلك لم يحتج إلى البحث في مصير البويضات الملقحة الزائدة.

أما إذا حصل فائض فترى الأكثرية: أن البويضات الملقحة ليس لها حرمة شرعية من أي نوع، ولا احترام لها قبل أن تنغرس في جدار الرحم، وأنه لذلك لا يمتنع إعدامها بأي وسيلة.

ويرى البعض: أن هذه البييضة الملقحة هي أول أدوار الإنسان الذي كرمه الله تعالى. وفيما بين إعدامها أو استعمالها في البحث العلمي أو تركها لشأنها للموت الطبيعي يبدو أن الاختيار الأخير أخفها حرمة، إذ ليس فيه عدوان إيجابي على الحياة.

واتفق الرأي على تأكيد التوصية الخامسة (بشأن الرحم الظئر) المتخذة في ندوة "الإنجاب في ضوء الإسلام" سنة ١٩٨٣م من تحريم استخدام البويضة الملقحة في امرأة أخرى. ولابد من اتخاذ الاحتياطات الكفيلة بالحيلولة دون استعمال البويضة الملقحة في حمل غير مشروع، وكذلك تأكيد التوصية الرابعة من ندوة الإنجاب أيضا بشأن التحذير من التجارب التي يراد بها تغيير فطرة الله، أو استغلال العلم للشر والفساد والتخريب. وتوصي الندوة بوضع الضوابط الشرعية لذلك".

وجاء في توصيات الندوة السادسة سنة ١٩٨٩م ما يلي:-

عرضت الندوة للتوصيتين الثالثة والرابعة المتخذتين في الندوة الثالثة التي عقدتها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في الكويت في الفترة من ٢٠-٢٣ شعبان سنة ١٤٠٧هـ الموافق ١٨-٢١/ ٤/ ١٩٨٧م ونصها:

"مصير البويضات الملقحة" وقد أقرت الندوة هاتين التوصيتين، وأضافت إليهما ما يلي:-

أ - بالإشارة إلى ما جاء في صدر التوصية الثالثة عشرة من أن الوضع الأمثل: تفادي وجود بويضات ملقحة زائدة بالاعتماد على حفظ البويضات غير الملقحة للسحب منها. أحاطت الندوة علما بأن ذلك أصبح ممكنا تقنيا، وأخذت به بعض البلاد الأوروبية (ألمانيا الغربية).

ب - على رأي الأكثرية - الذي خالفه البعض - من جواز إعدام البويضات الملقحة قبل انغراسها في الرحم بأي وسيلة: لا مانع من إجراء التجارب العلمية المشروعة دون التنمية عليها، واعترض البعض على ذلك تماما.

وتوصي الندوة بتكوين لجنة لتحديد ضوابط المشروعية".

رأي مجمع الفقه الإسلامي:-

اتفق المجمع الفقهي الإسلامي مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في قضية " مصير البييضات الزائدة عن الحاجة " فجاء في قراره رقم ٥٧/ ٥/ ٦ ما يلي:-

"إن مجلس المجمع الفقهي الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره السادس بجدة من ١٧-٢٣ شعبان سنة ١٤١٠هـ الموافق ١٤-٢٠ مارس سنة ١٩٩٠م،

بعد إطلاعه على الأبحاث والتوصيات المتعلقة بهذا الموضوع الذي كان أحد موضوعات الندوة الفقهية الطبية السادسة بالكويت من ٢٣-٢٦ ربيع الأول سنة ١٤١٠هـ والموافق ٢٣-٢٦ /١٠/ ١٩٨٩م بالتعاون بين المجمع وبين المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية،

وبعد الاطلاع على التوصيتين الثالثة عشرة والرابعة عشرة المتخذتين في الندوة الثالثة التي عقدتها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في الكويت ٢٠-٢٣ شعبان ١٤٠٧هـ ١٨-٢١/ ٤/ ١٩٨٧م بشأن مصير البييضات الملحقة، والتوصية الخامسة للندوة الأولى للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية المنعقدة في الكويت ١١-١٤ شعبان ١٤٠٣هـ الموافق ٢٤-٢٧/ ٥/ ١٩٨٣ في الموضوع نفسه،

قرر:-

في ضوء ما تحقق من إمكان حفظ البييضات غير الملقحة للسحب منها يجب عند تلقيح البييضات الاقتصار على العدد المطلوب للزرع في كل مرة، تفاديا لوجود فائض من البييضات الملقحة.

إذا حصل فائض من البييضات بأي وجه من الوجوه تترك دون عناية طبية إلى أن تنتهي حياة ذلك الفائض على الوجه الطبيعي.

يحرم استخدام البييضة الملقحة في امرأة أخرى، ويجب اتخاذ الاحتياطات الكفيلة بالحيلولة دون استعمال البييضة الملقحة في حمل غير مشروع (مطبوعات المنظمة - الندوة السادسة ص ٦٥٦).

المسألة الثالثة: المولود اللادماغي

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:-

اختارت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في ندوتها السادسة "رؤية إسلامية لزراعة بعض الأعضاء البشرية" سنة ١٩٨٩م: ما انتهى إليه الأغلبية من تحريم الانتفاع بأعضاء المولود اللادماغي حتى يموت جذع مخه، وأجازت وضعه على أجهزة الإنعاش لاستبقاء أعضائه

الحيوية بعد موته للاستفادة منها في عمليات نقل وزرع الأعضاء البشرية، فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي:-

المولود اللادماغي: طالما بقي حيا بحياة جذع مخه لا يجوز التعرض له بأخذ شيء من أعضائه إلى أن يتحقق موته بموت جذع دماغه، ولا فرق بينه وبين غيره من الأسوياء في هذا الموضوع.

فإذا مات فإن الأخذ من أعضائه تراعى فيه الأحكام والشروط المعتبرة في نقل أعضاء الموتى من الإذن المعتبر، وعدم وجود البديل، وتحقق الضرورة، وغيرها مما تضمنه القرار رقم (١) من قرارات مجمع الفقه الإسلامي في دورته الرابعة.

ولا ترى الندوة ما يمنع من إبقاء هذا المولود اللادماغي على أجهزة الإنعاش إلى ما بعد موت جذع المخ - والذي يمكن تشخيصه - للمحافظة - على حيوية الأعضاء الصالحة للنقل توطئة للاستفادة منها بنقلها إلى غيره بالشروط المذكورة سابقاً، وهي شروط نقل الأعضاء وزرعها كما سبق ذكرها في حينه من القرار رقم (١) لمجمع الفقه الإسلامي في دورته الرابعة.

رأي مجمع الفقه الإسلامي:

اتفق مجلس مجمع الفقه الإسلامي بجدة مع المنظمة في تحريم نقل أعضاء المولود اللادماغي إلا بعد وفاته، وقد جاء في القرار رقم ٦/٥/٥٦ بشأن زراعة خلايا المخ ما يلي:-

"**المولود اللادماغي**: طالما ولد حياً لا يجوز التعرض له بأخذ شيء من أعضائه إلى أن يتحقق موته بموت جذع دماغه، ولا فرق بينه وبين غيره من الأسوياء في هذا الموضوع، فإذا مات فإن الأخذ من أعضائه تراعى فيه الأحكام والشروط المعتبرة في نقل أعضاء الموتى من

الإذن المعتبر، وعدم وجود بديل، وتحقق الضرورة، وغيرها مما تضمنه القرار رقم (١) من قرارات الدورة الرابعة لهذا المجمع. ولا مانع شرعا من إبقاء هذا المولود اللادماغي على أجهزة الإنعاش إلى ما بعد موت جذع المخ - والذي يمكن تشخيصه - للمحافظة على حيوية الأعضاء الصالحة للنقل توطئة للاستفادة منها بنقلها إلى غيره بالشروط المشار إليها".

الموضوع التاسع عشر(*)
زرع الغدد التناسلية وأعضائها

التعريف:

يشمل هذا الموضوع أمرين: الغدد التناسلية، والأعضاء التناسلية، ونبين ذلك فيما يلي: -

أولا: الغدد التناسلية (الخصية للرجال والمبيض للإناث) لها وظيفتان: -

١ - إفراز النطفة عند الذكر والأنثى.

٢ - إفراز الهرمونات، وهي في الأنثى تؤثر على جميع أجهزة الجسم. أما بالنسبة للذكر فهي مسؤولة عن الصفات الثانوية للذكورة مثل: نمو الشعر على الوجه، وتغير الصوت، وبناء العظام، وإيجاد الرغبة الجنسية.

ولايزال زرع الخصية أو المبيض في دور التجارب في الدول المتقدمة،

ثانيا: الأعضاء التناسلية (الذكر، والفرج، والرحم) ولايزال

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها السادسة: "رؤية إسلامية لزراعة بعض الأعضاء البشرية" سنة ١٩٨٩م.

زراعتها قيد الخيال العلمي، وإن أمكن إيجاد فرج ومهبل صناعي، كما أمكن إيجاد وسائل ميكانيكية للمجبوب ونحوه تقوم بالمهمة.

والمعروض هنا: هو حكم إجراء تلك العمليات في حال نجاحها والإمكان منها لمن يحتاجونها في ممارساتهم الطبيعية لخلل وظائفهم الجنسية.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

جاء في توصيات الندوة السادسة "رؤية إسلامية لزراعة بعض الأعضاء البشرية" سنة ١٩٨٩م ما يلي: -

"**أولا**: انتهت الندوة إلى أن الخصية والمبيض بحكم أنهما يستمران في حمل وإفراز الشفرة الوراثية للمنقول منه حتى بعد زرعها في متلق جديد فإن زرعها محرم مطلقا؛ نظرا لأنه يفضي إلى اختلاط الأنساب، وتكون ثمرة الإنجاب غير وليدة من الزوجين الشرعيين المرتبطين بعقد الزواج.

ثانيا: رأت الندوة بالأكثرية أن زرع بعض أعضاء الجهاز التناسلي - ما عدا العورات المغلظة التي لاتنقل الصفات الوراثية - جائز؛ استجابة لضرورة مشروعة، ووفق الضوابط والمعايير الشرعية التي جاءت في القرار رقم (١) من قرارات الندوة الرابعة سنة ١٤٠٨هـ لمجمع الفقه الإسلامي المشار إليه سابقا.

رأي مجمع الفقه الإسلامي:

تطابق رأي المجمع مع رأي المنظمة في ذلك، فقد جاء في القرار رقم ٦/٨/٥٩ بشأن " زراعة الأعضاء التناسلية ما يلي:

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره

السادس بجدة في المملكة العربية السعودية من ١٧ - ٢٣ شعبان ١٤١٠هـ، الموافق ١٤ - ٢٠ آذار (مارس) ١٩٩٠م،

وبعد اطلاعه على الأبحاث والتوصيات المتعلقة بهذا الموضوع الذي كان أحد موضوعات الندوة الفقهية الطبية السادسة المنعقدة في الكويت من ٢٣ - ٢٦ ربيع الأول ١٤١٠هـ، الموافق ٢٣ - ٢٦ /١٠/١٩٨٩م، بالتعاون بين هذا المجمع وبين المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية،

قـرر:

١ - زرع الغدد التناسلية

بما أن الخصية والمبيض يستمران في حمل وإفراز الصفات الوراثية (الشفرة الوراثية) للمنقول منه حتى بعد زرعها في متلق جديد، فإن زرعهما محرم شرعاً.

٢ - زرع أعضاء الجهاز التناسلي:

زرع بعض أعضاء الجهاز التناسلي التي لاتنقل الصفات الوراثية - ما عدا العورات المغلظة - جائز لضرورة مشروعة ووفق الضوابط والمعايير الشرعية المبينة في القرار رقم (١) للدورة الرابعة لهذا المجمع.

الموضوع العشرون
عمليات تغيير الجنس للسوي والخنثى(*)

التعريف:

عمليات تغيير الجنس للسوي - ذكرا كان أو أنثى - تجري في دول أوروبا في مراكز كبيرة.

ويتم تحويل الذكر لأنثى: باستئصال عضوه، وبناء مهبل، مع عملية خصاء، وتكبير الثديين.

ويتم تحويل الأنثى إلى ذكر: باستئصال الثديين، وبناء عضو ذكري صناعي، وإلغاء القناة التناسلية الأنثوية بدرجات متفاوته.

ويصحب كل ذلك علاج نفسي وهرموني مكثف(١).

وأما عملية تغيير الجنس للخنثى فتقوم لتحديد موقفه الجنسي، حيث تكون له آلتان (فرج وذكر)، وقد لايكون له شيء منهما أصلا، وله ثقب يخرج منه البول(٢).

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها الثالثة: "بعض الممارسات الطبية" سنة ١٩٨٧م كفرع من جراحة التجميل.

(١) بحث الدكتور ماجد عبد المجيد - الندوة الثالثة ص ٤٢٤

(٢) حاشية ابن عابدين ٥/ ٤٦٤، حاشية الدسوقي ٤/ ٤٨٩، نهاية المحتاج ٦/ ٣١، المغني ٦/ ٢٥٣، ٦٧٧.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته: -

جاء في توصيات الندوة الثالثة سنة ١٩٨٧ ما يلي: -

" عرضت الندوة لموضوع جراحة التجميل، وانتهت إلى ما يلي:

ما ظهر في بعض المجتمعات من جراحات تسمى عمليات تغيير الجنس استجابة للأهواء المنحرفة حرام قطعا، ويجوز إجراء عمليات لاستجلاء حقيقة الجنس في الخنثى".

قلت: ويرجع أصل هذا الحكم للسوي إلى الحفاظ على أصل الفطرة السوية، وعدم تغيير خلق الله تعالى.

أما الخنثى فعمليته ليست تغييراً، وإنما هي مداواة لاستجلاء حقيقته.

الموضوع الحادي والعشرون
عمليات رتق غشاء البكارة(*)

التعريف:

المقصود برتق غشاء البكارة: إصلاح تمزقاته أو عمل غشاء جديد، وغشاء البكارة موجود حول فتحة المهبل الخارجية، ويتكون من طبقيتن من الجلد الرقيق بينهما نسيج رخو غني بالأوعية الدموية.

ولفتحة غشاء البكارة أشكال متعددة، فمنها: المستدير، والهلالي، والغربالي، والمنقسم طوليا، وقد يكون مصمتا في بعض الحالات النادرة مما لايسمح بمرور دم الطمث للخارج وتراكمه في المهبل ثم في الرحم.

وقد يتمزق غشاء البكارة قبل الزواج لأسباب أهمها:

١ - علاقة جنسية غير شرعية.

٢ - وقوع حادث أصاب هذا المكان.(١)

الرأي الفقهي: الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

جاء في توصيات الندوة الثالثة سنة ١٩٨٧م ما يلي:

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها الثالثة: "بعض الممارسات الطبية" سنة ١٩٨٧م كفرع لعمليات التجميل.

(١) بحث الدكتور كمال فهمي - الندوة الثالثة ص ٤٢٥ - ٤٢٩.

عرضت الندوة لموضوع جراحة التجميل وانتهت إلى ما يلي:

"لا تجوز الجراحات التي تخرج بالجسم أو العضو عن خلقته السوية، أو يقصد بها التنكر فراراً من العدالة، أو للتدليس، أو لمجرد اتباع الهوى".

أقول: وفي هذا إشارة إلى بيان حكم رتق غشاء البكارة ودورانه مع التدليس وعدمه.

الموضوع الثاني والعشرون
جراحة التجميل(*)

التعريف:

جراحة التجميل فرع من فروع الجراحة العامة، وازدادت عمليات التجميل تعقيداً مع بداية الحرب العالمية الأولى، ومن أهم مجالاتها: علاج الحروق، والتشوهات الخلقية، وجراحة الوجه والجمجمة، وجراحة اليد، وجراحة التجميل العامة ككسور الفكين وإزالة الوشم، والجراحة الجمالية التي يرغب فيها المريض لأحد أعضائه مظهراً مقبولاً عنده، وتجري في الأنف والثديين والجفون، وغيرها(١).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

جاء في توصيات الندوة الثالثة سنة ١٩٨٧م ما يلي: -

"عرضت الندوة لموضوع جراحة التجميل، وانتهت إلى ما يلي: -

الجراحات التي يكون الهدف منها: علاج المرض الخلقي والحادث بعد الولادة لإعادة شكل أو وظيفة العضو السوية المعهودة له جائزة شرعا.

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها الثالثة: "بعض الممارسات الطبية" سنة ١٩٨٧م.

(١) بحث الدكتور ماجد عبد المجيد - الندوة الثالثة ص ٤١٩ - ٤٢٢.

وترى الأكثرية: أنه يعتبر في حكم هذا العلاج: إصلاح عيب أو دمامة تسبب للشخص أذى عضوياً أو نفسياً.

ولا تجوز الجراحات التي تخرج بالجسم أو العضو عن خلقته السوية، أو يقصد بها التنكر فراراً من العدالة، أو للتدليس، أو لمجرد اتباع الهوى".

الموضوع الثالث والعشرون
أقل مدة الحيض وأكثرها
وتقدير الدورة الحيضية(*)

التعريف:

الحيض هو الطمث أو العادة الشهرية، ويعين أول ظهوره البلوغ للفتاة، وتعتبر المدة بين ظهور الطمث وانقطاعه: "فترة الحياة التناسلية"، وهي فترة إخصاب المرأة. وتسمى المدة الشاملة للحيض والطهر بالدورة الحيضية.

وفي سن البلوغ: تحدث تغيرات كثيرة ومعقدة بجميع أجهزة الجسم، وبخاصة الجهاز العصبي والتناسلي، وبالذات الرحم والمبيض، فتتحول الفتاة من دور الطفولة إلى دور الأنوثة الكاملة.

وفي سن اليأس تحدث تغيرات كثيرة منها انقطاع الطمث، وعادة ما يكون هذا الانقطاع تدريجياً، ويحدث الطمث كل شهرين أو ثلاثة، إلى ستة أشهر، ثم ينقطع. ونزول الدم في غير أيام عادته يكون نزيفا أو استحاضة.

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها الثالثة: "بعض الممارسات الطبية" سنة ١٩٨٧م.

ومن المعروف أنه إذا وصل سن البلوغ مبكراً تأخر سن اليأس، والعكس كذلك[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

جاء في توصيات الندوة الثالثة سنة ١٩٨٧م ما يلي:

" أقل الحيض وأكثره للدورة الحيضية:

اتفق الأطباء مع أحد الآراء الفقهية، وهو الرأي القائل: إن أقل الحيض نقطة. أما تحديد أكثره فيرجع فيه إلى عادة كل امرأة.

والاستحاضة طبيا: الدم المرضي غير السوي، وأسبابها المرضية شتى، والحد الفاصل بين الدم السوي - وهو الحيض - وبين دم العلة - وهو الاستحاضة - ليس دقيقا؛ إذ في الأمر مرونة بقدر يوم أو يومين أوثلاثة، مع اعتبار بقية الصور المرضية كغزارة الدم، ووجود أعراض أخرى، ونتائج الفحص السريري أو المختبري.

وتوصي الندوة: أن يولي الأطباء المسلمون عناية لمسألة التفريق بين الحيض والاستحاضة، وأقصى مدة الحيض بإجراء البحوث اللازمة لذلك.

أما مدة الدورة الحيضية وهي: (الحيضة والطهر الفاصل بينها وبين الحيضة التالية) فيما إذا كانت الدورة سوية (أي أن يقذف المبيض البيضة) فهي في غالب النساء: ثمانية وعشرون يوما، وأدناها ثلاثة أسابيع تقريبا، ولاحدَّ لأقصاها.

---

(١) بحث الدكتورة نبيهة الجيار - الندوة الثالثة ص ٤٣٣ - ٤٣٥.

الموضوع الرابع والعشرون
أقل مدة النفاس وأكثرها(*)

التعريف:

النفاس هو الفترة التي تعقب الولادة، وتحدث أثناءها بعض التغييرات لعودة الجهاز التناسلي إلى وضعه الطبيعي قبل الحمل.

وعلامات النفاس عبارة عن الإفرازات التي تخرج من الرحم بعد الولادة، ويكون عبارة عن دم في أول أربعة أيام، ثم يفتح لونه وتقل كميته حتى يصبح عبارة عن مخاط لا لون له بعد عشرة أيام، وقد تستمر إلى أربعة أسابيع(١).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

ورد في توصيات الندوة الثالثة سنة ١٩٨٧م ما يلي:

"أقل النفاس وأكثره: انتهت المقولات الطبية في الندوة إلى الاتفاق مع بعض الآراء الفقهية القائلة بأن النفاس هو ما ينزل من المرأة بعد الولادة أو الإسقاط وريثما يندمل موقع المشيمة المنفصلة عن تجويف الرحم. ويبدأ دما ثم سائلاً مصفراً حتى يتوقف.

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها الثالثة: "بعض الممارسات الطبية" سنة ١٩٨٧م.

(١) بحث الدكتورة - نبيهة الجيار - الندوة الثالثة ص ٤٣٩.

ولاحدَّ لأقله، وأقصاه السوي ستة أسابيع، فإن زاد عليها اعتبر غير سوي ويلحق بالاستحاضه. وقد يكون من جراء بقايا المشيمة داخل الرحم، أو نتيجة وهن الرحم عن الانقباض الكافي لحبس الدم، أو غير ذلك مما يلتمس له التشخيص والعلاج. والنفاس إذا انتهى قد يفضي إلى حيض، وقد يفضي إلى طهر يمتد فترة تطول أو تقصر".

الموضوع الخامس والعشرون
أقل مدة الحمل وأكثرها(*)

التعريف:

يحدث الحمل نتيجة اتحاد الحيوان المنوي الناضج مع البييضة الناضجة التي تخرج من المبيض أثناء ظاهرة التبييض (منتصف الدورة الشهرية) فتلتقطها الشرابة التي توجهها إلى داخل القناة الرحمية حيث تنتظر التلقيح خلال أربع وعشرين ساعة، وسرعان ما تنقسم البييضة بعد إخصابها مباشرة، وفي خلال ٣: ٤ أيام تتكون الثمرة التوأمية، ثم إلى الحويصلة حتى تصل إلى تجويف الرحم في اليوم الخامس من التلقيح، وتستمر في النمو، وينمو الغشاء المبطن للرحم أكثر ليغذي الجنين، وبذلك تنقطع العادة الشهرية. ولم يعرف العلماء للآن - على وجه التحديد - العامل الأساسي لبدء الولادة، ويظن العلماء أنه ربما يرجع السبب إلى الجنين، أو إلى الغدد الصماء، أو إلى عضلة الرحم نفسها لوصولها لدرجة الامتلاء(١).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

جاء في توصيات الندوة الثالثة سنة ١٩٨٧م ما يلي:

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها الثالثة: "بعض الممارسات الطبية" سنة ١٩٨٧م.

(١) بحث الدكتورة نبيهة الجيار - الندوة الثالثة ص ٤٣٦، ٤٣٧.

"**أدنى مدة الحمل**: يحدث أن يلفظ الرحم الحمل في أي مرحلة من مراحله، ولكنه يسمى إسقاطا إن لم يكن الجنين بلغ من النضج ما يتيح له عادة الاستمرار في الحياة، فإن كان بلغ تلك المرحلة من النضج سمي انفصاله ولادة، ويكون الوليد خديجا إن قلت مدة الحمل عن سبعة وثلاثين أسبوعا.

وقد كان الخط الفاصل بين الإسقاط والولادة عند ثمانية وعشرين أسبوعا، ولكن مع التقدم الطبي الذي حسن فرص الجنين الأصغر من هذا العمر في القدرة على الحياة نزل هذا الحد إلى أربعة وعشرين أسبوعا فقط، وهو ما يطابق الحكم الشرعي الذي يجعل أدنى مدة الحمل حتى الولادة ستة أشهر.

أقصى مدة الحمل: قرر الأطباء أنه يستمر نماء الحمل منذ التلقيح حتى الميلاد معتمداً في غذائه على المشيمة. والأصل أن مدة الحمل بوجه التقريب مائتان وثمانون يوما تبدأ من أول أيام الحيضة السوية السابقة للحمل.

فإذا تأخر الميلاد عن ذلك ففي المشيمة بقية رصيد يخدم الجنين بكفاءة لمدة أسبوعين آخرين، ثم يعاني الجنين المجاعة من بعد ذلك لدرجة ترفع نسبة وفاة الجنين في الأسبوع الثالث والأربعين أو الرابع والأربعين، ومن النادر أن ينجو من الموت جنين بقي في الرحم خمسة وأربعين أسبوعاً.

ولاستيعاب النادر والشاذ تمد هذه المدة اعتباراً من أسبوعين آخرين لتصبح ثلاثمائة وثلاثين يوما، ولم يعرف أن مشيمة قدرت أن تمد الجنين بعناصر الحياة لهذه المدة.

وقد توسع القانون في الاحتياط مستندا إلى بعض الآراء الفقهية بجانب الرأي العلمي، فجعل أقصى مدة الحمل سنة".

الموضوع السادس والعشرون
أنماط الحياة الإسلامية وأثرها في التنمية الصحية وتنمية الإنسان بوجه عام(*)

أقامت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ندوتها الخامسة بهذا العنوان المذكور في عمان - الأردن ٢٢ - ٢٦ يونيو ١٩٨٩م.

وكان الهدف من هذه الندوة: إعداد مادة علمية مفصلة تبين أمرين:

الأمر الأول: الحياة الإيجابية الخيرة التي يأمر بها الدين، ويحقق اتباعها حفظ صحة الإنسان وتعزيزها، كالنظافة وعدم الإسراف.

الأمر الثاني: بيان أنماط الحياة السلبية السيئة التي ينهى عنها الدين، ويحقق اجتنابها خلاص الإنسان من عادية الأمراض والأسقام، كوضع الأذى في الطريق.

(*) خصصت المنظمة لهذا الموضوع ندوتها الخامسة بنفس العنوان المذكور سنة ١٩٨٩م.

الموضوع السابع والعشرون
مشكلات الشيخوخة وحقوق المسنين(*)

التعريف:

كان من ثمار التقدم الطبي المعاصر أن زاد عدد كبار السن بما يثير الانتباه والتخوف معاً، وقد شهد العالم في السنوات العشرين الأخيرة اهتماما غير مسبوق بمرحلة الشيخوخة عند الإنسان، وكانت البداية عندما قررت هيئة الأمم المتحدة تخصيص سنة ١٩٨٢ لدراسة قضية المسنين في العالم، وفي سنة ١٩٨٣ اجتمعت لجنة منظمة الصحة العالمية لذات الموضوع ورفعت شعار: "فلننصف الحياة لسنين العمر"، وقد أصدرت الأمم المتحدة قرارا بجعل سنة ١٩٩٩م سنة دولية لكبار السن.

كان عدد المسنين سنة ١٩٥٠م لا يتجاوز مائتي مليون نسمة، وفي سنة ١٩٧٥م ارتفع عددهم إلى ثلاثمائة وخمسين مليون نسمة، ثم صار عددهم سنة ٢٠٠٠م ما يقرب من خمسمائة وتسعين مليون نسمة من مجموع سكان العالم البالغ ستة مليارات نسمة، وحسب التوقعات

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع مرتين:
المرة الأولى: في ندوة المنظمة الرابعة: "السياسة الصحية - الأخلاقيات والقيم" سنة ١٩٨٨م، وذلك ضمن موضوعاتها.
المرة الثانية: في ندوة المنظمة الثالثة عشرة - التي خصصتها لهذا الموضوع - بعنوان: "حقوق المسنين من منظور إسلامي" سنة ١٩٩٩م.

سوف يتجاوز عددهم سنة ٢٠٢٥م المليار ومائة مليون نسمة، يعني مسن لكل أحد عشر فردا، وهي ظاهرة الازدهار العددي للمسنين.

والملفت أن ثلثي عدد المسنين يقطن العالم النامي، وبخاصة في الأقطار الآسيوية، ومن المعروف أن لكبار السن احتياجاتهم الصحية والاجتماعية والنفسية التي تستهلك مصادر الرعاية مع ما لهم من حق الوفاء، وقد استقر الرأي الراجح على اعتماد سن الخامسة والستين أساساً لاعتبار كبر السن.[١]

مدارسة المنظمة للقضية واختيارها الفقهي:

تدارست المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هذه القضية ضمن ندوتها الرابعة "السياسة الصحية: الأخلاقيات والقيم الإنسانية" سنة ١٩٨٨م، ثم أفردت لها ندوتها الثالثة عشرة بعنوان: "حقوق المسنين من منظور إسلامي".

ولم تصدر أية توصيات للندوة الرابعة رغم اشتمالها على موضوعات مهمة عديدة، أما ندوة: "حقوق المسنين" فقد أصدرت توصياتها التالية: -

١ - اتخاذ مختلف التدابير لحفظ صحة المسنين ابتداء من الحياة الجنينية والطفولة، ومواصلة ذلك عند المراهقين والبالغين، وتقوية شبكة العلاقات الاجتماعية في الأسرة والمدرسة والحي والمجتمع المحلي، وتقوية صلتهم بالله والتزامهم بتعاليم الدين، ووقايتهم من الممارسات الضارة: كالتدخين، ومعاقرة المخدرات والمسكرات ومكافحة تلوث البيئة.

٢ - توعية المسنين بما يعزز صحتهم، ولاسيما التغذية المتوازنة

(١) البحوث المقدمة في الندوة الثالثة عشرة لدراسة حقوق المسنين في أكتوبر ١٩٩٩م.

والنشاط البدني المعقول، وممارسة الهوايات المناسبة والحفاظ على ما أمكن من العلاقات الاجتماعية، والتزكية الروحية التي تقوي الإيمان، وتنزل السكينة في النفس وتسعدها بالأنس بالله.

٣ - توفير العناية المناسبة للمسنين على مستوى الرعاية الصحية الأولية، والعيادات، وسائر مستويات الرعاية الصحية، وتكييف الخدمات الصحية بما يمكنها من أخذ احتياجات المسنين الخاصة بعين الاعتبار، وتدريب الأطباء الممارسين العامين على اكتشاف وعلاج الأمراض النفسية والجسدية التي قد تختلف أعراضها في المسنين عنها في الشباب.

٤ - ضمان العدالة والمساواة في تقديم الخدمات الصحية إلى المسنين رجالا ونساء والعمل على إنشاء نظام شامل للتأمين الصحي والاجتماعي يغطي مختلف قطاعات المسنين بمن فيهم المزارعون والحرفيون، وصغار الكسبة، ممن لاتغطيهم نظم التأمين القائمة.

٥ - تشجيع إجراء وتمويل البحوث الموضوعية والميدانية حول صحة المسنين الجسمية والنفسية، وجمع كل ما يتعلق بممارساتهم ومشكلاتهم الصحية من معلومات وتحليل هذه المعلومات ووضعها تحت أنظار أصحاب القرار السياسي لمساعدتهم على اتخاذ القرارات وسن القوانين المناسبة في شأن رعاية المسنين.

٦ - اهتمام وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية بصحة المسنين، وتقديم التوعية المناسبة لهم ولأسرهم، ولاسيما فيما يتصل بتغذية المسنين ونشاطهم البدني، ووقاية أنفسهم من الحوادث والمخاطر، وتنظيم تناولهم للأدوية، وتخصيص زوايا أو برامج خاصة للترفية عنهم، وتسليتهم.

٧ - إدراج مقررات عن صحة المسنين وطب المسنين ورعايتهم في مناهج كليات الطب والتمريض وسائر العلوم الصحية، وإنشاء

اختصاص طب المسنين، وتمريض المسنين في مختلف المؤسسات التعليمية الصحية.

٨ - تأكيد وتأصيل القيم والتعاليم الدينية التي تحض على البر بالوالدين وتوقير كبار السن ولاسيما من خلال تضمين المناهج في مختلف مراحل التعليم العام موضوعات حول التعريف بالمسنين، وإبراز مكانتهم وحقوقهم في الأسرة، وضرورة الوفاء لهم ومعاملتهم بالحسنى والرحمة، وزيارتهم في أماكن تجمعاتهم، وحث الطلبة على اتباع السلوك الصحي الذي يضمن لهم أن يبقوا أصحاء في شيخوختهم، وعلى الابتعاد عن التدخين والمخدرات وسائر الممارسات الضارة، وتوعيتهم بكيفية العناية بالمسنين ورعايتهم.

٩ - العمل على الاستفادة مما لدى المسنين من ذخيرة حافلة بالتجارب والمعارف، وذلك بإشراكهم قدر الإمكان في تربية الأجيال الصاعدة واستشارة ذوي الخبرة منهم في الشئون العامة من قبل أصحاب القرار.

١٠ - تعزيز دور الأسرة في رعاية كبار السن فيها وتقديم التسهيلات والمساعدات الخاصة للأسر التي ترعى كبار السن، والحرص على أن يعيش المسن دائماً في جو عائلي سواء كان ذلك في أسرته الخاصة أو برعاية أسرة أخرى، أو في دار للمسنين تتواصل مع الأسرة، ويتوافر فيها الجو العائلي وسائر الشروط التي تحفظ على المسنين كرامتهم، وتوفر لهم كل ما يحتاجون إليه من رعاية بدنية ونفسية واجتماعية وروحية، والعمل على توزيع دور المسنين على الأحياء السكنية بحيث تكون كل دار منها نواة تضمن مشاركة نزلائها في أنشطة الحي الاجتماعية والثقافية والدينية.

١١ - تشجيع المنظمات الطوعية وغير الحكومية وسائر مؤسسات المجتمع المدني على القيام بدورها في تقديم الرعاية الصحية

والاجتماعية للمسنين رجالا ونساء ولاسيما أولئك الذين يتضاءل دور الأسرة في رعايتهم.

١٢- تبصير السلطات وأصحاب القرار بأهمية المسنين واحتياجاتهم الخاصة والعمل على استصدار، أو استكمال التشريعات الخاصة برعاية المسنين في ضوء أحكام الشريعة الإسلامية بما في ذلك رفع سن التقاعد، واستحداث عقوبة على العقوق ومساعدة غير القادرين على إعالة كبارهم وإنشاء مجلس أعلى لرعاية المسنين تمثل فيه جميع الجهات المعنية وتكون له الصلاحيات المناسبة والموارد الكافية.

١٣- تقديم جميع الامتيازات والتسهيلات المناسبة للمسنين ولاسيما تمتعهم بالأولوية في الأماكن العامة وتخصيص مقاعد خاصة بهم في وسائل النقل العام والحدائق والمسارح والأندية الاجتماعية والثقافية وتوفير وسائل تيسير حركتهم إن كانوا معوقين أو عاجزين، ومنحهم التخفيضات المناسبة في الرسوم وفي وسائل المواصلات البرية والبحرية والجوية وعضوية الأندية وسائر المؤسسات التي تقدم الخدمات الاجتماعية والترفيهية والرياضية، وما إلى ذلك.

١٤- تمكين كبار السن من تحديد احتياجاتهم بأنفسهم وإتاحة الفرص لهم لاستغلال مهاراتهم وخبراتهم التي اكتسبوها في حياتهم استغلالا كاملا بما يعود بالفائدة عليهم وعلى المجتمع، وتعزيز روح المبادرة لديهم، وتدريبهم على الاعتماد على أنفسهم ومساعدتهم على القيام بأنشطة تتناسب ومستوى قدراتهم وإمكاناتهم وعلى تكوين جمعيات يتولاها المسنون أنفسهم ويثبتون فيها ذواتهم من خلال مشاركتهم الفعالة في المجتمع.

١٥- قيام الحكومات بتقييم الآثار المترتبة على التحولات والتغيرات

السكانية بشكل مستمر وأخذها في الاعتبار عند رسم سياسات التنمية الاجتماعية الشاملة، والاهتمام بصورة خاصة بالزيادة الكبيرة المتوقعة في أعداد المسنين ولاسيما النساء، واتخاذ التدابير المناسبة للتكيف مع هذا المتوقع.

١٦- استعمال ألفاظ التوقير والاحترام في مخاطبة المسنين أو الإشارة إليهم.

١٧- تهيئة المسن نفسيا قبل إحالته على التقاعد بما يجنبه الصدمة النفسية التي يمكن أن تواجهه من جراء العزلة والفراغ.

١٨- تشجيع أهل البر والإحسان على تخصيص أوقاف لرعاية المسنين والزمنى.

١٩- دعوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية إلى العمل على إصدار كتاب في "أحكام المسنين" يشتمل على أحكام العبادات والمعاملات وسائر الأحكام الشرعية المتعلقة بكبار السن.

٢٠- دعوة منظمة المؤتمر الإسلامي والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية إلى إصدار وثيقة بحقوق المسنين من منظور إسلامي وإعلانها".

الموضوع الثامن والعشرون
القتل الرحيم بحق المسنين وتشجيعهم على إنهاء حياتهم، ومنعهم العناية الفائقة والدواء الباهظ(*)

التعريف:

تعالت أصوات بعض ذوي التوجهات المادية في إشكالية تزايد أعداد المسنين وابتلاعهم أكثر الخدمات المقدمة بالدعوة إلى قتلهم باعتبارهم قد أدوا دورهم، وأخذوا حظهم، وصاروا كالآلة التي انتهى عمرها الافتراضي، ونادوا بإعطاء هذا الحق للطبيب لإنقاذ المسن من: آلام المرض، أو من آلام نكران جميلهم، وإنقاذ أهله من: الإنفاق الباهظ عليه، أو من عبء صلته ووده.

وعلى الطبيب أن يرشدهم إلى أفضل وأسرع الوسائل في ذلك.

وطالبوا أيضا بحرمان المسنين من أجهزة العناية الفائقة والدواء الباهظ التكاليف لتوفيرها لمن يقدر على خدمة المجتمع من الشباب(١).

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع بصفة كاملة في ندوتها الثالثة عشرة بعنوان: "حقوق المسنين من منظور إسلامي" سنة ١٩٩٩م، وكان قد سبق أن تناولت موضوع "قتل الرحمة" في ندوتها الرابعة: "السياسة الصحية - الأخلاقيات والقيم" سنة ١٩٨٨م من خلال البحوث والمناقشات دون التوصيات التى انعدمت في هذه الندوة.

(١) بحوث ومناقشات ندوة حقوق المسنين سنة ١٩٩٩م.

مدارسة المنظمة للقضية واختيارها الفقهي: -

عالجت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية تلك المسائل في ندوة "حقوق المسنين" سنة ١٩٩٩م، كما سبق لها أن عالجت مسألة: "القتل الرحيم" في ندوتها الرابعة سنة ١٩٨٨م، وذلك من خلال البحوث الطبية والفقهية والمناقشات.

وكانت توصيات ندوة "حقوق المسنين" سنة ١٩٩٩م واضحة في تحريم القتل الرحيم والانتحار، وترك مسألة "العناية الفائقة والدواء الباهظ" إلى القدرة المالية وعدم وجود من هو أحوج إلى ذلك.

فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي: -

على الرغم من أن المنظمة بحثت هذا الموضوع في ندوة سابقة فقد أفردت له جلسة خاصة في هذه الندوة تحدث فيها الأساتذة: يوسف القرضاوي، ومحمد المختار السلامي، ومحمد المهدي التسخيري، وجون براينت، وجمال زكي.... كما خصص وقت سخي للمداخلات والنقاش. وذلك لأن الموضوع زادت الدعوة إليه في الغرب، وفي عالمنا الذي طوت الاتصالات أبعاده، والذي يتعرض فيه دارسونا في الغرب لتبشير ثقافي جديد، وتضم العمالة الطبية في بعض البلاد الإسلامية مزيدا من غير المؤمنين بالديانات السماوية أو الملتزمين بها.

وتؤكد الندوة من جديد أن موضوع القتل الرحيم مناف للإسلام مهما تغيرت أسماؤه (الموت بكرامة مثلا) أو تشكلت من تدخل طبي مباشر أو تهيئة الأمر من قبل الطبيب ليقتل المريض نفسه.

ويستوي في ذلك التدخل الإيجابي أو التدخل السلبي بحجب

العلاج عن المريض إن كان ذلك بنية قتله. حتى لو طلب المريض أو أهله ذلك.

على أن العلاج المقطوع بعدم جدواه ليس واجباً، فيمكن سحب الإجراءات العلاجية أو وقفها، على أن تبقى للمريض حقوقه الإنسانية العامة من الشرب والتغذية والتمريض والراحة من الألم.

الموضوع التاسع والعشرون
الاعتماد على المشروبات الكحولية والمخدرات (الإدمان)(*)

التعريف: -

أثبتت الدراسات الوراثية بما لايدع مجالا للشك: أن الاستعداد الوراثي على وجه الخصوص له دور رئيسي في زيادة استهلاك المشروبات الكحولية (الإدمان) على الرغم من أن العناصر الرئيسية للشرب الاجتماعي هي: البيئة الثقافية، والمهنة، والخبرات التربوية المبكرة. وأما فيما يتعلق بالاعتماد على العقاقير (المخدرات) فمع التسليم بالعناصر الاجتماعية إلا أن المتخصصين اختلفوا في العامل الأساسي لإدمانها على نظريتين:

النظرية الأولى: أن إدمان المخدرات يعتمد على المؤثر النفسي. فالشخصية الإدمانية هي الأساس عندما تحقق رغبتها في الهروب من الواقع، والبحث في عالم خيالي من المتعة.

(*) ورد هذا الموضوع ضمن مسائل الندوة الرابعة "ندوة السياسة الصحية - الأخلاقيات والقيم" سنة ١٩٨٨م - ولم تصدر هذه الندوة أية توصيات.
كما ورد هذا الموضوع ضمن مسائل مؤتمر ICAA سنة ١٩٩٧م الذى شاركت فيه المنظمة ببحوث عن الإدمان وأحكام المفترات، لكن بدون توصيات في أثر الإدمان على التصرفات والجنايات.

النظرية الثانية: أن إدمان المخدرات يعتمد على المؤثرات الأيضية (الاستقلابية - وهي التفاعلات الكيميائية في الخلايا البشرية نتيجة التمثيل الغذائي) فهناك استعداد عصبي يرتبط بتغير الاستجابة للمخدرات[١]؟

الرأي الفقهي واختيار المنظمة الإسلامية:

ورد في البحث الوحيد المقدم للندوة الرابعة "السياسة الصحية" سنة ١٩٨٨م في هذا الموضوع من الدكتور زكي حسن بعنوان: "الاعتماد على المشروبات الكحولية والمخدرات" ما يلي: -

ركز الإسلام على الكحول بصفة خاصة حيث إنه العقار الوحيد الذي يؤدي إلى الاعتياد والاعتمادية فيما عرف المجتمع الإسلامي الأول، ويتعين أن نأخذ هذا في اعتبارنا في استخدام المواد المخدرة في العالم الإسلامي، وقد تحقق بالتدريج تحريم الخمر[٢].

ولم تشمل المناقشات الواردة على هذا البحث أية تعليقات بخصوص أثر الإدمان على الحكم الشرعي.

وانتهت الندوة الرابعة للمنظمة بدون أية توصيات.

(١) بحث "الاعتماد على المشروبات الكحولية والمخدرات" للدكتور زكي حسن - باكستان - مطبوع في أعمال الندوة الرابعة سنة ١٩٨٨م ص ٥٨٨.

(٢) أعمال الندوة الرابعة ص ٥٩١.

الموضوع الثلاثون
الأحكام المتفرعة
على اكتشاف مرض الإيدز(*)

التعريف والتقسيم: -

من الأمراض المكتشفة حديثا: مرض الإيدز. ويطلق على المرحلة الأخيرة من مراحل العدوى بفيروس الإيدز، وهي تتصف بأعراض مرضية ظاهرة ترافقها أمراض الجراثيم الانتهازية والأورام الخبيثة، وذلك من جراء تدمير الفيروس لخلايا الجهاز المناعي التي تفتك بالجراثيم والخلايا السرطانية(١).

ويترتب على اكتشاف الإنسان إصابته بالإيدز كثير من الأحكام، نعرضها في المسائل التسع الآتية:

المسألة الأولى: التكييف الشرعي لمرض الإيدز

الرأي الطبي:

كلمة الإيدز مؤلفة من الأحرف الأولى بالإنجليزية لاسم مرض

(*) خصصت المنظمة لهذه الأحكام ندوتها السابعة بعنوان "رؤية إسلامية للمشاكل الاجتماعية لمرض الإيدز" سنة ١٩٩٣م بالكويت.

(١) معلومات أساسية حول مرض الإيدز، للدكتور محمد هيثم الخياط والدكتور محمد حلمي وهران - أعمال الندوة السابعة سنة ١٩٩٣م ص ٦٣.

خطير يدعى "متلازمة العوز المناعي المكتسب"، وهي متلازمة: لوجود مجموعة من الأعراض المرضية تتلازم وتتزامن لإحداثه، وهو مكتسب: لأنه يرد عن طريق العدوى، ويصيب الإنسان بالعوز أي النقص الشديد في عناصر المناعة التي خلقها الله في الإنسان بحيث يعجزه هذا النقص عن مجابهة سائر أنواع الجراثيم بما في ذلك تلك الجراثيم التي ليس من عادتها أن تحدث المرض في الإنسان، ولذلك تدعى الجراثيم الانتهازية.

بعد أن تتم العدوى بفيروس الإيدز فإنه يختفي بسرعة داخل بعض الخلايا ويندمج فيها ويأخذ في التكاثر تدريجيا وفي تدمير هذه الخلايا. والغالب أنه بظهور أعراض الإيدز يموت الشخص خلال فترة قصيرة لاتتعدى السنتين.

وتمر العدوى في الجسم بمراحل من أهمها مرحلة: الكمون، وتستغرق ما بين عدة أشهر وسنوات، وهي في الأطفال أقل من سنتين: قصيرة نسبيا، وفي البالغين: ما بين ٧: ١٠ سنوات، وتقصر هذه المدة بحدوث أمراض أخرى مصاحبة، أو سوء التغذية، أو الحمل في المرأة.

ومريض الإيدز قد يصاب في بعض مراحل المرض ببعض الاضطرابات العصبية التي قد تحدث الخرف. ويحدث خرف الإيدز هذا عادة فيما يقرب من ثلث مرضى الإيدز في مراحل متأخرة من المرض[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

اختارت المنظمة في ندوتها السابعة سنة ١٩٩٣م القول بأن مرض

(١) المرجع السابق ص ٦٠ - ٦٣،٦٩,

الإيدز كغيره من الأمراض المعدية إلا في مراحله الأخيرة، فجاء في توصيات تلك الندوة مايلي: -

"سابعا: لايعد الإيدز مرض موت شرعا إلا إذا اكتملت أعراضه، وأقعد المريض عن ممارسة الحياة العادية، واتصل بالموت".

المسألة الثانية: حكم عزل المريض بالإيدز

الرأي الطبي:

يقصد بالعزل: منع المريض من أن يكون مصدر عدوى الآخرين. وهذا أحد الأسس في مكافحة الأمراض المعدية بشكل عام.

وكثيرا ما يكون العزل لمصلحة المريض حماية له من أن يعديه الآخرون بأمراضهم، وهو في حالته المنهكة، أو لتقديم رعاية مركزة له[1].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته: -

اختارت المنظمة في ندوتها السابعة سنة ١٩٩٣م القول بعدم وجود ما يبرر عزل مريض الإيدز، فجاء في التوصيات ما يلي: -

"**أولا: عزل المريض:** تؤكد المعلومات الطبية المتوافرة حاليا أن العدوى بفيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) لاتحدث عن طريق المعايشة أو الملامسة أو التنفس أو الحشرات أو الاشتراك في الأكل أو الشرب أو المراحيض أو حمامات السباحة أو المقاعد أو أدوات الطعام أو غير ذلك من أوجه المعايشة في الحياة اليومية العادية، وإنما تنتقل العدوى بصورة رئيسية بإحدى الطرق التالية: -

(١) المرجع السابق ص ٦٤، ٦٥.

١ - الاتصال الجنسي بأي شكل كان.

٢ - نقل الدم الملوث أو مشتقاته.

٣ - استعمال المحاقن الملوثة ولاسيما بين متعاطي المخدرات.

٤ - الانتقال من الأم المصابة إلى طفلها.

بناء على ما تقدم: فإن عزل المصابين من التلاميذ أو العاملين أو غيرهم عن زملائهم الأصحاء ليس له ما يسوغه".

المسألة الثالثة: حكم تعمد نقل العدوى بمرض الإيدز

الرأي الطبي:

ليس في القوانين الوضعية العالمية عقوبة لمن يثبت أنه تعمد إعداء الآخرين بعد أن ثبتت إصابته بالعدوى أو بالمرض إلا في روسيا الاتحادية حيث يتعرض هذا المتعمد إلى الغرامة والسجن[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

اختارت المنظمة في ندوتها السابعة ١٩٩٣م القول بتحريم تعمد نقل عدوى الإيدز، وتدور العقوبة بين التعزير والقصاص وحد الحرابة، وذلك بحسب جسامة الفعل، فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي:

"**ثانيا**: تعمد نقل العدوى بمرض الإيدز إلى السليم منه بأية صورة من صور التعمد: عمل محرم ويعد من كبائر الذنوب والآثام، كما أنه يستوجب العقوبة الدنيوية، وتتفاوت هذه العقوبة بقدر جسامة الفعل وأثره على الأفراد وتأثيره على المجتمع.

فإن كان قصد المتعمد: إشاعة هذا المرض الخبيث في المجتمع

(١) المرجع السابق ص ٦٧.

فعمله هذا يعد نوعا من الحرابة والإفساد في الأرض، ويستوجب إحدى العقوبات المنصوص عليها في آية الحرابة: ﴿إِنَّمَا جَزَٰٓؤُاْ ٱلَّذِينَ يُحَارِبُونَ ٱللَّهَ وَرَسُولَهُۥ وَيَسۡعَوۡنَ فِي ٱلۡأَرۡضِ فَسَادًا أَن يُقَتَّلُوٓاْ أَوۡ يُصَلَّبُوٓاْ أَوۡ تُقَطَّعَ أَيۡدِيهِمۡ وَأَرۡجُلُهُم مِّنۡ خِلَٰفٍ أَوۡ يُنفَوۡاْ مِنَ ٱلۡأَرۡضِۚ﴾ [المائدة: ٣٣].

وإن كان قصده من تعمد نقل العدوى: إعداء شخص بعينه، وكانت طريقة الإعداء تصيب به غالباً، وانتقلت العدوى وأدت إلى قتل المنقول إليه يعاقب بالقتل قصاصا.

وإن كان قصده من تعمد نقل العدوى: إعداء شخص بعينه وتمت العدوى ولم يمت المنقول إليه بعد: عوقب المتعمد بالعقوبة التعزيرية المناسبة، وعند حدوث الوفاة يكون من حق الورثة الدية.

وأما إذا كان قصده من تعمد نقل العدوى: إعداء شخص بعينه ولكنه لم تنتقل إليه العدوى: فإنه يعاقب عقوبة تعزيرية".

المسألة الرابعة: حكم إجهاض الأم المصابة بعدوى الإيدز

الرأي الطبي:

لم يتمكن العلماء حتى الآن من معرفة إصابة الجنين وهو في داخل الرحم، وقد أثبتت بعض الدراسات أن نسبة انتقال العدوى إلى الجنين في أثناء الحمل لا تتجاوز عشرة بالمائة، ويعتقد أن هذه النسبة لاتحدث إلا في الأشهر الأخيرة من الحمل.

لكن إذا توصل العلم إلى تشخيص إصابة الجنين باكراً فقد يكون هناك مسوغ لإجهاضه في ضوء أحكام الشرع لعدم التوصل إلى علاج له حتى الآن.

وقد ينصح طبيب بالإجهاض لمصلحة الأم؛ لأن حملها من أسباب تقصير مرحلة الكمون لهذا المرض، ويسرع في ظهوره[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

اختارت المنظمة القول بالمبدأ العام: تحريم الإجهاض خاصة بعد نفخ الروح إلا في حال الضرورة الطبية القصوى، فجاء في توصيات الندوة السابعة سنة ١٩٩٣م ما يلي: -

"**ثالثا: إجهاض الأم المصابة بعدوى الإيدز**: كانت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية قد عقدت ندوة حول "الإنجاب في ضوء الإسلام" سنة ١٩٨٣م وتوصلت في موضوع حكم الإجهاض إلى ما يلي: -

"أن الجنين حي من بداية الحمل، وأن حياته محترمة في كافة أدوارها، خاصة بعد نفخ الروح، وأنه لا يجوز العدوان عليها بالإسقاط إلا للضرورة الطبية القصوى. وخالف بعض المشاركين فرأى جوازه قبل تمام الأربعين يوما، وخاصة عند وجود الأعذار.

وترى الندوة: أن هذا الحكم ينطبق على الأم الحامل المصابة بعدوى الإيدز".

المسألة الخامسة: حكم حضانة الأم المصابة بالإيدز لوليدها وإرضاعه:

الرأي الطبي:

انتقال فيروس الإيدز بلبن الأم لم يثبت إلا في حالات ضئيلة جداً في العالم كله حتى الآن، وحيث إن العدوى لاتتم عن طريق الجهاز

(١) المرجع السابق ص ٦٦.

الهضمي فإنه يظن في الحالات النادرة التي ينتقل فيها مرض الإيدز بالرضاع أن المص الذي يمارسه الرضيع مع ما يرافقه من ضغط شديد على الغشاء المخاطي الرقيق في فمه قد يؤدي إلى انتقال العدوى إذا كانت حلمة الثدي متشققة دامية[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

اختارت المنظمة في ندوتها السابعة سنة ١٩٩٣م القول بأحقية الأم ولو كانت مصابة بعدوى الإيدز في حضانة ولدها، فقد جاء في توصيات تلك الندوة ما يلي: -

"أ - لما كانت المعطيات الطبية الحالية تدل على أنه ليس هناك خطر مؤكد من حضانة الأم المصابة بعدوى الإيدز لوليدها السليم شأنها في ذلك شأن المخالطة والمعايشة العادية، فترى الندوة: أنه لامانع شرعا من أن تقوم الأم بحضانته.

ب - لما كان احتمال عدوى الطفل السليم من أمه المصابة بعدوى الإيدز أثناء الرضاعة نادراً جدا، وإن كان ذلك وارداً بسبب ما يحتويه لبن الأم من فيروس، أو ما يتسرب إلى فم الرضيع من دم الأم بسبب تشقق الحلمة، فللأم أن ترضع طفلها؛ لما في الإرضاع من المزايا العديدة، وعليها أن تتخذ من الوسائل ما يخفف احتمال عدوى رضيعها. ويجوز لها أن تمتنع عن إرضاعه إذا أمكن أن توجد للرضيع مرضعة ترضعه، أو أن تتوافر له من بدائل لبن الأم تغذية كافية ".

---

(١) المرجع السابق ص ٦٢، ٦٥.

المسألة السادسة: حق السليم من الزوجين في طلب الفرقة من الزوج المصاب بالإيدز

الرأي الطبي:

احتمالات انتقال العدوى من الزوج المريض إلى الزوج السليم واردة، خاصة في حال عدم استعمال العازل الذكري. وانتقال المرض من الذكر إلى الأنثى أكبر بكثير من احتمالات انتقاله من الأنثى إلى الذكر.

هذا، ويلاحظ ثلاثة أمور تفيد في بيان الحكم الشرعي: -

الأمر الأول: ضعف القدرة الجنسية عند الزوج المصاب.

الأمر الثاني: احتمال أن يولد أطفال مصابون بإصابة أحد الوالدين.

الأمر الثالث: أن استخدام العازل الذكري استخداما صحيحا مع عدم إصابة الزوج بأمراض تناسلية أخرى يجعلان احتمال انتقال العدوى إلى الزوجة يكاد يكون معدوما[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وحيثياته:

اختارت المنظمة في ندوتها السابعة سنة ١٩٩٣م القول بجواز طلب السليم الفرقة من زوجه المريض لمآل هذا المرض إلى الوفاة، فجاء في توصيات الندوة ما يلي: -

"**خامسا**: حق السليم من الزوجين في طلب الفرقة من الزوج المصاب بعدوى الإيدز:

---

(١) المرجع السابق ص ٦٥، ٧٠.

ترى الندوة: أن لكل من الزوجين طلب الفرقة من الزوج المصاب بعدوى الإيدز باعتبار أن الإيدز مرض معد تنتقل عدواه بصورة رئيسية بالاتصال الجنسي".

المسألة السابعة: حق المعاشرة الزوجية عند مرضى الإيدز

الرأي الطبي: -

دلت التجارب على أن استعمال العازل الذكري بالصورة المناسبة يقلل احتمالات العدوى إلى درجة كبيرة.

ويذكر أن درجة احتمالات العدوى من جماع واحد لاتتعدى نصف بالمائة، أي مرة كل مائتي مرة، إلا إذا كان أحد الطرفين مصابا بمرض تناسلي آخر فتصل نسبة احتمال العدوى إلى اثنين بالمائة[1].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

اختارت المنظمة في ندوتها السابعة سنة ١٩٩٣م القول بحق الزوج السليم أن يمتنع عن الممارسة الجنسية مع زوجه المريض، فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي:

"**سادساً**: حق المعاشرة الجنسية: إذا كان أحد الزوجين مصابا بالإيدز فإن لغير المصاب منهما أن يمتنع عن المعاشرة الجنسية، لما سبق ذكره من أن الاتصال الجنسي هو الطريق الرئيسي لنقل العدوى.

أما إذا رضي الزوج السليم بالمعاشرة الجنسية فإن الاحتياط يستوجب استعمال العازل الذكري الذي يقلل من احتمالات العدوى والحمل إذا أحسن استعماله".

---

(١) المرجع السابق ص ٦٥.

المسالة الثامنة: حق المصاب بعدوى الإيدز

الرأي الطبي: -

ليس حتما أن يكون المصاب بالإيدز قد مارس الجنس، فمن المصابين من تنتقل إليه العدوى بنقل الدم الملوث. والمصاب بالإيدز لايعدى زملاءه في العمل أو سائر من يتعامل معهم في ممارسات الحياة العادية إلا في حالات محدودة جدا ترجع إلى مخالطة الدم بالجروح أو غيرها.

ذلك أن عدوى الإيدز لاتتم عن طريق الحشرات أو لمس العرق أو البول أو تناول اللعاب والطعام واستعمال أدواته وكل ما يتعلق بالجهاز الهضمي[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

اختارت المنظمة في ندوتها السابعة سنة ١٩٩٣م القول بأن يعامل المريض بالإيدز في المجتمع بمثل ما يعامل غيره، ويزيد بحقه في العلاج، فجاء في التوصيات العامة لتلك الندوة ما يلي: -

"من حق المصاب بعدوى الإيدز أن يحصل على العلاج والرعاية الصحية اللذين تتطلبهما حالته الصحية، مهما كانت طريقة إصابته بالعدوى.

وعليه أن يعلم طبيبه بإصابته حرصا عليه وعلى مراجعيه من احتمال انتقال العدوى إليهم. وعلى الطبيب أن يلتزم بعلاجه متخذاً من الاحتياطات ما يقي به نفسه وغيره.

ويجب توعية المصاب بعدوى الإيدز بكيفية الحفاظ على حالته

(١) المرجع السابق ص ٦٢، ٦٨.

من مزيد من التدهور، و كف العدوى عن الآخرين، ولا يجوز أن يظلم أو يخذل أو يلمز بسبب مرضه".

المسألة التاسعة: الوقاية من عدوى الإيدز

الرأي الطبي:

نظرا لعدم وجود علاجات شافية ولا لقاحات واقية من عدوى مرض الإيدز حتى الآن؛ لذلك فإن الوقاية منه لا تكون إلا بتجنب أسبابه، وهي نوعان:

أسباب رئيسية، وتكون بالاتصال الجنسي، ونقل الدم ومشتقاته، ونقل العدوى من الأم إلى الجنين التي تحدث غالبا أثناء الولادة من جراء تلوث الجنين بالمفرزات التناسلية المعدية.

أسباب غير رئيسية، وتكون في حالات معدودة جداً عن طريق لبن الأم[1].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

اختارت الندوة السابعة سنة ١٩٩٣م القول بحسن التربية وتوجيه النصح لتجنب الإصابة بعدوى الإيدز، فجاء في توصيات تلك الندوة العامة ما يلي: -

"١- على الجهات الرسمية والشعبية العمل على توعية أفراد المجتمع بخطورة مرض الإيدز، وكيفية انتقال عدواه، وسبل الوقاية منه، ولاسيما التمسك بالعفة، والحث على الفضيلة.

٢ - ينبغي إدخال التربية الإسلامية في المناهج المدرسية لجميع

(١) المرجع السابق ص ٦١، ٦٢.

المستويات التعليمية، بحيث تتكامل مع المناهج الدراسية الأخرى في سبيل بناء شخصية الفرد بما يحقق مصلحة الأفراد والمجتمع ويضمن الوقاية من هذا البلاء.

٣ - من أجل حماية الشباب من الانحراف الجنسي: ينبغي تشجيع الزواج المبكر، وإزالة العقبات التي تسبب تأخير سن الزواج".

الموضوع الحادي والثلاثون
الترقيع الجلدي(*)

التعريف:

يستعمل الترقيع الجلدي لعلاج التشوهات الناتجة عن الحوادث والحروق والعمليات الجراحية التي ينتج عنها استئصال جزء من الجلد.

والترقيع الجلدي: عملية يتم فيها نقل الجلد من منطقة سليمة ووضعه على منطقة مصابة، ويستطيع الجسم تغذية الرقعة الجلدية بالدم بعد تكوين شبكة من الأوعية الدموية والشعيرات الدموية الدقيقة.

وقد يكون الجلد المنقول من مكان سليم للمريض نفسه، أو من إنسان آخر، أو من حيوان(١).

ويمكن زراعة خلايا الجلد عن طريق أخذ جزء يسير من جلد المصاب والقيام بزرعه باستعمال مواد تغذية وكيميائية وحافظة متدرجة، وقد يستغرق استكمال هذه العملية حوالي أسبوعين يمكن في آخرهما حصاد كمية تصل إلى ٧٥ سم^{٢}، وهذه الطريقة الحديثة جدا لم يشع استعمالها لتكاليفها الباهظة والحاجة إلى تدريب غير متوفر في معظم المراكز(٢).

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها الثامنة "رؤية إسلامية لبعض المشاكل الصحية" سنة ١٩٩٥.

(١) الترقيع الجلدي للدكتور عبد الرضا لاري - أعمال الندوة الثامنة ص ٧٣ - ٧٩.

(٢) بنوك الجلود البشرية للدكتور صلاح عبد الغني - أعمال الندوة الثامنة ص ٨٥ - ٨٦.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

أجازت المنظمة في ندوتها الثامنة سنة ١٩٩٥م عمليات الترقيع الجلدي بشروط مشروعية زراعة الأعضاء البشرية، حيث جاء في توصيات تلك الندوة ما يلي: -

" أولا: الترقيع الجلدي:

١ - للآدمي، مسلما وغير مسلم، حرمة ذاتية. وتكريم الآدمي والحفاظ على حرمته مقصد من مقاصد الشريعة، لذا فإن عمليات الترقيع الجلدي جائزة بشروط، سيأتي بيانها، لاتتنافى مع هذا المقصد بل تحققه وترسخه.

٢ - الجلد عضو حي ينطبق عليه من حيث النقل ما ينطبق على نقل الأعضاء وزرعها طبقا لما قررته المجامع الفقهية.

٣ - عمليات الترقيع الجلدي برقعة من مصدر آدمي ضرورة شرعية تخضع في أحكامها للشروط العامة للضرورة.

٤ - الرقعة الجلدية المأخوذة من مصدر آدمي؛ ذاتية (من الشخص لنفسه)، أو مثلية (من آدمي حي أو ميت لآدمي) طاهرة شرعا.

٥ - يتوقف جواز عمليات الترقيع الجلدي برقعة من مصدر آدمي على توافر الشروط التالية: -

أ - أن يكون الترقيع الجلدي هو الوسيلة الطبية الوحيدة الممكنة لعلاج المريض.

ب - ألا يتسبب نزع الجلد، في حالة التبرع من الحي في ضرر يماثل ضرر المتبرع له أو يفوقه.

ج - أن يبلغ نجاح عملية الترقيع حد غلبة الظن.

د - أن يكون الحصول على الجلد الآدمي عن غير طريق البيع

أو الإكراه أو التغرير، ولا مانع من بذل المال من قبل المحتاج من أجل الحصول على الجلد اللازم إذا لم يجد متبرعا.

٦ - الرقع الجلدية المأخوذة من حيوان مأكول مذكى مصدر يبيحه الشرع.

٧ - الرقع الجلدية المأخوذة من الميتة أو من حيوان حي، نجسة لا يجوز استخدامها إلا عند الضرورة.

٨ - الرقع الجلدية المأخوذة من الخنزير لايجوز استخدامها إلا عند عدم وجود البديل الجائز شرعا وعند الضرورة".

الموضوع الثاني والثلاثون
بنوك الجلد الآدمي(*)

التعريف:-

أفضى نجاح عمليات الترقيع الجلدي إلى ظهور الحاجة إلى إنشاء بنوك للجلد يتم فيها تخزين وحفظ الجلد بأنواعه المختلفة لحين الحاجة إلى استعماله في الأغراض الطبية، كما هو الحال في بنوك الدم. ويتم حفظ الجلد في البنوك بثلاث طرق:-

التبريد بالثلاجة في درجة ٤ فوق الصفر، وفي هذه الحال يمكن حفظ الجلد لمدة ثلاثة أسابيع.

التجميد: وأحدث طرقه عن طريق النيتروجين السائل، وفي هذه الحال يمكن حفظ الجلد لمدة قد تصل إلى ستة أشهر أو أكثر اعتمادا على درجة التجميد، والدرجة المعتادة هي ٩٠ درجة مئوية تحت الصفر.

التجميد المجفف: ويكون بحفظ الجلد على هيئة بودرة لمدة تصل إلى ١٨ شهرا في درجة حرارة الغرفة، ويمكن إعادة تسييلها بخلطها بمحلول الملح الطبيعي، واستعمالها على الأجزاء المصابة(١).

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها الثامنة: "بعض المشاكل الصحية" سنة ١٩٩٥م. مع بيان حكم الترقيع الجلدي.

(١) بنوك الجلود البشرية للدكتور/ صلاح عبد الغني - أعمال الندوة الثامنة ص ٨٣-٩٩، ١٠٠.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:-

أجازت المنظمة إنشاء بنوك للجلد الآدمي، بشروط وضوابط شرعية، فقد جاء في توصيات الندوة الثامنة ضمن موضوع الترقيع الجلدي ما يلي:-

يجوز إنشاء بنك لحفظ الجلد الآدمي مع مراعاة ما يلي:-

أ - أن يكون البنك بيد الدولة، أو هيئة مؤتمنة تحت إشراف الدولة.

ب - أن يكون الاختزان للجلود الآدمية على قدر الحاجة الواقعية والمتوقعة.

جـ - أن تحترم قطع الجلد التي يستغنى عنها فتدفن، ولا تلقى مع الفضلات.

الموضوع الثالث والثلاثون
المواد الإضافية المحرمة والنجسة
في صناعة الغذاء والدواء(*)

التعريف والتقسيم: -

من الحقائق المؤسفة - في هذا العصر - أن الدول العربية والإسلامية تعتمد في غذائها ودوائها على الاستيراد من الدول غير الإسلامية، ومن الحقائق المسلمة تنامي أعداد الجاليات الإسلامية في الدول غير الإسلامية، والتي قد لا تراعي الحد الأدنى من المواصفات الواجب اتباعها في الغذاء أو الدواء الإسلامي.

هذا، وأصبحت الكيمياء حاليا عنصرا لا يتجزأ من عناصر صناعة الدواء والغذاء بل والملبس والمسكن، فقد استطاعت الهندسة الوراثية أن تزيد من عطاء الثدييات للمواد البروتينية والدهنية إلا أنه - وللأسف- لم يستجب لهذه التجارب حتى الآن سوى الخنزير الذي تضاعف وزنه بشكل كبير جدا، وأصبح لدى الدول الأوروبية كميات

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع مرتين: -
المرة الأولى: - ضمن موضوعات ندوتها الثامنة "رؤية إسلامية لبعض المشاكل الصحية" سنة ١٩٩٥م بالكويت.
المرة الثانية: - ضمن موضوعات ندوتها العاشرة "رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة" سنة ١٩٩٧م بالمغرب.

كبيرة من دهونه، فاستخلصته، وبدأ تحوله إلى مواد حافظة أو مكسبه للطعم، أو غير ذلك.

كل هذا وغيره كثير من إدخال المواد المحرمة أو النجسة في الغذاء والدواء.[١] وقد قسمت المنظمة دراسة هذا الموضوع إلى قسمين، كما يلي بإذن الله تعالى:-

القسم الأول: إضافة المواد المحرمة والنجسة في الغذاء والدواء بغير استحالة أو استهلاك

التعريف:-

الاستحالة في اللغة: تعني التغيير، وفي اصطلاح الفقهاء: تطلق على تغيير حقيقة الشيء وتبدل صورته التي كان عليها إلى صورة أخرى، والزوال عن الشيء إلى غيره.

وقد يستعمل الفقهاء في التعبير عن الاستحالة لفظ: الاستهلاك؛ لأن بعض صور الاستحالة تقع عن طريق زوال مادة في مادة أخرى حتى تصبح المادة الأولى مستهلكة في الثانية[٢].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:-

اتجهت المنظمة في بيان حكم تلك الإضافة للمواد المحرمة والنجسة دون استهلاك أو استحالة إلى الغذاء والدواء في ثلاثة محاور، كما يلي:-

---

(١) المواد النجسة والمحرمة في الغذاء والدواء للدكتور أحمد رجائي الجندي - أعمال الندوة الثامنة ص ٤٢٠-٤٢.

(٢) كشف الأسرار للبزدوي ٢/ ٢٣٦٤ الإحكام للآمدي ١/ ١٩١ - نقلا عن بحث: "الاستحالة وضوابطها وآثارها" للدكتور عبد الستار أبو غدة - أعمال الندوة العاشرة ص ٢٣٨.

المحور الأول: - وضع مبدأ عام لبيان أوجه رفع الحرج في الشريعة.

فجاء في توصيات الندوة الثامنة التي أكدتها الندوة العاشرة ما يلي: -

"يجب على كل مسلم الالتزام بأحكام الشريعة الإسلامية، وخاصة في مجال الغذاء والدواء، وذلك محقق لطيب مطعمه ومشربه وعلاجه. وأن من رحمة الله بعباده وتيسير سبل الاتباع لشرعه: مراعاة حال الضرورة والحاجة التي تضمنتها مبادئ شرعية مقررة منها: أن الضرورات تبيح المحظورات، وأن الحاجة تنزل منزلة الضرورة ما دامت متعينة، وأن الأصل في الأشياء الإباحة ما لم يقم دليل معتبر على الحرمة، كما أن الأصل في الأشياء كلها الطهارة ما لم يقم دليل معتبر على النجاسة. ولا يعتبر تحريم أكل الشيء أو شربه حكما بنجاسته شرعا".

المحور الثاني: - بيان حكم إضافة كل من "الكحول والخمر وشحم الخنزير دون استحالة أو استهلاك.

وفي هذا المسار اختارت المنظمة إفراد كل صورة بحكمها دون جمعها تحت ضابط واحد، وأبين فيما يلي تلك الصور واختيارات المنظمة الفقهية: -

أولا: استخدام الكحول كمطهر للجلد أو المضاف للروائح والكريمات: -

جاء في توصيات الندوة الثامنة التي أكدتها توصيات الندوة العاشرة ما يلي: -

مادة الكحول غير نجسة شرعا - بناء على ما سبق تقريره من أن

الأصل في الأشياء الطهارة - سواء أكان الكحول صرفا أم مخففا بالماء، ترجيحا للقول بأن نجاسة الخمر وسائر المسكرات معنوية غير حسية.

وعليه: فلا حرج شرعا من استخدام الكحول طبيا كمطهر للجلد والجروح والأدوات وقاتل للجراثيم، أو استعمال الروائح العطرية (ماء الكولونيا) التي يستخدم الكحول فيها باعتباره مذيبا للمواد العطرية الطيارة، أو استخدام الكريمات التي يدخل الكحول فيها. ولا ينطبق ذلك على الخمر لحرمة الانتفاع به "

ثانيا: استخدام الكحول في تصنيع الدواء:-

جاء في توصيات الندوة الثامنة التي أكدتها الندوة العاشرة ما يلي:-

"لما كان الكحول مادة مسكرة فيحرم تناولها، وريثما يتحقق ما يتطلع إليه المسلمون من تصنيع أدوية لا يدخل الكحول في تركيبها، ولا سيما أدوية الأطفال والحوامل، فإنه: لا مانع شرعا من تناول الأدوية التي تصنع حاليا ويدخل في تركيبها نسبة ضئيلة من الكحول لغرض الحفظ أو إذابة بعض المواد الدوائية التي لا تذوب في الماء مع عدم استعمال الكحول فيها مهدئا، وهذا حيث لا يتوافر بديل عن تلك الأدوية".

ثالثا: المواد الغذائية التي تحتوي على نسبة من الخمور:-

جاء في توصيات الندوة الثامنة التي أكدتها الندوة العاشرة ما يلي:-

"لا يجوز تناول المواد الغذائية التي تحتوي على نسبة من الخمور مهما تكن ضئيلة، ولا سيما الشائعة في البلاد الغربية، كبعض

الشيكولاته وبعض أنواع المثلجات " الأيس كريم، الجيلاتي، البوظة " وبعض المشروبات الغازية، اعتبارا للأصل الشرعي في أن ما أسكر كثيره فقليله حرام، ولعدم قيام موجب شرعي استثنائي للترخيص بها" .

رابعا: المواد الغذائية التي يستعمل في تصنيعها نسبة ضئيلة من الكحول لإذابة الملونات والحافظات:-

جاء في توصيات الندوة الثامنة التي أكدتها الندوة العاشرة ما يلي:-

"المواد الغذائية التي يستعمل في تصنيعها نسبة ضئيلة من الكحول لإذابة بعض المواد التي لا تذوب بالماء من ملونات وحافظات وما إلى ذلك: يجوز تناولها؛ لعموم البلوى، ولتبخر معظم الكحول المضاف في أثناء تصنيع الغذاء"

خامسا:- المواد الغذائية التي يدخل شحم الخنزير في تركيبها دون استحالة عينه.

جاء في توصيات الندوة الثامنة التي أكدتها الندوة العاشرة ما يلي:-

"المواد الغذائية التي يدخل شحم الخنزير في تركيبها دون استحالة عينه مثل: بعض الأجبان، وبعض أنواع الزيت والدهن والسمن والزبد وبعض أنواع البسكويت والشيكولاته والآيس كريم: هي محرمة ولا يحل أكلها مطلقا؛ اعتبارا لإجماع أهل العلم على نجاسة الخنزير وعدم حل أكله، ولانتفاء الاضطرار إلى تناول هذه المواد " .

سادسا: الدواء الذي يدخل شحم الخنزير في تركيبه دون استحالة عينه: -

جاء في توصيات الندوة الثامنة التي أكدتها الندوة العاشرة ما يلي: -

"الأنسولين الخنزيري المنشأ يباح لمرضى السكري التداوي به، للضرورة بضوابطها الشرعية"

وجاء في توصيات الندوة العاشرة ما يلي: - "استعمال الصمامات القلبية المأخوذة من الخنزير جائز شرعا، للحاجة".

المحور الثالث: بيان حكم المخدرات والمفترات:.

اختارت المنظمة القول بتحريمها إلا للأغراض العلاجية، باعتبارها طاهرة العين، فجاء في توصيات الندوة الثامنة ما يلي: -

"**المواد المخدرة:** محرمة لا يحل تناولها إلا لغرض المعالجة الطبية المتعينة، وبالمقادير التي يحددها الأطباء، وهي طاهرة العين. ولا حرج في استعمال جوزة الطيب في إصلاح نكهة الطعام بمقادير قليلة لا تؤدي إلى التفتير أو التخدير.

وتوصي الندوة بضرورة عقد ندوة خاصة عن التدخين، نظرا لخطورته على المجتمع".

القسم الثاني: إضافة المواد المحرمة والنجسة في الغذاء والدواء مع استحالتها أو استهلاكها.

اختارت المنظمة القول بحل الغذاء أو الدواء الذي دخل في تصنيعه مواد محرمة أو نجسة استحالت أو استهلكت في التصنيع.

وكان هذا الاختيار في الندوة الثامنة، ثم أكدته مع مزيد من التفصيل في الندوة التاسعة.

فجاء في توصيات الندوة الثامنة ما يلي:-

" الاستحالة التي تعني: انقلاب العين إلى عين أخرى تغايرها في صفاتها تحول المواد النجسة أو المتنجسة إلى مواد طاهرة، وتحول المواد المحرمة إلى مواد مباحة شرعا. ".

وبناء على ذلك:-

أ - الجيلاتين المتكون من استحالة عظم الحيوان النجس وجلده وأوتاره: طاهر، وأكله حلال.

ب - الصابون الذي ينتج من استحالة شحم الخنزير أو الميتة يصير طاهرا بتلك الاستحالة، ويجوز استعماله.

ج - الجبن المنعقد بفعل إنفحة ميتة الحيوان المأكول اللحم: طاهر ويجوز تناوله.

د - المراهم والكريمات ومواد التجميل التي يدخل في تركيبها شحم الخنزير: نجسة، ولا يجوز استعمالها إلا إذا تحققت فيها استحالة الشحم وانقلاب عينه".

وجاء في توصيات الندوة العاشرة ما يلي:-

"تؤكد الندوة على جميع التوصيات التي وردت في الندوة الثامنة في البند ثانيا المتعلق بالمواد المحرمة والنجسة في الغذاء والدواء، واستكمالا لما سبقت دراسته في الندوة السابقة: فإن هذه الندوة ناقشت الجوانب الطبية والفقهية المتعلقة بهذا الموضوع، وخلصت إلى أن المواد الإضافية في الغذاء والدواء التي لها أصل نجس أو محرم تنقلب إلى مواد مباحة شرعا بإحدى طريقتين:-

الاستحالة: -

ويقصد بالاستحالة في الاصطلاح الفقهي: "تغير حقيقة المادة النجسة أو المحرم تناولها وانقلاب عينها إلى مادة أخرى مباينة لها في الإسم والخصائص والصفات، أو يعبر عنها في المصطلح العلمي الشائع بأنها: كل تفاعل كيميائي يحول المادة إلى مركب، آخر كتحويل الزيوت والشحوم على اختلاف مصادرها إلى صابون، وتحلل المادة إلى مكوناتها المختلفة كتفكيك الزيوت والدهون إلى حموض دسمة وغليسرين، وكما يحصل التفاعل الكيميائي بالقصد إليه بالوسائل العلمية الفنية يحصل أيضا - بصورة غير منظورة - في الصور التي أوردها الفقهاء على سبيل المثال: كالتخلل والدباغة والإحراق، وبناء على ذلك تعتبر: -

- المركبات الإضافية ذات المنشأ الحيواني المحرم أو النجس التي تتحقق فيها الاستحالة كما سبقت الإشارة إليها، تعتبر طاهرة حلال التناول في الغذاء والدواء.

- المركبات الكيميائية المستخرجة من أصول نجسة أو محرمة كالدم المسفوح أو مياه المجاري والتي لم تتحقق فيها الاستحالة بالمصطلح المشار إليه، لا يجوز استخدامها في الغذاء والدواء مثل: الأغذية التي يضاف إليها الدم المسفوح كالنقانق المحشوة بالدم، والعصائد المدماة (البودينغ الأسود) والهامبرجر المدمى وأغذية الأطفال المحتوية على الدم وعجائن الدم والحساء بالدم ونحوها تعتبر طعاما نجسا محرم الأكل لاحتوائها على الدم المسفوح الذي لم تتحقق به الاستحالة. أما بلازما الدم - التي تعتبر بديلا رخيصا لزلال البيض - وقد تستخدم في الفطائر والحساء والنقانق والهامبرجر وصنوف المعجنات كالكعك والبسكويت والعصائد (بودينغ) والخبز ومشتقات الألبان وأدوية الأطفال وأغذيتهم، والتي قد تضاف إلى

الدقيق. فقد رأت الندوة أنها مادة مباينة للدم في الاسم والخصائص والصفات فليس لها حكم الدم وإن رأى بعض الحاضرين خلاف ذلك.

ب: الاستهلاك:

ويكون ذلك بامتزاج مادة محرمة أو نجسة في مادة أخرى طاهرة حلال غالبة، مما يذهب عنها صفة النجاسة والحرمة شرعا إذا زالت صفات ذلك المخالط المغلوب من الطعم واللون والرائحة، حيث يصير المغلوب مستهلكا بالغالب ويكون الحكم للغالب، ومثال ذلك:

١ - المركبات الإضافية التي يستعمل من محلولها في الكحول كمية قليلة جدا في الغذاء والدواء، كالملونات والحافظات والمستحلبات ومضادات الأكسدة.

٢ - الليستين والكوليسترول المستخرجان من أصول نجسة بدون استحالة يجوز استخدامها في الغذاء والدواء بمقادير قليلة جدا مستهلكة في المخالط الغالب الحلال الطاهر.

٣ - الإنزيمات الخنزيرية المنشأ كالببسين وسائر الخمائر الهاضمة ونحوها المستخدمة بكميات زهيدة مستهلكة في الغذاء والدواء الغالب.

وترى الندوة ما يلي:-

١ - أن المذيبات الصناعية، والمواد الحاملة والدافعة للمادة الفعالة في العبوات المضغوطة إذا استخدمت وسيلة لغرض أو منفعة مشروعة: جائز شرعا. أما استعمالها من أجل الحصول على تأثيرها المخدر أو المهلوس باستنشاقها: فهو حرام شرعا، اعتبارا للمقاصد ومآلات الأفعال.

٢ - لا حرج شرعا في استخدام الذهب في مجال الأشياء التعويضية

السنية (مثل تلبيس الأضراس والأسنان وشد بعضها ببعض، ونحو ذلك) لغرض المعالجة الطبية للرجال. أما إذا استعمل لغرض الزينة فقط فإنه يأخذ حكم لبس الرجال للذهب للزينة، وهو محظور شرعا.

٣ - الأصل الشرعي حرمة لبس الحرير الطبيعي على الرجال، ويستثنى من ذلك لبسه لغرض المعالجة الطبية كأمراض الحساسية والجرب والحكة وما شابه ذلك، فإنه سائغ شرعا.

٤ - استعمال الصمامات القلبية المأخوذة من الخنزير: جائز شرعا، للحاجة. " .

الموضوع الرابع والثلاثون
حكم مفطرات الصيام بالاستعمالات الطبية المعاصرة غير الأكل والشرب(*)

التعريف: -

ذكر الله تعالى ما يفطر الصائم - وهو الأكل والشرب والجماع - فقال سبحانه: ﴿فَٱلْـَٰٔنَ بَـٰشِرُوهُنَّ وَٱبْتَغُوا۟ مَا كَتَبَ ٱللَّهُ لَكُمْ ۚ وَكُلُوا۟ وَٱشْرَبُوا۟ حَتَّىٰ يَتَبَيَّنَ لَكُمُ ٱلْخَيْطُ ٱلْأَبْيَضُ مِنَ ٱلْخَيْطِ ٱلْأَسْوَدِ مِنَ ٱلْفَجْرِ ۖ ثُمَّ أَتِمُّوا۟ ٱلصِّيَامَ إِلَى ٱلَّيْلِ ۚ﴾ (البقرة ١٨٧)، كما ورد في الحديث القدسي الذي أخرجه الشيخان عن أبي هريرة: "يترك طعامه وشرابه من أجلي"، وفي رواية: "طعامه وشهوته".

وقد ثار الخلاف الفقهي في حكم المفطرات بغير الأكل والشرب والجماع، وذلك بين مضيق وموسع.

ومع حاجة الناس بعد التقدم الطبي المعاصر إلى استعمالات معينة ثار حولها الجدل كان لابد من مدارستها في المجامع الفقهية.

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها التاسعة سنة ١٩٩٧م. المنعقدة بالمغرب بعنوان: "رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة".

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:-

اختارت المنظمة القول بأن المفطر للصائم غير الجماع هو: كل ما جاوز الحلق، وكان طبق عليه اسم الأكل أو الشرب كما وكيفا. وبناء عليه فلا يعد من المفطرات تلك الاستعمالات الطبية الخارجة عن ذلك.

فجاء في توصيات الندوة التاسعة سنة ١٩٩٧م. ما يلي:-

"**ثالثا: المفطرات:**

المفطرات في كتاب الله عز وجل، وفي السنة الصحيحة ثلاثة، هي: الأكل والشرب والجماع، فكل ما جاوز الحلق وكان ينطبق عليه اسم الأكل أو الشرب، كما وكيفا يعد مفطرا. وبناء على ذلك اتفق المجتمعون على أن الأمور الآتية لا تعتبر من المفطرات:

١ - قطرة العين أو الأذن أو غسول الأذن

٢ - قرص النيتروغليسرين ونحوه الذي يوضع تحت اللسان لعلاج الذبحة الصدرية.

٣ - ما يدخل المهبل من فراز أو بيوض دوائية مهبلية أو غسول أو منظار مهبلي أو إصبع طبيب أو قابلة أو فاحصة.

٤ - ما يدخل الإحليل - إحليل الذكر والأنثى - أي مجرى البول الظاهر من قسطرة أو منظار أو مادة ظليلة على الأشعة أو دواء أو محلول لغسل المثانة.

٥ - حفر السن أو قلع الضرس أو تنظيف الأسنان أو السواك وفرشاة الأسنان، على أن يتجنب الابتلاع.

٦ - الحقن الجلدية أو العضلية أو المفصلية أو الوريدية باستثناء السوائل الوريدية المغذية.

٧ - التبرع بالدم وتلقي الدم المنقول.

٨ - غاز الأكسجين وغازات التخدير.

٩ - ما يدخل الجسم امتصاصا من الجلد كالدهونات والمروخات واللصقات الجلدية المحملة بالمواد الدوائية أو الكيميائية.

١٠ - أخذ عينة من الدم للفحص المختبري.

١١ - إدخال قسطرة في الشرايين لتصوير أوعية القلب أو غيره من الأعضاء.

١٢ - إدخال منظار من خلال جدار البطن لفحص الأحشاء أو إجراء عملية جراحية عليها.

١٣ - المضمضة والغرغرة وبخاخ العلاج الموضعي للفم على أن يتجنب الابتلاع.

١٤ - إدخال المنظار أو اللولب إلى الرحم.

١٥ - أخذ عينات (خزعات) من الكبد أو غيره من الأعضاء.

ورأت أكثرية المجتمعين أن الأمور الآتية لا تعتبر مفطرة:

١ - قطرة الأنف وبخاخ الأنف وبخاخ الربو.

٢ - ما يدخل الشرج من حقنة شرجية أو تحاميل (لبوس) أو منظار أو أصبع طبيب فاحص.

٣ - العمليات الجراحية بالتخدير العام إذا كان المريض قد بيت الصيام من الليل.

٤ - الحقن المستعملة في علاج الفشل الكلوي حقنا في الصفاق (الباريتون) أو بالكلية الاصطناعية.

٥ - منظار المعدة إذا لم يصاحبه إدخال سوائل أو مواد أخرى".

الموضوع الخامس والثلاثون
مشروع قراءة الجينوم البشري
وآثاره الشرعية(*)

التعريف: -

كلمة جينوم مركب مزجي من كلمتي: جين وكروموزوم، ويعبر بها عن كتلة المادة الوراثية جميعها.

وقد تعاونت معظم الدول المتقدمة في المجال الطبي فيما أسموه: "مشروع الجينوم البشري"، وهو مشروع طموح عملاق رصدت له أمريكا خمسة بلايين من الدولارات، وحدد للمشروع خمسة عشر عاما لإتمامه، وقد بدأ بالفعل سنة ١٩٩٠م. وأعلن عن انتهائه في البيت الأبيض في مارس سنة ٢٠٠١م. أي قبل موعده المحدد بأربع سنوات.

ومن أهم نتائج وفوائد هذا المشروع: تحديد خريطة الجينات ببيان موقع كل جين على أي كروموزوم وعلاقته بالجين الذي سبقه والذي يليه، وفك الشفرة الخاصة بكل جين.

وهذا - بلا شك - يفيد في معرفة أسباب الأمراض الوراثية، والتركيب الوراثي لأي إنسان بما فيه القابلية لحدوث أمراض معينة

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها الثانية عشرة سنة ١٩٩٨م بالكويت بعنوان "الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري والعلاج الجيني".

كضغط الدم والنوبات القلبية والسكر والسرطانات، وغيرها. كما يفيد في العلاج الجيني للأمراض الوراثية، وإنتاج مواد بيولوجية وهرمونات يحتاجها جسم الإنسان للنمو والعلاج[١]. وقد ثارت التساؤلات عن المخاوف من آثار قراءة الجينوم البشري، ومن ذلك:

هل في صالح الإنسان أن يعلم عن نفسه أمورا نعتبرها الآن في حوزة المستقبل؟ وما شعوره إن علم أنه سيموت قريبا من سن الأربعين، أو أنه سيصاب بمرض شلل العضلات قريبا من سن الخمسين؟.

هل يحق لجهة رسمية أو لأرباب الأعمال أن تطلب في إجراءات الكشف الطبي قراءة جينوم الشخص المعني؟.

ما مدى صيانة المعلومات الجينية، وهل هي من خصوصيات الشخص الداخلة في نطاق سر المهنة، وإذا أظهر الفحص وجود آفة تسري في العائلات فهل يعد هذا مسوغا لفض هذا السر للأقارب من أجل فحصهم؟[٢].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:-

رأت المنظمة في ندوتها الثانية عشرة سنة ١٩٩٨م.، أن مشروع قراءة الجينوم البشري فرض كفاية؛ لكونه علما نافعا، وسبيلا للتداوي. ثم وضعت المنظمة الضوابط الشرعية للممارسة العملية في فحص الجينوم البشري والتي تضمن الحقوق الإنسانية.

(١) قراءة الجينوم البشري للدكتور حسان حتحوت، الجينوم البشري للدكتور عمر الألفي - أعمال الندوة الثانية عشرة ص ٢٧٣-٢٩٤.

(٢) بحث الدكتور حسان حتحوت - أعمال الندوة الثانية عشرة - ص ٢٨٠-٢٨١.

فجاء في توصيات الندوة الثانية عشرة ما يلي:-

"**ثانيا**: الجينوم البشري: إن مشروع الجينوم البشري، وهو: "رسم خريطة الجينات الكاملة للإنسان" هو جزء من تعرف الإنسان على نفسه واستكناه سنة الله في خلقه، وإعمال للآية الكريمة ﴿سَنُرِيهِمْ ءَايَٰتِنَا فِى ٱلْءَافَاقِ وَفِىٓ أَنفُسِهِمْ﴾ (فصلت: ٥٣)، ومثيلاتها من الآيات. ولما كانت قراءة الجينوم وسيلة للتعرف على بعض الأمراض الوراثية أو القابلية لها، فهي إضافة قيمة إلى العلوم الصحية والطبية في مسعاها لمنع الأمراض أو علاجها، مما يدخل في باب الفروض الكفائية في المجتمع".

وجاء في بند أولا: مبادئ عامة ما يلي:-

٥ - لايجوز إجراء أي بحث أو القيام بأي معالجة أو تشخيص يتعلق بمجين (جينوم) شخص ما إلا بعد إجراء تقييم صارم ومسبق للأخطار والفوائد المحتملة المرتبطة بهذه الأنشطة مع الالتزام بأحكام الشريعة في هذا الشأن، والحصول على القبول المسبق والحر والواعي من الشخص المعني، وفي حالة عدم أهليته للإعراب عن هذا القبول يجب الحصول على القبول أو الإذن من وليه، مع الحرص على المصلحة العليا للشخص المعني، وفي حالة عدم أهلية الشخص المعني للتعبير عن قبوله لا يجوز إجراء أي بحوث تتعلق بمجينه "جينومه" ما لم يكن ذلك مفيدا لصحته فائدة مباشرة، وبموافقة وليه.

ينبغي احترام حق كل شخص في أن يقرر ما إذا كان يريد أو لا يريد أن يحاط علما بنتائج أي فحص وراثي أو بعواقبه.

تحاط بالسرية الكاملة كافة التشخيصات الجينية المحفوظة أو المعدة لأغراض البحث أو لأي غرض آخر، ولا تفشى إلا في الحالات

المبينة في الندوة الثالثة من ندوات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بتاريخ ١٨/ ٤/ ١٩٨٧م حول سر المهنة.

لا يجوز أن يعرض أي شخص لأي شكل من أشكال التمييز القائم على صفاته الوراثية، والذي يكون غرضه أو نتيجته النيل من حقوقه وحرياته الأساسية والمساس بكرامته.

لا يجوز لأي بحوث تتعلق بالمجين (الجينوم) البشري، أو لأي من تطبيقات هذه البحوث - ولا سيما في مجالات البيولويجا وعلم الوراثة والطب - أن يعلو على الالتزام بأحكام الشريعة الإسلامية، واحترام حقوق الإنسان التي يعترف بها الإسلام، ولا أن ينتقص من الحريات الأساسية والكرامة الإنسانية لأي فرد أو مجموعة أفراد.

ينبغي أن تدخل الدول الإسلامية مضمار الهندسة الوراثية.

الموضوع السادس والثلاثون
الهندسة الوراثية
وأثرها على الإنسان وطعامه(*)

التعريف:

١ - الهندسة الوراثية مركب وصفي من كلمتين:

أ - الهندسة، والمقصود بها التحكم في وضع المورثات (الجينات)، وترتيب صيغها الكيميائية فكاً (قطع الجينات عن بعضها البعض)، ووصلا (وصل المادة الوراثية المضيفة بالجينات المتبرع بها)، وذلك باستخدام الطرق العلمية.

ب - الوراثية، والمقصود بها الجينات، وهي الصيغ الكيميائية التي يتكون منها الكائن الحي.

٢ - وترجع جذور الهندسة الوراثية إلى عام ١٩٥٣م عندما اكتشف العالمان: واطسون وكريك تركيب حمض دنا DNA الكروموزومات (الصبغيات) حيث كان من المعروف أن خلية الإنسان تحتوي على ٢٣ زوجا من الكروموزومات، وكلها

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها الثانية عشرة بالكويت سنة ١٩٩٨م بعنوان: "الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري والعلاج الجيني".

متشابهة ما عدا الزوج الجنسي، فهو موجود على شكل كروموزوين أحدهما كبير X، والآخر قصير Y، ويتكون كل كروموزوم من سلسلتين من حمض الدنا DNA تلتف إحداهما على الأخرى بشكل حلزوني، وكشف العالمان واطسون وكريك البنية الحقيقية لتركيبة الدنا، والذي يقدر مجموعه في كل خلية بشرية على شكل شريط كاسيت طوله ٢٨٠٠ كم. والحامض النووي (الدنا) عبارة عن مجموعة من النيوكليوتيدات، وتتكون كل نيوكليوتيدة من:

أ - مجموعة فوسفات، وسكر خماسي.

ب - مجموعة قاعدة نيتروجينية، وهي عبارة عن "الأدنين، والسايتوزين، والجوانين، والثايمين، بحيث أن الثايمين في إحدى السلسلتين يرتبط مع الأدنين في السلسلة الأخرى، وأن السايتوزين يرتبط مع الجوانين.

وقد ثبت بما لا يدع مجالا للشك أن الأحماض النووية (الدنا) هي التي تحمل المعلومات الوراثية.

ثم تلي ذلك معرفة الطريقة التي كتبت بها المعلومات الحيوية الوراثية على صورة شفرة كيميائية.

وفي عام ١٩٧٤م تمكن العالم ستانلي كوهين من استعمال طريقة الترقيع الجيني، وهي ما تعرف بعملية التهجين الكروموزومي من ضفدع إلى بكتريا القولون. وفي العام نفسه جرت أول مناقشة علنية لتجارب إعادة تنظيم المادة الوراثية (الدنا) أو ما يعرف بالتقنية الهندسية للدنا، وتبع ذلك إنشاء أول مؤسسة للاستفادة من تقنيات الهندسة الوراثية بالولايات المتحدة الأمريكية، وهي ما تعرف بجينيك، وكان العقد الزمني ما بين ١٩٨٠ - ١٩٩٠م عقداً

حافلاً بتطبيقات كثيرة للهندسة الوراثية كإنتاج الأنسولين، ونقل جينات من نبات إلى آخر.

٣ - عندما بدأ التفكير في الهندسة الوراثية كان على أساس خدمة الإنسان من خلال التعديل الوراثي الذي يتم تحقيقه بإحدى طريقتين:

الطريقة الأولى: غير مباشرة، وتكون بتغيير وتعديل التركيب الوراثي في الكائنات، وأمثلة ذلك كثيرة منها: التحور الجيني في النبات، والاستزراع الجيني في الكائنات الدقيقة مثل البكتريا، وهندسة الحيوانات وراثيا، أو ما يعرف باستحداث سلالة من الحيوانات المعدلة وراثيا.

الطريقة الثانية: مباشرة، وتكون بتغيير وتعديل التركيب الوراثي في الإنسان نفسه، وذلك لمحاولة تحسين الوضع الصحي للمرضى المصابين وراثيا ببعض الأمراض، أو الدراسة المبكرة للأجنة من خلال الاستقصاء الوراثي المبكر للأجنة. وجميع هذه الدراسات تقع تحت مفهوم المعالجة بالجينات.

٤ - الحق أن تطبيقات الهندسة الوراثية يكتنفها شيء من الغموض فيما يخص الأخطار المستقبلية سواء بالنسبة للإنسان أو غيره من الكائنات.

أ - أما الأخطار التي تتعلق بتطبيقات الهندسة الوراثية في النبات والحيوان والأحياء الدقيقة فمنها: عدم وجود ضوابط في المجتمع العلمي تضمن عدم اللعب الوراثي لسلامة الحيوانات، فبعض الحيوانات المحورة وراثيا تحمل جينة غريبة يمكن أن تعرض الصحة البشرية أو البيئية للخطر.

ب - وأما الأخطار التي تتعلق بتطبيقات الهندسة الوراثية في

الإنسان فمنها: التلاعب الوراثي في الخلايا الجرثومية التي ستولد خلايا جنسية مستقبلا عند البلوغ (حيوانات منوية وبييضات)، مما يفضي إلى الخلط في الأنساب. ومن الأخطار أيضا: الضرر المتوقع من المعالجة الجينية، فلا تزال تحت التجارب مما يؤدي إلى احتمالية الوفاة أو التشوهات بسبب الفيروسات التي تستخدم في النقل الجيني، أو بسبب الفشل في تحديد موضوع الجينة على الشريط الصبغي[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

انتهت الندوة الثانية عشرة سنة ١٩٩٨م بشأن الهندسة الوراثية إلى التفريق بين الإنسان وغيره من الكائنات:

١ - أما استخدام الهندسة الوراثية للإنسان: فيجوز لمنع المرض أو العلاج بضوابط مراعاة المصلحة ودرء المفسدة وعدم اختلاط الأنساب.

٢ - وأما استخدام الهندسة الوراثية في النبات والحيوان: فيجوز مطلقا مع مراعاة ثلاثة أمور:

الأمر الأول: التحذير من حدوث أمراض على المدى البعيد تضر بالإنسان أو البيئة.

الأمر الثاني: وجوبية إبانة المصدر النباتي أو الحيواني هل هو طبيعي أو معالج وراثيا؟، ونسبة المعالجة؛ لتبصير المستهلكين بالحقيقة.

---

(١) بحث الكائنات وهندسة المورثات، للدكتور صالح عبد العزيز كريم - أعمال الندوة الحادية عشرة ص ١٠٧ - ١٢٨.

الأمر الثالث: النصح بشأن الغذاء الحيواني والنباتي بأخذ توصيات وقرارات منظمة الأغذية والأدوية الأمريكية، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأغذية العالمية، ودعت الندوة إلى إنشاء مؤسسات لحماية المستهلك وتوعيته.

فقد جاء في توصيات الندوة الثانية عشرة سنة ١٩٩٨م ما يلي:

تدارست الندوة موضوع "الهندسة الوراثية" وما اكتنفها منذ ميلادها في السبعينات من هذا القرن من مخاوف مرتقبة إن دخلت حيز التنفيذ بلا ضوابط؛ إذ هي سلاح ذو حدين قابل للاستعمال في الخير أو في الشر.

ورأت الندوة: جواز استعمالها في منع المرض أو علاجه أو تخفيف أذاه، سواء بالجراحة الجينية التي تبدل جينا بجين، أو تولج جينا في خلايا مريض، وكذلك إيداع جين من كائن في كائن آخر للحصول على كميات كبيرة من إفراز هذا الجين لاستعماله دواءً لبعض الأمراض، مع منع استخدام الهندسة الوراثية على الخلايا الجنسية؛ لما فيه من محاذير شرعية. وتؤكد الندوة: ضرورة أن تتولى الدول توفير مثل هذه الخدمات لرعاياها المحتاجين إليها من ذوي الدخول المتواضعة؛ نظرا لارتفاع تكاليف إنتاجها.

وترى الندوة: أنه لا يجوز استعمال الهندسة الوراثية في الأغراض الشريرة والعدوانية، أو في تخطي الحاجز الجيني بين أجناس مختلفة من المخلوقات قصد تخليق كائنات مختلفة الخلقة بدافع التسلية أو حب الاستطلاع العلمي.

كذلك ترى الندوة: أنه لا يجوز استخدام الهندسة الوراثية سياسة لتبديل البنية الجينية فيما يسمى بتحسين السلالة البشرية، ولذا فإن أي

محاولة للعبث الجيني بشخصية الإنسان، أو التدخل في أهليته للمسؤولية الفردية أمر محظور شرعا.

وتحذر الندوة من أن يكون التقدم العلمي مجالاً للاحتكار، وأن يكون الحصول على الربح هو الهدف الأكبر، مما يحول بين الفقراء وبين الاستفادة من هذه الإنجازات، وتؤيد توجُّه الأمم المتحدة في هذا المجال إلى إنشاء مراكز للأبحاث للهندسة الوراثية في الدول النامية، وتأهيل الأطر البشرية اللازمة، وتوفير الإمكانات اللازمة لمثل هذه المراكز.

ولا ترى الندوة حرجا شرعيا في استخدام الهندسة الوراثية في: حقل الزراعة، وتربية الحيوان، ولكن الندوة لا تهمل الأصوات التي حذرت مؤخرا من احتمالات حدوث أضرار على المدى البعيد تضر بالإنسان أو الحيوان أو النبات أو البيئة.

وترى الندوة: أن على الشركات والمصانع المنتجة للمواد الغذائية ذات المصدر الحيواني أو النباتي: أن تبين للجمهور فيما يعرض للبيع ما هو محضّر بالهندسة الوراثية مما هو طبيعي مائة بالمائة؛ ليتم استعمال المستهلكين لها عن بينة. كما توصي الندوة الدول باليقظة العلمية التامة في رصد تلك النتائج، والأخذ بتوصيات وقرارات منظمة الأغذية والأدوية الأمريكية، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأغذية العالمية في هذا الخصوص.

وتوصي الندوة بضرورة إنشاء مؤسسات لحماية المستهلك وتوعيته في الدول الإسلامية ".

وجاء في نفس توصيات الندوة الثانية عشرة – البند أولاً: مبادئ عامة – بشأن الهندسة الوراثية – ما يلي:

١٠ – ينبغي أن تدخل الدول الإسلامية مضمار الهندسة الوراثية بإنشاء

مراكز للأبحاث في هذا المجال تتطابق منطلقاتها مع الشريعة الإسلامية، وتتكامل فيما بينها بقدر الإمكان، وتأهيل الأطر البشرية للعمل في هذا المجال.

١١- ينبغي لعلماء الأمة الإسلامية نشر مؤلفات لتبسيط المعلومات العلمية عن: الوراثة والهندسة الوراثية لنشر الوعي ودعمه حول هذا الموضوع.

١٢- ينبغي للدول الإسلامية إدخال الهندسة الوراثية ضمن برامج التعليم في مراحله المختلفة،مع زيادة الاهتمام بهذه المواضيع في الدراسات الجامعية والدراسات العليا.

١٣- ينبغي للدول الإسلامية الاهتمام بزيادة الوعي بموضوع الوراثة والهندسة الوراثية عن طريق وسائل الإعلام المحلية، مع بيان الحكم الشرعي في كل موضوع من هذه المواضيع.

١٤- توصي الندوة تكليف المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بمتابعة التطورات العلمية لهذا الموضوع، وعقد ندوات مشابهة لاتخاذ التوصيات اللازمة إن جد جديد.

الموضوع السابع والثلاثون
البصمة الوراثية وأثرها في إثبات النسب(*)

التعريف:

١ - البصمة الوراثية مركب وصفي من كلمتين:

أ - البصمة: وهي لفظ عامي يعني العلامة، وأقر مجمع اللغة العربية لفظ البصمة بمعنى أثر الختم بالأصبع. وأصل الكلمة في اللغة: بصم - بضم فسكون - وتطلق على الكثيف الغليظ، فتقول: ثوب ذو بصم. كما تطلق على فوت ما بين طرف الخنصر إلى البنصر.

ب - والوراثة: علم يبحث في انتقال صفات الكائن الحي من جيل إلى آخر، وتفسير الظواهر المتعلقة بطريقة هذا الانتقال.

٢ - أول من أطلق اصطلاح "البصمة الوراثية" هو البروفيسور "إليك جفري" سنة ١٩٨٥م عندما اكتشف أن الحمض النووي (الدنا)

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع مرتين:
المرة الأولى: في الندوة الثانية عشرة سنة ١٩٩٨م "الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري والعلاج الجيني".
المرة الثانية: في حلقة نقاشية خاصة حول حجية البصمة الوراثية في إثبات النسب سنة ٢٠٠٠م بالكويت، وذلك تفعيلا لتوصيات الندوة الثانية عشرة بعقد حلقة نقاشية مستقلة مستقبلا.

هو المميز لكل شخص مثل بصمات الأصابع، وجاء "إريك لاندر" ليطلق على ذلك اصطلاح "محقق الهوية الأخير".

٣ - تطلق البصمة الوراثية في الاصطلاحين العلمي والفقهي على ذلك الكشف الذي يحدد هوية الإنسان وصلته بمن تسبب في وجوده، عن طريق تحليل جزء أو أجزاء من حمض الدنا المتمركز في نواة أي خلية، ويظهر هذا التحليل في صورة شريط من سلسلتين. كل سلسلة بها تدرج على شكل خطوط عرضية مسلسلة وفقاً لتسلسل القواعد الأمينية على حمض (الدنا) وتمثل إحدى السلسلتين الصفات الوراثية من الأب، وتمثل السلسلة الأخرى الصفات الوراثية من الأم الوالدة، ومن مجموع السلسلتين يتميز الإنسان بصفات تفرده عن غيره من البشر. ووسيلة هذا التحليل: أجهزة ذات تقنية عالية يسهل على المتدرب قراءتها وحفظها وتخزينها في الحاسب الآلي لحين الحاجة إليها[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

أقرت المنظمة في ندوتها الثانية عشرة سنة ١٩٩٨م بقيمة البصمة الوراثية، وأنها لا تكاد تخطئ في التحقق من الوالدية البيولوجية والتحقق من الشخصية، وهي ترقى إلى مستوى القرائن كالقيافة. ثم تحفظت الندوة على إصدار توصية بحجيتها في إثبات النسب، وقطعت الوعد على نفسها بعقد حلقة نقاشية للوصول إلى توصيات مناسبة بالنسبة لها.

(١) دور البصمة الوراثية في اختبارات الأبوة، للدكتورة صديقة العوضي، البصمة الوراثية ومدى حجيتها في إثبات النسب للدكتور سفيان العسولي - أعمال الندوة الثانية عشرة سنة ١٩٩٨م ص ٣٣٣ - ٣٨٦، حجية البصمة الوراثية لإثبات البنوة ونفيها للدكتور سعد هلالي - أعمال الحلقة النقاشية حول حجية البصمة الوراثية سنة ٢٠٠٠م ص ٢٦، ٢٧.

وفي ٣ – ٤ مايو ٢٠٠٠م أوفت المنظمة بوعدها وعقدت حلقة نقاشية لدراسة حجية البصمة الوراثية في إثبات أو نفي النسب.

وانتهت هذه الحلقة بتوصيات مجملها: اعتبار البصمة الوراثية في حكم القيافة، لا يعمل بها إلا في حال التنازع مع تساوي الأدلة، وفي غير التنازع يعتد بالاستلحاق من الأب، والتوقف في جواز استلحاق الأم لمزيد من الوقت للدراسة والتأمل، ثم وضعت الحلقة ضوابط العمل بالبصمة الوراثية للأخذ بها بدلا من القيافة.

فجاء في توصيات الندوة الثانية عشرة سنة ١٩٩٨م ما يلي:

تدارست الندوة موضوع "البصمة الوراثية" وهي البنية الجينية التفصيلية، التي تدل على هوية كل فرد بعينه. والبصمة الوراثية من الناحية العلمية: وسيلة لا تكاد تخطئ في التحقق من الوالدية البيولوجية، والتحقق من الشخصية، ولا سميا في مجال الطب الشرعي، وهي ترقى إلى مستوى القرائن القوية التي يأخذ بها أكثر الفقهاء في غير قضايا الحدود الشرعية، وتمثل تطورا عصريا ضخما في مجال القيافة الذي تعتد به جمهرة المذاهب الفقهية في إثبات النسب المتنازع فيه، على أن تؤخذ هذه القرينة من عدة مختبرات.

أما بالنسبة لإثبات النسب بهذه الوسيلة، ونظرا لما يخالط هذا الموضوع من آراء فقهية تدعو الحاجة إلى تعميق الدراسة في جوانبها المختلفة، فقد رأت المنظمة عقد حلقة نقاشية من المختصين من الفقهاء والعلماء للوصول إلى توصيات مناسبة حول الموضوع".

وجاء في توصيات الحلقة النقاشية حول حجية البصمة الوراثية سنة ٢٠٠٠م ما يلي:

"وبعد تدارس تلك الأحكام وأقوال الفقهاء فيها – وشرح طريقة

البصمة الوراثية من قبل علماء مركز الوراثة، وما جرى من تحاور ونقاش مستفيضين – توصل المجتمعون إلى ما يلي:

١ – أن كل إنسان يتفرَّد بنمط خاص في التركيب الوراثي ضمن كل خلية من خلايا جسده، لا يشاركه فيه أي شخص آخر في العالم ويطلق على هذا النمط اسم " البصمة الوراثية "، والبصمة الوراثية من الناحية العلمية وسيلة لا تكاد تخطئ في التحقق من الوالدية البيولوجية، والتحقق من الشخصية ولا سيما في مجال الطب الشرعي. وهي ترقى إلى مستوى القرائن القوية التي يأخذ بها أكثر الفقهاء – في غير قضايا الحدود الشرعية – وتمثل تطورا عصريا عظيما في مجال القيافة الذي يذهب إليها جمهور الفقهاء في إثبات النسب المتنازع فيه، ولذلك ترى الندوة أن يؤخذ بها في كل ما يؤخذ فيه القيافة من باب أولى.

٢ – ترى حلقة النقاش أن يؤخذ بالبصمة الوراثية في حال تنازع أكثر من واحد في أبوة مجهول النسب إذا انتفت الأدلة أو تساوت.

٣ – استلحاق مجهول النسب حق للمستلحق إذا تم بشروطه الشرعية. وترتيبا على ذلك فإنه لا يجوز للمستلحق أن يرجع في إقراره، ولا عبرة بإنكار أحد من أبنائه لنسب ذلك الشخص ولا عبرة بالبصمة الوراثية في هذا الصدد.

٤ – إقرار بعض الإخوة بأخوة مجهول النسب لا يكون حجة على باقي الإخوة ولا يثبت النسب وآثار الإقرار مقصورة على المقر في خصوص نصيبه من الميراث ولا يعتد في ذلك بالبصمة الوراثية.

٥ – عند عرض هذا الموضوع اختلفت وجهات النظر وتشعبت الآراء وطال النقاش في مضمون جواز استلحاق المرأة المجهول النسب

على نحو رؤي معه إعطاء هذه المسألة مزيدا من الوقت للدراسة والتأمل.

٦ - لا تعتبر البصمة الوراثية دليلا على فراش الزوجية؛ إذ الزوجية تثبت بالطرق الشرعية.

٧ - يرى المشاركون ضرورة توافر الضوابط الآتية عند إجراء تحليل البصمة الوراثية:

أ - أن لا يتم إجراء التحليل إلا بإذن من الجهة الرسمية المختصة.

ب - أن يجرى التحليل في مختبرين على الأقل ومعترف بهما على أن تؤخذ الاحتياطات اللازمة لضمان عدم معرفة أحد المختبرات التي تقوم بإجراء الاختبار بنتيجة المختبر الآخر.

ج - يفضل أن تكون هذه المختبرات تابعة للدولة وإذا لم يتوافر ذلك يمكن الاستعانة بالمختبرات الخاصة الخاضعة لإشراف الدولة، ويشترط على كل حال أن تتوافر فيها الشروط والضوابط العلمية المعتبرة محليا وعالميا في هذا المجال.

د - يشترط أن يكون القائمون على العمل في المختبرات المنوطة بإجراء تحليل البصمة الوراثية ممن يوثق بهم علما وخلقا وألا يكون أي منهم ذا صلة قرابة أو صداقة أو عداوة أو منفعة بأحد المتداعين أو حكم عليه بحكم مخل بالشرف أو الأمانة".

الموضوع الثامن والثلاثون
الإرشاد الوراثي في المجال الأسري(*)

التعريف:

الإرشاد الوراثي أو الجيني هو الذي يتوخى تزويد طالبيه بالمعرفة الصحيحة، والتوقعات المحتملة ونسبها الإحصائية - فيما يختص بالأمراض الوراثية - تاركا اتخاذ القرار تماما لذوي العلاقة فيما بينهم وبين الطبيب المعالج دون أية محاولة للتأثير في اتجاه معين(١).

وقد ثبت بعد التقدم الطبي أن كثيرا من الأمراض التي لا علاج لها ترجع إلى العوامل الوراثية، فكان من باب الوقاية: الحيلولة دون هذا النتاج، ويتم ذلك عن طريق الكشف الطبي للمخطوبين، وعلى الطبيب أن يوضح لهما الاحتمالات التي تحدث للذرية، وطريقة مواجهة الأخطار المستقبلية لها، ومن أشهر تلك الأمراض الثالاسيميا، وهو أنيميا حوض البحر الأبيض المتوسط، ومرض الزهايمر، وهو نوع من الخرف يسبب فقدان الذاكرة ثم ينتهي بأنواع من الشلل، ومرض المنجل الذي يحتاج إلى استئصال الطحال وجراحة العظام.

والأمراض الوراثية تنتقل عبر جين واحد، وهذا الجين إما أن

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع ضمن موضوعات ندوتها الثانية عشرة ١٩٩٨م بعنوان: "الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري والعلاج الجيني"

(١) توصيات الندوة الثانية عشرة - البند خامساً - أعمال الندوة ص ١٠٥٠.

يكون منتقلا من أحد الأبوين أو من كليهما، أو أن هناك طفرة وراثية حدثت في تركيب هذا الجين حتى تحول من الوضع السليم إلى الوضع المعيب. وهذه الطفرات الوراثية كثيرة الحدوث إلا أن الجسم غالبا ما يقاومها، كما أن بعض هذه الطفرات لا تسبب مرضا.

وفي عام ١٩٩٤م تمكن العلماء من حصر الأمراض الوراثية المتنقلة عبر جين واحد كالآتي:

العدد الإجمالي ٦٦٧٨ مرضا وراثيا، منها ٤٤٥٨ مرضا تنتقل بصورة مرض وراثي سائد (والمرض السائد هو الذي ينتقل من أحد الوالدين فقط) وبالتالي تصاب نصف الذرية حسب قانون مندل، و١٧٥٠ مرضا وراثيا متنحيا (وفيه يكون الجين المعطوب موجودا لدى الأبوين، وهما حاملان للمرض وليسا مصابين به) فينقلان هذا المرض إلى ربع ذريتهما تقريبا حسب قانون مندل، وهناك ٤١٢ مرضا تنتقل عبر الكروموزوم X الموجود لدى الأم، وبالتالي يصاب نصف الذرية الذكور، بينما لا تصاب الإناث بالمرض، بل يكن حاملات له. كما أن هناك ١٩ مرضا وراثيا تنتقل عبر الكروموزوم Y، و٥٩ مرضا وراثيا تنتقل عبر الميتوكوندريا (مادة من الدنا خارج النواة وفي السيتوبلازم، ومسؤولة عن عمليات الاستقلاب والتنفس الخلوي). وهذه المجموعة تم اكتشافها سنة ١٩٩٤م، ولا شك أن قائمة هذه الأمراض تزداد يوميا باكتشاف المزيد منها كل بضعة أيام بسبب تسارع البحث العلمي في مجال الجينات، فقد وصل الرقم سنة ١٩٩٨م إلى أكثر من ثمانية آلاف مرض وراثي[١].

(١) نظرة فاحصة للفحوصات الطبية الجينية للدكتور محمد علي البار، الاسترشاد الوراثي للدكتور محسن بن علي فارس الحازمي – أعمال الندوة الثانية عشرة ص ٦٢١ – ٦٩٥.

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

اختارت المنظمة في ندوتها الثانية عشرة سنة ١٩٩٨م القول بعدم وجوبية الإرشاد الجيني، وندبت إليه المقبلين على الزواج في سرية، كما نصحت بعدم زواج الأقارب في الأسر التي تشكو ظهور مرض وراثي في بعض أفرادها.

فجاء في توصيات الندوة الثانية عشرة ما يلي:

"**خامسا**: الإرشاد الوراثي "الجيني". تدارست الندوة هذا الموضوع وأوصت بالآتي:

أ - ينبغي تهيئة خدمات الإرشاد الجيني للأسر، أو المقبلين على الزواج على نطاق واسع، وتزويدها بالأكفاء من المختصين، مع نشر الوعي وتثقيف الجمهور بشتى الوسائل لتعم الفائدة.

ب - لا يكون الإرشاد الجيني إجباريا، ولا ينبغي أن تفضي نتائجه إلى إجراء إجباري.

ج - يجب حياطة نتائج الإرشاد الجيني بالسرية التامة.

د - ينبغي توسيع مساحة المعرفة بالإرشاد الجيني في المعاهد الطبية والصحية والمدارس وفي وسائل الإعلام والمساجد بعد التأهيل الكافي لمن يقومون بذلك.

هـ - لما كنت الإحصاءات تدل على أن زواج الأقارب (في حدود ما أباحه الإسلام) قد يكون معدل انتقال العيوب الخلقية فيه أعلى: فيجب تثقيف الجمهور في ذلك حتى يكون الاختيار على بصيرة، ولا سيما الأسر التي تشكو ظهور مرض وراثي في بعض أفرادها.

سادسا: الأمراض التي يجب أن يكون الاختبار الوراثي فيها إجباريا أو اختياريا:

١ - ترى الندوة: أنه يجب السعي إلى التوعية بالأمراض الوراثية والعمل على تقليل انتشارها.

٢ - تدعو الندوة إلى تشجيع إجراء الاختبار الوراثي قبل الزواج، وذلك من خلال نشر الوعي عن طريق وسائل الإعلام المسموعة والمرئية والندوات والمساجد.

٣ - تناشد الندوة السلطات الصحية أن تزيد أعداد وحدات الوراثة البشرية لتوفير الطبيب المتخصص في تقديم الإرشاد الجيني، وأن تعمم نطاق الخدمات الصحية والمقدمة للحامل في مجال الوراثة التشخيصية والعلاجية بهدف تحسين الصحة الإنجابية.

٤ - لا يجوز إجبار أي شخص على إجراء الاختبار الوراثي".

الموضوع التاسع والثلاثون
حقوق والتزامات المعوقين والمرضى النفسانيين وبيان السياج الوقائي من الأمراض العقلية والنفسية(*)

التعريف:

حتى يصح التكليف فإنه يجب أن يكون المكلف قادرا على فهم دليل التكليف، والشريعة الإسلامية وإن جعلت العقل أساس الأهلية ومناط التكاليف فإنها قد تتطلب لتوقيع الجزاء أمورا أخرى:

ففي الجزاء الجنائي: تشترط أن يكون الجاني مدركاً مختاراً، وفي الجزاء المدني: تشترط أن تتوافر أهلية الأداء لدى مباشرة التصرفات القانونية.

أما في الوقائع المادية: فإن الجزاء يترتب بقوة الشرع؛ لأن الآثار والالتزامات التي تترتب عليها تثبت بمقتضى خطاب الوضع الذي لا يشترط فيها إلا توافر الإنسانية فقط(١).

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع في ندوتها العاشرة في أكتوبر ١٩٩٧م والتي خصصتها لدراسة "المشاورات البلدانية حول تشريعات الصحة النفسية في مختلف الشرائع" كما تناولت المنظمة جوانب من هذا الموضوع في مؤتمرها الأول سنة ١٩٨١م ومؤتمرها الثالث سنة ١٩٨٤.

(١) المعاقون عقليا أو نفسيا وحقوقهم - للمستشار محمد بدر المنياوي - أعمال الندوة العاشرة سنة ١٩٩٧، ص ٣٣٩.

وقد تبين من الرصد العالمي: أن التشريعات المتعلقة بالصحة النفسية لا تقتصر على الطب النفسي الشرعي، وإنما تمتد أيضا إلى مختلف الوسائل القانونية فيما يتصل بمن تم تشخيص حالاتهم على أنها اضطرابات عقلية، فما هي حقوقهم والتزاماتهم[١].

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

أوصت الندوة العاشرة سنة ١٩٩٧م والخاصة بتشريعات الصحة النفسية بالعمل في نظريات وتطبيقات وطرق ووسائل العلاج النفسي بما يتفق مع الأحكام الإسلامية، فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي:

"خلصت الندوة إلى التوصية بالعمل على مراعاة المنظور الإسلامي في نظريات وتطبيقات وطرق ووسائل العلاج النفسي بما يتفق مع الأحكام الإسلامية وقيم المجتمعات الإسلامية وظروفها. وفي ذلك فرعان:

الفرع الأول: مبادئ رعاية المريض النفسي وحقوقه. وفيه خمسة مبادئ:

المبدأ الأول: بشأن الصحة النفسية والوقاية من الأمراض النفسية، ويقوم على أساس تعزيز الجهود التي ترقى إلى الحفاظ على الصحة النفسية والوقاية من الأمراض النفسية.

المبدأ الثاني: الرعاية الأساسية للصحة النفسية. ويقوم على أساس أن لكل إنسان الحق في الحصول على الرعاية النفسية الأساسية.

المبدأ الثالث: تقويم الصحة النفسية: ويقوم على أساس موافقة تقويم الصحة النفسية مع المبادئ الطبية العالمية المقبولة.

---

(١) كلمة الدكتور أحمد رجائي الجندي في افتتاح الندوة العاشرة سنة ١٩٩٧ – أعمال الندوة ص ١٨.

المبدأ الرابع: استعمال الحد الأدنى المناسب من تقييد حرية المريض لتفادي خطورته: ويقوم على أساس أنه إذا احتاج مرضى الاضطرابات النفسية الجسيمة إلى تقييد حريتهم ينبغي أن يكون ذلك في أضيق الحدود مع توفير الوسائل اللازمة لأداء واجباته الدينية والعناية بذاته.

المبدأ الخامس: حرية الاختيار الذاتي: ويقوم على أساس الحصول على الموافقة قبل التدخل الطبي تجاه المريض.

الفرع الثاني: مبادئ تحديد مسؤوليات المريض النفسي، وفيه ثلاثة مبادئ:

المبدأ الأول: المسؤولية المدنية للمريض النفسي، ويقوم على أساس: أن الاضطراب النفسي ينال من المسؤولية المدنية للمريض إذا أفقدته القدرة على التمييز بين الخير والشر، وأثر في صواب حكمه على الأمور، وكان ناتجاً عن اختلال العقل أو التمييز، أو عن ضعف في بعض الملكات الضابطة في النفس.

المبدأ الثاني: المسؤولية الجنائية للمريض النفسي، ويقوم على أساس: أن الاضطراب النفسي ينال من المسؤولية الجنائية إذا كان المريض النفسي – وقت ارتكاب الجريمة – يعاني من اضطراب عقلي أصاب منه الإرادة أو الإدراك أو محتوى التفكير أو المزاج، فأفقده القدرة على صواب الحكم على الأمور.

المبدأ الثالث: الآثار القانونية المترتبة على الاضطراب المؤثرة في المسؤولية. ويقوم على أساس: أن ثبوت الاضطراب المؤثر في المسؤولية يقتضي الحجر على المريض النفسي في تصرفاته وتعيين مسؤول عنه (ولي) ورعاية حقه في الدفاع.

الموضوع الأربعون
التكييف الشرعي للعلوم الطبية والحياتية(*)

التعريف:

رغم أن العلوم التي تعود على الأمة بالخير هي من العلوم التي حث الشرع على طلبها فإن أصواتا تظهر بين الحين والآخر تزعم: أن الإسلام لا يعترف بالعلوم الكونية كعلوم ينال صاحبها الفضل؛ لأن تحصيل الفضل بالعلم يقتصر على علوم الشريعة دون سواها متجاهلة ما قامت عليه الحضارة الإسلامية من ركائز قوية وأسس متينة تقوم على الإيمان الراسخ، والعلوم النافعة في مختلف المجالات من طب وصيدلة وفلك وعلوم البحار والهندسة وغير ذلك من العلوم. فكان من الضروري تحرير القضية من جديد خدمة للأجيال القادمة(١).

الرأي الفقهي الذي اختارته المنظمة وحيثياته:

أكدت المنظمة في ندوتها الرابعة عشرة سنة ٢٠٠١م على شمول الفضل الشرعي لكل علم ينفع الإنسانية، وحثت على تعميم هذا المفهوم بكل السبل، **فجاء في توصيات تلك الندوة ما يلي:**

(*) تناولت المنظمة هذا الموضوع في ندوتها الرابعة عشرة - يناير ٢٠٠١م بالكويت بعنوان "العلوم في الإسلام".

(١) مقدمة توصيات الندوة الرابعة عشرة - بعنوان "العلوم في الإسلام" سنة ٢٠٠١م.

١ - تؤكد الندوة على أن العلم الذي أشادت مصادر الشريعة به وبأهله لاسيما ما جاء في الكتاب والسنة ليس مقصوراً على العلم الشرعي بل هو شامل لكل العلوم من شرعية وكونية وطبيعية. وأن العلوم - كلها - شريفة وتختلف رتب شرفها باختلاف رتب متعلقاتها فما تعلق منها بالإله وأوصافه كان أشرف العلوم؛ لأن متعلقه أشرف من كل شريف.

٢ - تؤكد الندوة على أن تعلم المسلمين العلوم الكونية والطبيعية يعد من فروض الكفاية بحيث لا يسقط الوجوب عن مجموع المسلمين إلا بتعلم بعضهم هذه العلوم تعلماً يكفي حاجة المسلمين إليها وبحيث يأثمون جميعا بترك تعلمها أو تعلم ما لا تحصل الكفاية به منها، ويدخل في ذلك تمويل متطلباتها.

٣ - تؤكد الندوة على وجوب الاستفادة من معطيات العلوم الكونية والطبيعية في التوصل إلى الحكم الشرعي في ما يستجد من القضايا،كما تؤكد على تقوية أواصر الترابط بين علماء الشريعة وعلماء الكون والطبيعة وذلك بالإكثار من الندوات واللقاءات والحلْقات والمؤتمرات التي تثمر مزيداً من الفهم المتبادل، وتيسر التوصل إلى اجتهادات قائمة على أساس متين من الشرع والسنن الكونية، مع الأخذ بمبدأ التيسير في النظر والإفتاء اتباعا لمنهج رسول الله صلى الله عليه وسلم في أنه لم يخير بين أمرين إلا اختار أيسرهما ما لم يكن إثماً.

٤ - ترى الندوة أن التوحيد يقتضي وحدة المعرفة والحقيقة، وينفي التنافر بين العلم الدنيوي والأخروي. ومن أجل ذلك توصي الندوة بتدريس مدخل إلى العلوم الشرعية في كليات العلوم الكونية، وتدريس مدخل إلى العلوم الكونية في كليات العلوم

الشرعية، مع حسن إعداد هذين المدخلين بما يكفل سهولة الفهم وحسن الاستفادة.

٥ - تدعو الندوة إلى الربط بين دراسة أي فرع من فروع المعرفة وفي أي اختصاص، وبين ترسيخ القيم الدينية والأخلاقية بما يضمن توجيه العلم على بصيرة إلى ما ينفع الناس.

٦ - تدعو الندوة إلى توفير السبل اللازمة لضمان بقاء العقول العلمية المسلمة في أوطانها، وإلى تهيئة المناخ في البلاد الإسلامية لاستقطاب العقول المهاجرة وتوظيف خبراتها وطاقاتها في تطوير الواقع العلمي في البلدان الإسلامية وإزالة جميع العوائق التي تحول دون ذلك.

٧ - توصي الندوة بالتواصل مع علماء الأقليات المسلمة في الغرب لربطهم بأمتهم والاستفادة من تجاربهم وخبراتهم.

٨ - توصي الندوة بتفعيل آليات تطبيق استراتيجية تطوير العلوم والتكنولوجيا في البلدان الإسلامية التي وضعتها المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة وصادق عليها مؤتمر القمة الإسلامي التاسع.

٩ - توصى الندوة بالعمل على إعداد قاعدة بيانات علمية عن جميع العلماء في البلدان الإسلامية والعلماء المسلمين في جميع أنحاء العالم تركز بصورة خاصة على التعريف بمؤهلاتهم وتخصصاتهم ونتاجهم العلمي.

١٠ - تدعو الندوة إلى العمل على ربط الدراسات العلمية التخصصية بما يتصل بها من الدلائل المشيرة إليها أو الحوافز الحاملة عليها في القرآن الكريم، وربط سائر الدراسات التي تتناول الشريعة الإسلامية بما يدعمها ويؤيدها من الحقائق العلمية الكونية.

١١ - توصي الندوة بتدريس تاريخ العلوم عند المسلمين، ومساهمات علماء الحضارة العربية الإسلامية، ودراسة منهج العلماء المسلمين في بحوثهم العلمية الدنيوية والأخروية، واستلهام هذا المنهج في البحوث العلمية بعد تكييفه بما يوائم الزمان والمكان.

١٢ - تدعو الندوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية إلى الاهتمام بما ينتظر العالم من ثورة أخلاقية قادمة، وإعداد مدونة لأخلاقيات البحث العلمي من منطلق إسلامي تسهم في تصحيح المفاهيم الشائعة في العالم وفي بث الأخلاقيات الإسلامية بما تضعه من ضوابط للنشاط العلمي.

١٣ - توصى الندوة ببذل الجهود لتجلية بعض مفاهيم الإسلام الأساسية مثل تبعات استخلاف الإنسان في الأرض ودور العقل ومكانته التي بينتها الشريعة والاستدلال على الخالق بما خلق ومعاني تسخيره ما في السماوات والأرض للإنسان وفق نواميسه ومقاصده، ودور ذلك كله في حث علماء المسلمين على إجراء البحوث العلمية التي تجيب عن كثير من التساؤلات التي وجه إلى طلب الإجابة عنها القرآن الكريم.

١٤ - ترى الندوة أن التراث العلمي الإسلامي جزء لا يتجزأ من ذاكرة الأمة الإسلامية، وأن إحياءه ضرورة لتأصيل العلوم المعاصرة وتصحيح تاريخ العلوم وإنصاف الدور الإسلامي في مسيرة الحضارة الإنسانية، ومن أجل ذلك تدعو الندوة إلى إدراج تاريخ العلوم في مناهج الدراسة بالجامعات الإسلامية حتى يكون الطلبة على بينة من التواصل العلمي في الحضارة الإسلامية، كما توصي الندوة بالعناية بإخراج التراث العلمي الإسلامي الذي ما زال رهين المخطوطات، وتخصيص ما يلزم لتحقيقه ودراسته.

١٥ - تناشد الندوة البلدان الإسلامية أن توجه برامج التعليم ووسائل

الإعلام والتثقيف بحيث تغرس في مواطنيها ولاسيما أجيالها الناشئة ما حث عليه الإسلام من طلب العلم النافع بكل أنواعه وإيجاب الكشف عن سنن الله في خلقه وهو ما يعبر عنه الآن بالبحث العلمي.

١٦ - توصى الندوة البلدان الإسلامية أن تهتم اهتماما بالغا بقضايا التنمية البشرية باعتبارها المدخل الأساسي للتطور والتقدم، وأن تعمل على تكوين كتلة بشرية قادرة على إحداث التغيير العلمي المنشود وإرساء قواعد التميز في البحث العلمي ولاسيما في علوم الصدارة، وفي مقدمتها الإلكترونيات الدقيقة والمعلومات والاتصالات والهندسة الوراثية وعلوم الفضاء.

بيان من
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
عن
التعريف الطبي للموت

والصادر عن
الندوة التي عقدت في الكويت في الفترة
ما بين ٧ - ٩ شعبان ١٤١٧هـ
الموافق ١٧ - ١٩ ديسمبر ١٩٩٦م

١ - مقدمة

للدكتور أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد للمنظمة

٢ - أسماء المشاركين في ندوة «التعريف الطبي للموت»

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

للدكتور أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد للمنظمة

عقدت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ندوتها الطبية الأولى في سلسلة مناشطها العلمية بالكويت في الفترة ما بين ١٧ – ١٩ ديسمبر ١٩٩٦ م تحت عنوان: "التعريف الطبي للموت" وكانت تهدف إلى أمرين اثنين:

الأول: هو المتابعة الدقيقة لما وصل إليه البحث العلمي في هذا المجال.

الثاني: هو ما أثير على صفحات الصحف السيارة اليومية في بعض الدول العربية وشاشات التلفزيون ضد الرأي العالمي المجمع عليه باتخاذ موت الدماغ وجذعه كأساس لاستصدار شهادة الوفاة لتطبيق بعض أحكام الموت حسب توصية ندوة الفقه الطبي المنعقدة في الكويت عام ١٩٨٥ م وفتوى مجمع الفقه الإسلامي المنبثق من منظمة المؤتمر الإسلامي عام ١٩٨٦م.

وإيمانا من المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بضرورة طرح جميع الآراء ووجهات النظر المختلفة لدراستها ومناقشتها فقد عُقِدَت الندوة في رحاب المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وشارك فيها الأساتذة الآتية أسماؤهم مرتبة هجائيا:

أسماء السادة المشاركين في ندوة التعريف الطبي للموت المنعقدة بالكويت في الفترة ما بين ٧-٩ شعبان ١٤١٧هـ الموافق ١٧-١٩ ديسمبر ١٩٩٦م

١ - **الدكتور إبراهيم بدران**
عضو مجلس أمناء المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ووزير الصحة المصري السابق وأستاذ الجراحة العامة بالقصر العيني بالقاهرة.

٢ - **المستشار الدكتور إبراهيم علي حسن**
نائب رئيس مجلس الدولة - مصر.

٣ - **الدكتور أبو شادي الروبي**
أستاذ الأمراض الباطنية - القصر العيني - مصر.

٤ - **الدكتور أحمد بدران**
أستاذ الجراحة العامة - القصر العيني - مصر.

٥ - **الدكتور أحمد رجائي الجندي**
رئيس مركز الطب الإسلامي - الكويت
والأمين العام المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية.

٦ - **الدكتور أحمد القاضي**
عضو مجلس أمناء المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية - مدير معهد الطب الإسلامي للتعليم والبحوث - وجراح القلب بأمريكا.

٧ - **الدكتورة أسمهان الشبيلي**
قسم أمراض الجهاز العصبي ابن سينا - الكويت.

٨ - **السيدة جميلة شهاب**
رئيسة الفنيات بمركز الطب الإسلامي - الكويت.

٩ - **الدكتور حسان حتحوت**
عضو مجلس أمناء - استشاري النساء والولادة - أمريكا.

١٠ - **الدكتور حسن حسن علي**
أستاذ ورئيس قسم التخدير بجامعة هارفارد - أمريكا.

١١ - **الدكتور حسين الجزائري**
المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية - مصر

١٢ - **الدكتور حسين مليباري**
أستاذ مساعد واستشاري الأمراض العصبية بمستشفى جامعة الملك عبدالعزيز - السعودية.

١٣ - **الدكتور حمدي السيد**
نقيب أطباء مصر - عضو مجلس الشعب - وأستاذ جراحة القلب بطب عين شمس - مصر.

١٤ - **الدكتور خالد المذكور**
أستاذ بكلية الشريعة - جامعة الكويت وعضو مجلس أمناء المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

١٥ - **الدكتور خيري السمرة**
أستاذ جراحة المخ والأعصاب - كلية الطب - القصر العيني - عضو مجلس الشورى - مصر.

١٦ - **الدكتور رؤوف محمود سلام**
أستاذ الجراحة بكلية طب الأزهر - مصر.

١٧ - **الدكتور سهيل الشمري**
عضو هيئة التدريس جامعة الكويت - قسم الأعصاب - الكويت.

١٨ - **الدكتور صفوت حسن لطفي**
أستاذ التخدير بكلية الطب - جامعة القاهرة

١٩ - الدكتور صلاح العتيقي
رئيس منطقة الصباح الصحية وعضو مجلس أمناء المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية.

٢٠ - الدكتور عباس رمضان
رئيس قسم جراحة المخ والأعصاب، ونائب مدير مستشفى ابن سينا للجراحات التخصصية - الكويت.

٢١ - الدكتور عبدالرحمن العوضي
رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

٢٢ - المستشار عبدالله العيسى
نائب رئيس محكمة التمييز وعضو مجلس أمناء المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

٢٣ - الدكتور عبداللطيف عثمان
أستاذ ورئيس قسم الأعصاب بكلية الطب - جامعة الأزهر

٢٤ - الدكتور عبدالمنعم عبيد
رئيس قسم التخدير مستشفى المواساة الكويت.

٢٥ - الدكتور عدنان خريبط
رئيس قسم فسيولوجيا الأعصاب - ابن سينا - الكويت.

٢٦ - الدكتور عصام الشربيني
إستشاري الأمراض الباطنية مستشفى الصباح - الكويت.

٢٧ - الدكتور علي السيف
وكيل وزارة الصحة المساعد لشئون الصحة العامة - والأمين العام للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية - الكويت.

٢٨ - الدكتور فيصل عبدالرحيم شاهين
مدير عام المركز السعودي لزراعة الأعضاء - استشاري الأمراض الباطنية والكلى - السعودية.

٢٩ - الدكتور محمد رضا الجندي
مدير المستشفيات بالمنوفية - مصر.

٣٠ - الدكتور محمد زهير القاوي
استشاري الأمراض العصبية مستشفى الملك فهد ومركز الأبحاث في الرياض - السعودية.

٣١ - الدكتور محمد السبيل
استشاري زراعة الكبد مستشفى الملك فهد للحرس الوطني - السعودية.

٣٢ - الدكتور محمد شريف مختار
أستاذ أمراض القلب ورئيس قسم الحالات الحرجة - كلية الطب - جامعة القاهرة - مصر.

٣٣ - الدكتور محمد علي البار
استشاري الأمراض الباطنية والطب الإسلامي - السعودية.

٣٤ - الدكتور محمد عماد الدين فضلي
أستاذ الأعصاب - كلية الطب - جامعة عين شمس - مصر.

٣٥ - الدكتور محمد هيثم الخياط
نائب المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية - عضو مجلس أمناء المنظمة - الكويت.

٣٦ - الدكتور محمود سمحان
استشاري جراحة زراعة الأعضاء - الكويت.

٣٧ - الدكتور محمود كريدية
رئيس قسم الأمراض الباطنية - مستشفى البربير وأخصائي الأمراض العصبية - لبنان.

٣٨ - الدكتور مصطفى الموسوي
رئيس مركز حامد العيسى لزراعة الأعضاء بالكويت.

٣٩ - الدكتور ممدوح جبر
وزير الصحة المصري السابق - الأمين العام لجمعية الهلال الأحمر - وأستاذ طب الأطفال بالقصر العيني - مصر.

٤٠ - الدكتور مختار المهدي
استشاري جراحة الأعصاب - مصر.

٤١ - الدكتور مختار محمد بشر
باحث بالمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية - الكويت.

٤٢ - الدكتور يوسف ريزه لي
أخصائي جراحة الدماغ والجملة العصبية.

كلمة الدكتور
عبد الرحمن عبد الله العوضي -
رئيس المنظمة
في
افتتاح ندوة «التعريف الطبي للموت»

كلمة الافتتاح لمعالي الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

بسم الله الرحمن الرحيم

أيها الإخوة الأعزاء

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

يسعدني أن أرحب بحضراتكم في بلدكم الثاني الكويت إخوة أعزاء على المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية.

أيها الإخوة، لقد اعتادت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية منذ إنشائها أن تتصدى للمشكلات الطبية الحديثة التي طرأت على الممارسات الطبية كنتيجة حتمية للتقدم العلمي في كل مناحي الحياة.

فعقدت العديد من الندوات، جمعت فيها أهل الطب من جهة، وعلماء الفقه الإسلامي من جهة أخرى، لتبيان مدى الحل والحرمة في كل جديد دخل عالم الطب، وتدارسنا في هذه الندوات كل الجوانب الطبية التي تحيط بهذه المشكلات بصورة علمية محايدة حتى لا يحيد الرأي الإسلامي، وظهرت الشريعة الإسلامية عملاقة شامخة لتستوعب كل المحدثات التي عرضت على أساتذة الفقه الإسلامي، وإحدى هذه الصعوبات كانت رتعريف الموتذ. قبل عام ٥٨٩١ ظهرت هذه المشكلة

على الساحة العالمية ومثلت انعطافا خطيرا في المفهوم الإنساني، حيث بدأ العلماء في الغرب يبحثون طرق تشخيص الموت، خاصة في موتى الحوادث، وقرار إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي بعد أن يصبح الجسم الإنساني معتمدا عليها ولا يمكن أن تستمر فيه الحياة من دونها، وبدأت الساحة العالمية تتساءل في قلق شديد: هل يؤخذ بالمفهوم السابق وهو خمود كل أعضاء الجسم أو يؤخذ بموت جذع المخ رغم وجود بعض مظاهر الحياة وخاصة في القلب والرئتين؟

وأدلى كل فريق بدلوه، وظهرت الأبحاث الكثيرة، ولم تتوقف الأبحاث حتى الآن، وظهرت بروتوكولات عديدة لعل أشهرها هلسنكي ومنوسوتا وهارفارد ونوتنجهام وهافانا وسدني وكثير غيرها، وبدأ كل بلد يأخذ ما يراه مناسبا له لاستصدار شهادة الوفاة.

وظهرت الآراء العقائدية المختلفة؛ فاليهودية أدلت بدلوها، والجماعات المهتمة بالأخلاقيات الطبية عبرت عما تقتنع به، وغاب الرأي الإسلامي عن هذا الموضوع المهم والحيوي وكان لا بد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية أن تتصدى للمشكلة، فدعت الأطباء والفقهاء لندوة للاستماع والبحث والمناقشة، وكانت من أصعب الندوات في تاريخ المنظمة؛ لأن المشكلة تتمثل في أن الظاهر يخالف الواقع، فكيف تصدر شهادة وفاة بذلك؟ والفقيه بطبيعته حساس تجاه مثل هذه المسائل، لأنه يخشى أن يصدر حكما بالقتل على إنسان حي، ومن ثم فهو يأخذ دائما بالأحوط، ولكن سعة الأفق ورحابة الصدر بين الطرفين كانت الوسيلة المثلى لما يجب أن يكون عليه الاجتهاد الجماعي، فلم يعد لدينا لا الفقيه الموسوعي ولا الطبيب الموسوعي مثل ابن رشد الفيلسوف المشهور صاحب الكليات في الطب وبداية المجتهد ونهاية المقتصد في الفقه، والذي قيل عنه ركان يُهرع لفتواه في الطب كما كان يُهرع لفتواه في الفقهذ لذلك كان الحوار ساخنا في كل الأوقات،

والجميع يسعى إلى الحقيقة، والحكمة ضالة المؤمن أنى وجدها فهو أحق بها، وصدرت التوصيات في هذا المجال، وأعمال الندوة خير شاهد على هذا.

وعند دراستنا لهذا الموضوع لم تكن زراعة الأعضاء آنذاك تطرق الأبواب، بل إن المنظمة درست موضوع زراعة الأعضاء بعد هذا الموضوع بأربع سنوات.

بعد هذه المقدمة التي أردت أن تكون بسيطة مختصرة عن نشاط المنظمة في هذا المجال، أحب أن أضع أمامكم الأمور الآتية:

أولا: نحن جميعا في هذه القاعة فريق واحد يبحث عن الحقيقة، قد تختلف وجهات النظر حول الموضوع، ورغم أن هذه الاختلافات ظاهرة إنسانية فإنني أرجو ألا تكون سببا للخلاف بيننا وألا تفسد للود قضية، فالرسول ﷺ يقول: ركل ابن آدم خطّاء وخير الخطائين التوابونذ والإمام مالك رضي الله عنه يقول: ركل واحد يؤخذ منه ويرد عليه إلا صاحب هذا القبرذ وكان يشير إلى قبر سيد البشر رسولنا الكريم ﷺ.

ثانيا: إن أهم ما تبحث عنه المنظمة هو المصالح المرسلة التي حددتها الشريعة الإسلامية في مقاصدها الخمسة: رحفظ الدين والنفس والمال والنسل والعقلذ، فكيف تحفظ هذه المقاصد بحياة عليلة سقيمة؟!

ولن تستقيم حياة الأمة إلا إذا كانت قوية معافاة صحيحة. وهذه لن تتأتى إلا بأمرين اثنين: الإيمان القوي، والعلم النافع والعلم الذي أمرنا ديننا الإسلامي الحنيف أن نطلبه ونسعى في طلبه هو العلم الذي يعود على البشرية بالخير والنفع، وقرآننا فيه ما يزيد عن خمسمائة آية تحثنا على طلب العلم وتفرضه علينا، وقد وصف الإمام الشافعي الطب بصفة

خاصة فقال: رلا أعلم علما أنبل ولا أشرف من الطب غير العلوم الشرعية.

ثالثا: نحن مطالبون بالبحث العلمي والتغلب على مشكلاتنا الصحية، إلا أن عجلة البحث العلمي قد توقفت في بلادنا، وأصبحنا عالة ومستهلكين لكل التقدم العلمي، وضاعت فرص كثيرة على العالم العربي والإسلامي في التنمية لو كان بدأها لحصدنا نتائجها اليوم، وسنواجه بأخطر ما ووجهت به الأمة وهو اتفاقية الجات، ليضيع ما بقي لدينا من مؤسسات علمية بسيطة.

رابعا: إن هذا التقدم في العالم يدق أبواب بلادنا شئنا أو أبينا، فكان علينا أن نتدارس كل هذه الأمور بما يتوافق مع تعاليم شريعتنا، فإن جاءت متطابقة مع إسلامنا قبلناها وإن كانت غير ذلك رفضناها.

خامسا: الموضوع الذي نحن بصدده اليوم رتعريف الموت البشريذ موضوع خطير لأنه يمس كيان الإنسان من حيث هو إنسان، ورغم أن المنظمة عقدت ندوة فقهية طبية عام ٥٨٩١ بهذا الخصوص، فإنها آثرت أن تعقد هذه الندوة بحثا عما استجد على الساحة العالمية، وقررت أن تؤجل انعقادها إلى ما بعد مؤتمر سان فرانسيسكو في الفترة ما بين ٧١-٩١ من نوفمبر ٦٩٩١م الذي شارك فيه ثلاثة مندوبين عن المنظمة للاطلاع على أحدث ما وصل إليه العلم في هذا المجال ولتزويد ندوتنا هذه بما شاهدوه وسمعوه بكل الصدق والأمانة. والتقرير بين أيدي حضراتكم لتكونوا على بينة من أحدث الأبحاث في هذا المجال، ولن أعلق عليه لكي لا يعد هذا مصادرة للآراء، وسأترك لحضراتكم مناقشة الأبحاث التي بين أيدينا لنصل في النهاية إلى قرار واضح وصريح.

سادسا: إن المشكلة مشكلة مهنية بحتة، والأمانة تقتضي أن

تُعرض الآراء بأمانة وإخلاص في أي محفل أو لقاء، لأن إخفاء جزء من الحقيقة جريمة أمام الله وأمام الناس، فلا غاية لنا من الوصول إلى الحقيقة سوى إرضاء رب العالمين ودفع المسيرة الصحية إلى الأمام، ومساندة عجلة التنمية لدولنا العربية والإسلامية لترتفع الهامات ويكون لنا دور في المسيرة الإنسانية.

سابعا: مع أن ندوتنا هذه طبية - وغاب الجناح الآخر عنها وهو الفقه، ولسنا في معرض تبيان الحلال والحرام - إلا أن نتائج هذه الندوة سوف تؤدي إلى استصدار الفتوى بالتحليل أو التحريم، ولذلك يجب أن نفرق بين أمرين: الأول هو مدى الحل والحرمة في هذه الأمور الجديدة، وأصحاب القول الفصل في هذا الأمر هم علماء شريعتنا الإسلامية الغراء، أما الأمر الثاني - وهو الذي يبدو أن له السيطرة على الساحة العربية والإسلامية، والعالمية أيضاً - فهو الممارسات غير الأخلاقية، وهذان أمران مختلفان تمام الاختلاف، فهذه الأخيرة صفة بشرية، فلقد خلق الله الإنسان وخلق فيه الخير والشر، وخير ما قيل في هذا الموضوع قول رب العالمين واصفا النفس البشرية: رونفس وما سواها، فألهمها فجورها وتقواها، قد أفلح من زكاها، وقد خاب من دساهاذ، وهنا نلاحظ أن الفجور جاء قبل التقوى، ولذلك فإن الخلافات في هذا المجال يجب ألا تزعجنا بل علينا أن نقومها ونواجهها بما يردعها ونصحح مسارها وأن نتصدى لها جميعا.

والانحرافات ليست مقصورة على فئة معينة ولا قطر بعينه، لكنها تمارس على امتداد العالم شرقه وغربه، فقيره وغنيه.

إن الأخذ بالتقدم العلمي ليس بدعة بل قد يكون فرض عين، فلولا مسايرتنا لهذا التقدم ما وصلنا إلى ما نحن فيه من اكتشافات جديدة في التشخيص والعلاج والدواء لإنقاذ الآلاف بل الملايين من

المسلمين وغير المسلمين، ولم يفرق العلم بين فقير وغني بل الجميع سواسية.

قد تكون التكنولوجيا مرتفعة الثمن في بدايتها ولا يقدر عليها إلا الأغنياء، وبمرور الزمن يصبح كل شيء ميسراً ويستفيد منه الجميع، والأمثلة كثيرة في عالم الدواء والتشخيص والعلاج.

لذلك فإن معيار رفض أي تقدم علمي هو مدى الاتفاق والاختلاف مع الشريعة الإسلامية.

وبهذا يعيش المجتمع المسلم في ظل حضارته الإسلامية متكاملا بعضه مع بعضه الآخر.

أدعو لحضراتكم بالتوفيق شاكرا لكم تجشمكم مشقة السفر رغم مشاغلكم الكثيرة، وإن دل هذا على شيء فإنه يدل على اهتمامكم وحبكم لإسلامكم ومصلحة أبناء أمتكم مهما كلفكم ذلك من مشقة.

«ربنا لا تزغ قلوبنا بعد إذ هديتنا، وهب لنا من لدنك رحمة، إنك أنت الوهاب».

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته، ، ،

بيان من المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية حول التعريف الطبي للموت

بسم الله الرحمن الرحيم

بيان من المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية حول التعريف الطبي للموت

سبق للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية أن عقدت في عام ١٩٨٥، ندوة ضمت نخبة من الفقهاء والأطباء ورجال القانون والعلوم الإنسانية، درست فيها موضوع نهاية الحياة الإنسانية دراسة مستفيضة، ومحصت هذا الموضوع تمحيصا دقيقا، ووافقت على ما يلي:

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

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

ثالثا: وقد تدارست الندوة ما ورد في كتب التراث الفقهي من

الأمارات التي تدل على الموت، واتضح لها أنه في غيبة نص شرعي يحدد الموت، تمثل هذه الاجتهادات ما توفر آنذاك من معرفة طبية. ونظرا لأن تشخيص الموت والعلامات الدالة عليه كان على الدوام أمرا طبيا يبني بمقتضاه الفقهاء أحكامهم الشرعية، فقد عرض الأطباء في الندوة الرأي الطبي المعاصر فيما يختص بحدوث الموت.

رابعا: وضح للندوة بعد ما عرضه الأطباء:

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

- أن تشخيص موت جذع المخ له شروطه الواضحة، بعد استبعاد حالات بعينها قد تكون فيها شبهة، وأن في وسع الأطباء إصدار تشخيص مستقر يُطمأَن إليه بموت جذع المخ.

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

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

أما تطبيق بقية أحكام الموت عليه فقد اتجه الفقهاء الحاضرون إلى تأجيله حتى تتوقف الأجهزة الرئيسية.

وتوصي الندوة بأن تجرى دراسة تفصيلية أخرى لتحديد ما يعجل وما يؤجل من الأحكام.

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

وانطلاقا من حرص المنظمة على متابعة جميع المستجدات العلمية على الساحة العالمية والإقليمية، وحرصا منها على جلاء بعض الشبهات التي نجمت في الآونة الأخيرة عمّا نشر في الصحف السيارة وأذيع على شاشات التلفزيون، من تشكيك في المفهوم المتفق عليه عالميا والقائل باعتبار موت الدماغ brain مع موت جذعه موتا كليا لا رجعة فيه، أساسا لتحديد لحظة الموت.

ولما كانت الساحة العلمية بطبيعتها ساحة متحركة، فقد رأت (المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية) أن من واجبها تحري الحقيقة وتسليط الضوء من جديد على هذا الموضوع استجلاء لوجه الحق فيه، فقامت من أجل ذلك بخطوتين:

أما الخطوة الأولى: فتمثلت في مشاركة المنظمة في المؤتمر الدولي السنوي رلشبكة موت الدماغ وتحديد الموتذ الذي انعقد بمدينة [سان فرنسيسكو] بالولايات المتحدة الأمريكية في نوفمبر ٦٩٩١م، للتعرف على أية مستجدات في الموضوع وقد تأكد لممثلي المنظمة في هذا المؤتمر أنه لم يطرأ أي تعديل على المفهوم المتفق عليه، والقائل باعتبار موت الدماغ وجذعه موتا كليا لا رجعة فيه أساسا لتحديد لحظة الموت، وأنه ما من حالة صح فيها تشخيص موت الدماغ وجذعه

عادت إليها الحياة، وما من حالة عادت إلى الحياة توفرت فيها الشروط الأساسية لتشخيص موت الدماغ وجذعه، وأن كل الاختلافات التي ظهرت أثناء المناقشات إنما انحصرت في أمور فلسفية بحتة لا أثر لها في تحديد لحظة الموت.

وأما الخطوة الثانية: فكانت إقامة ندوة بالكويت من ٧١-٩١ ديسمبر ٦٩٩١م ضمت نخبة من الأساتذة المختصين في الأمراض العصبية، وجراحة الأعصاب، والتخدير، والعناية المركزة، وجراحة القلب، وزرع الأعضاء، والطب الباطني، وطب الأطفال، والأمراض النسائية، والجراحة العامة، ومختصين في التشريع الطبي، وفدوا من المملكة العربية السعودية والكويت ومصر ولبنان وتركيا والولايات المتحدة الأمريكية، كما حضرها المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية.

وقد فُصِّل الأمر خلال الندوة تفصيلا كاملا، ودار نقاش طويل واف للموضوع على مدى ثلاثة أيام، وتبين للمجتمعين أنه ما من حالة تأكد فيها تشخيص موت الدماغ وجذعه وعادت إليها الحياة، وما من حالة عادت إلى الحياة بعدما توفرت فيها شروط تشخيص موت الدماغ وجذعه، وأن كل الحالات التي استشهد بها مَنْ شكك في هذا المفهوم كانت إما حالات لم يتم الالتزام فيها بمعايير التشخيص التزاما صارما، وإما حالات نجمت عن خطأ في التشخيص أو الاستنتاج أو الاستدلال.

وبعد جلاء الموضوع، وتصفيته مما ثار حوله، والكشف عن وجه الصواب كما فصله الأساتذة الحاضرون، تأكيدا لرسالة الطبيب الملتزم بتعاليم دينه، والمطلع على أحدث ما وصل إليه العلم الحديث، وكما خلص إليه الرأي العالمي في العديد من المؤتمرات العالمية السابقة على هذه الندوة، وفي ضوء الخبرات الجيدة التي عرضت في الندوة من المنطقة، ولا سيما ما قام به العاملون في المجال الصحي في المملكة

العربية السعودية وما يلتزمون به من احتياطات شرعية وعلمية، طمأنت المجتمعين إلى أن هذه الخبرات تتفق مع آخر ما توصل إليه العلم الحديث، فقد أصبح واضحا للمجتمعين أن الموضوع لم يجدّ به جديد وأن ذلك يدعو المنظمة للتمسك بتوصياتها السابقة في ندوتها رالحياة الإنسانية: بدايتها ونهايتها التي عقدت بالكويت عام ١٩٨٥، والفتاوى الصادرة من مجمع الفقه الإسلامي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي عام ١٩٨٦م، بل إن كل ما استجد يؤكد صحة ما انتهت إليه تلك التوصيات.

وقد أقرت المنظمة، بناء على معالجات ومناقشات أهل الذكر والتخصص الطبي الثقات، المفاهيم والمعايير والضوابط التشخيصية التالية لتحديد لحظة الموت، وذلك للاسترشاد بها في إصدار التشريعات والقرارات التنظيمية في هذا الصدد، وهي تمثل الضوابط والمعايير المتفق عليها عالميا، والتي وثقتها التجربة والممارسة.

أولا - العلامات التي يعرف بها الموت:

يعتبر الشخص ميتا في إحدى هاتين الحالتين:

أ - التوقف الكامل الذي لا رجعة فيه لوظائف الجهاز التنفسي والجهاز القلبي الوعائي.

ب - التوقف الكامل الذي لا رجعة فيه لكل وظائف الدماغ brain بأجمعه، بما في ذلك جذع الدماغ brain stem.

ويجب التحقق من حصول إحدى الحالتين السابقتين حسب المعايير الطبية المقبولة.

ثانيا - الدلائل الإرشادية لتقرير موت الدماغ بما فيه جذعه:

- يتطلب نجاح هذه الدلائل الإرشادية وجود طبيب حكيم مختص وحاذق،

ذي خبرة في الفحص السريري (الاكلينيكي) لحالات موت الدماغ وما يتطلبه ذلك من إجراءات.

- تستدعي فترات المراقبة الموصوفة أن يكون المصاب تحت رعاية تامة من قبل الطبيب، وفي مركز متخصص تتوافر لديه الإمكانات اللازمة لهذا الأمر.
- ينصح بالاستشارة من متخصص ذي خبرة كلما تطلب الأمر ذلك.

الشروط المسبقة Preconditions الواجب توافرها قبل التفكير في تشخيص موت الدماغ brain death:

١ - أن يكون المصاب في غيبوبة عميقة لم يمكن استفاقته منها.

٢ - أن يكون سبب الغيبوبة هو حدوث تلف شديد في بنية الدماغ بسبب إصابة شديدة (مثل رض شديد على الرأس أو نزف جسيم massive داخل الدماغ)، أو في أعقاب جراحة على الرأس، أو ورم كبير داخل الجمجمة أو انقطاع التروية الدموية عن الدماغ لأي سبب، وتأكيد ذلك بالوسائل التشخيصية اللازمة.

٣ - أن يكون قد مضى ست ساعات على الأقل من دخول المصاب في غيبوبة.

٤ - ألّا يوجد لدى المصاب أي محاولة للتنفس التلقائي.

ولتشخيص التوقف الكامل الذي لا عودة فيه لوظائف الدماغ بما في ذلك جذع الدماغ فإن ذلك يستلزم:

١ - غيبوبة عميقة مع انعدام الإدراك unreceptivity والاستجابة unresponsivity.

٢ - العلامات السريرية (الإكلينيكية) لتوقف وظائف جذع الدماغ وتشمل غياب منعكسات الحدقة والقرنية، واختفاء المنعكس

الرأسي العيني oculocephalic reflexÀ والمنعكس العيني الدهليزي oculovestibular reflex والمنعكس البلعومي Gag reflex ومنعكس السعال والتقيؤ cough and vomiting reflexes.

٣ - انعدام قدرة المصاب على التنفس التلقائي بالاختبار المعتمد Apnea test أثناء توقف مضخة التنفس لفترة محددة.

ويلاحظ في هذا الشأن:

- أن بعض المنعكسات النخاعية الشوكية يمكن أن تبقى حتى بعد حدوث الموت ولا تتعارض مع اكتمال تشخيص موت الدماغ.

- وأن وضعيات التشنج المميزة لفصل القشرة decortication أو فصل المخ decerebration وكذلك الاختلاجات الصرعية seizures لا تتوافق مع تشخيص موت الدماغ.

كما يجب استبعاد كل الحالات المرضية التي يمكن علاجها أو تراجعها وفقا لما يلي:

١ - استبعاد أي احتمال لكون المصاب تحت تأثير المهدئات sedatives أو المواد المخدرة narciotics أو السموم poisons أو مرخيات العضلات muscle relaxantsÀ أو هبوط حرارة الجسم دون ٣٣ مئوية، أو أن يكون المصاب في حالة صدمة قلبية وعائية لم تعالج.

٢ - استبعاد الاضطرابات الاستقلابية (الأيضية) metabolic أو الغُدَدِيَّة التي يمكن لها أن تؤدي إلى تلك الغيبوبة.

٣ - التأكد من توقف كلي في وظائف الدماغ توقفا يستمر لفترة من الملاحظة والمعالجة وهي:

- ١٢ ساعة منذ تشخيص غيبوبة اللاعودة.

- ٢٤ ساعة حين يكون سبب الغيبوبة هو الانقطاع الشامل في الدورة الدموية (كما يحدث في توقف القلب مثلا).
- وفي الأطفال دون سن الشهرين تمدد فترة الملاحظة والعلاج إلى ٢٧ ساعة مع إعادة تخطيط كهربية الدماغ بعد فترة الملاحظة، أو تجرى اختبارات الدورة الدموية على الدماغ.

أما الأطفال من شهرين إلى اثني عشر شهرا فيحتاج تقرير حالة اللاعودة فيهم إلى زيادة فترة الملاحظة والعلاج إلى ٤٢ ساعة مع إعادة تخطيط كهربية المخ بعد فترة الملاحظة.

ويعامل الأطفال فوق السنة الأولى من العمر معاملة البالغين.

مواصفات الفريق المخول إليه تقرير موت الدماغ:

١ - يتكون الفريق من طبيبين مختصين على الأقل، من ذوي الخبرة في تشخيص حالات موت الدماغ، ويفضل استشارة طبيب ثالث مختص في الأمراض العصبية عند الحاجة.

٢ - ينبغي أن يكون أحد الطبيبين على الأقل مختصا بالأمراض العصبية أو جراحة الدماغ والأعصاب أو العناية المركزة.

ودرءا لأية شبهة أو مصلحة خاصة قد تؤثر على القرار، يستبعد من هذا الفريق أي من المذكورين فيما يلي:

١ - أي فرد من فريق زرع الأعضاء.

٢ - أي فرد من عائلة المصاب.

٣ - أي فرد آخر له مصلحة خاصة في إعلان موت المصاب (كأن يكون له إرث أو وصية مثلا).

٤ - كل من ادعى عليه ذوو المصاب بإساءة التصرف المهني تجاه المصاب.

نموذج إرشادي لإصدار شهادة موت الدماغ:

يقترح إعداد استمارة تحتوي على مكان لتوقيع كل من الأطباء الفاحصين مقابل كل شرط من الشروط.

	الفحص الأول عند التشخيص المبدئي لموت الدماغ	الفحص الثاني بعد ٦ ساعات من الفحص الأول
أ – استيفاء الشروط المسبقة.	.....	.....
– حدوث تلف لا يمكن شفاؤه قد أصاب الدماغ وذلك بسبب (يذكر السبب مثل النزف الدماغي الجسيم)	.....	.....
– مضي ست ساعات على الأقل بعد الدخول في الغيبوبة.	.....	.....
– عدم تمكن المصاب من التنفس التلقائي	.....	.....
ب – استبعاد الأسباب المشتبهة:		
– هل حرارة باطن الجسم دون ٣٣ مئوية؟	.....	.....
– هل المصاب لم يعالج بأدوية تحدث الغيبوبة أو بمرخيات العضلات – الخ؟	.....	.....
– هل تم إجراء قياس معملي (مختبري) لمستوى الأدوية التي يمكن أن تحدث الغيبوبة؟	.....	.....
- هل المصاب في حالة صدمة قلبية وعائية لم تعالج؟	.....	.....

- هل تم استثناء الأسباب الاستقلابية والغدية؟ ....

جـ - الفحص السريري (الإكلينيكي):

- هل انعدمت الاستجابة للمنبهات الخارجية؟ ....
- هل منعكسات جذع الدماغ الآتية موجودة:؟

- استجابة الحدقة للضوء ....
- استجابة القرنية للمس ....
- المنعكس الرأسي العيني ....
- المنعكس الدهليزي العيني ....
- منعكس التقيؤ ....
- منعكس السعال ....

د - الاختبارات التأكيدية عند الضرورة:

أ - تخطيط كهربية الدماغ وفق المعايير المقبولة ☐ لا يوجد نشاط كهربي أو

ب - انعدام الدورة الدموية نحو الدماغ بالتصوير ☐ لا يوجد دورة دموية للدماغ

هـ - في حالة استيفاء الشروط السابقة هل أجري اختبار

- توقف التنفس؟ ....
- ما نتيجته؟ ....

وبعد، فإن المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، إيمانا منها بدورها في خدمة شريعة الله السمحة الصالحة لكل زمان ومكان والمحققة دوما للمصالح الصحية للعباد، تغتنم هذه المناسبة لتناشد جميع المعنيين بهذه القضايا الهامة، أن يحصروا مناقشة هذه القضايا الهامة مناقشة علمية جادة مستنيرة مع أهل الذكر من الأطباء المختصين في المحافل العلمية المناسبة، ولا يخرجوا على عامة الناس بعرض آراء أو أفكار يمكن أن تحدث بلبلة أو قلقا لدى الناس.

كما تهيب المنظمة بالمسؤولين في بلدان العالم الإسلامي أن يستصدروا التشريعات التي تتضمن ضوابط تحديد لحظة الموت، والتشريعات التي تتضمن ضوابط زرع الأعضاء، مسترشدين بما توصلت إليه هذه الندوة ضمانا لتوفير الرعاية الإنسانية والأخلاقية للمواطنين، واجتلاء للأصول الشرعية في هذا المجال، واجتنابا لأي انحراف عن الممارسة الطبية القويمة مرده إلى عدم وجود تشريع منظم للقواعد والضوابط أو غموض في تبيُّهن هذه الأصول.

كما تدعو المنظمة إلى إيجاد وسيلة للتواصل بين العاملين في مراكز زرع الأعضاء في البلدان العربية والإسلامية، لتبادل المعلومات والخبرة والتدريب، والتعاون في رفع مستوى هذا النوع من أنواع الرعاية الطبية.

والله من وراء القصد، ، ،

أسماء المشاركين
في الندوة التي عقدتها
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
عام ١٩٨٥

بسم الله الرحمن الرحيم
أسماء المشاركين في الندوة التي عقدتها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية عام ١٩٨٥

الرقم	الاسم	الوظيفة
١	الشيخ، إبراهيم الدسوقي	وزير الأوقاف السابق – جمهورية مصر العربية.
٢	الدكتور / أحمد أبو الفضل	طبيب بمركز الطب الإسلامي.
٣	الدكتور / أحمد الشطي	طبيب بوزارة الصحة العامة.
٤	الدكتور / أحمد الغندور	أستاذ بكلية الشريعة والدراسات الإسلامية.
٥	الدكتور / أحمد القاضي	جراح القلب بأمريكا.
٦	الدكتور / أحمد شرف الدين	أستاذ مساعد بكلية الحقوق بجامعة الكويت.
٧	الدكتور / أحمد شوقي إبراهيم	مستشار أمراض باطنية بمستشفى الصباح.
٨	الدكتور / أحمد فؤاد خليل	رئيس قسم الأطفال بمستشفى الفروانية.
٩	الدكتور / أحمد نعيم	مدير إدارة الخدمات الفنية المركزية.
١٠	الشيخ / المختار السلامي	مفتي الجمهورية التونسية.
١١	الشيخ / بدر المتولي عبدالباسط	أمين عام الموسوعة الفقهية بوزارة الأوقاف.
١٢	الدكتور / توفيق التميمي	عميد كلية الطب والعلوم الطبية بجامعة الملك فيصل بالمملكة العربية السعودية.
١٣	الدكتور توفيق الواعي	مدرس بكلية الشريعة والدراسات الإسلامية – جامعة الكويت.
١٤	الدكتور جمال حسني	مستشار بمستشفى الرازي.
١٥	الدكتور / جورج أبونا	رئيس قسم زراعة الأعضاء بمستشفى مبارك الكبير.

الرقم	الاسم	الوظيفة
١٦	الشيخ / حاي أحمد الحاي	وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية.
١٧	الدكتور حسان حتحوت	أستاذ أمراض النساء والولادة بكلية الطب بجامعة الكويت.
١٨	الدكتور حسن الشاذلي	عميد كلية الشريعة والدراسات الإسلامية.
١٩	الدكتور / حسين المؤمن	رئيس قسم الصحة المدرسية.
٢٠	الدكتور خالد المذكور	أستاذ بكلية الشريعة والدراسات الإسلامية.
٢١	الشيخ / راشد الحماد	مستشار بمحكمة الاستئناف.
٢٢	الشيخ زكي الدين شعبان	أستاذ بكلية الشريعة والدراسات الإسلامية.
٢٣	الدكتور / سامي مطر	مدير إدارة الخدمات الطبية الخارجية ومدير منطقة الفروانية الطبية
٢٤	الدكتور / شهاب أحمد شهاب	طبيب م. الأمراض السارية.
٢٥	الشيخ / صالح موسى شرف	عضو هيئة كبار العلماء وعضو مجلس البحوث الإسلامية وعضو مجلس جامعة الأزهر وأستاذ الدراسات العليا بها.
٢٦	الدكتورة/ صديقة العوضي	مديرة مركز الوراثة – وزارة الصحة.
٢٧	الدكتور/ صلاح الددح	طبيب بقسم زراعة الكلى.
٢٨	الدكتور / صلاح العتيقي	مدير منطقة العدان الصحية.
٢٩	الدكتور / طارق العبدالجادر	وكيل الوزارة المساعد للشئون الفنية.
٣٠	الدكتور /طلعت القصبي	رئيس وحدة بمستشفى الولادة.
٣١	الدكتور /عادل التوحيد	طبيب – وزارة الصحة – الكويت.
٣٢	الدكتور/عارف خليل أبوعبد	كلية الشريعة والدراسات الإسلامية.
٣٣	الدكتور/ عبد الحافظ حلمي	أستاذ بقسم الحيوان بكلية العلوم. جامعة الكويت.
٣٤	الدكتور/عبد الرحمن السميط	طبيب بمستشفى الصباح.
٣٥	الشيخ عبد الرحمن عبد الخالق	مدرس أول تربية إسلامية وزارة التربية.
٣٦	الدكتور/ عبد الرزاق البحر	مدير منطقة وسط المدينة الطبية.
٣٧	الدكتور/عبد الرزاق السمرائي	طبيب بمستشفى ابن سينا.
٣٨	الدكتور عبد الستار أبو غدة	مقرر الموسوعة الفقهية بوزارة الأوقاف
٣٩	الدكتور / عبد العزيز خلف	مدير منطقة الجهراء الطبية
٤٠	الدكتور / عبد العزيز كامل	مستشار بالديوان الأميري

الرقم	الاسم	الوظيفة
٤١	الدكتور / عبد الفتاح عثمان	أستاذ بقسم الخدمة الاجتماعية – جامعة الكويت.
٤٢	الشيخ / عبد القادر العماري	قاضي بالمحكمة الأولى بقطر
٤٣	المستشار / عبد الله العيسى	نائب رئيس محكمة الاستئناف
٤٤	الدكتور / عبد الله باسلامه	أستاذ رئيس قسم أمراض النساء والولادة بكلية الطب – جدة.
٤٥	الدكتور / عبد الله بن عبد المحسن التركي	مدير جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية – الرياض.
٤٦	الدكتور / عبد الله محمد عبد الله	مستشار بمحكمة الاستئناف – الكويت.
٤٧	الدكتور / عبد المحسن خليل	رئيس المجلس الطبي العام – وزارة الصحة
٤٨	الدكتور / عبد المهيمن بكر سالم	أستاذ ورئيس قسم القانون الجنائي كلية الحقوق – جامعة الكويت.
٤٩	الدكتور / عبد الهادي أبو ريدة	أستاذ بقسم الفلسفة بكلية الآداب – جامعة الكويت.
٥٠	الدكتور / عجيل النشمي	أستاذ بكلية الشريعة والدراسات الإسلامية.
٥١	الدكتور / عصام الشربيني	مستشار أمراض باطنية – مستشفى الصباح.
٥٢	الدكتور / علي التنير	مدير مستشفى الولادة.
٥٣	الدكتور / علي السيف	مدير إدارة العلاقات الصحية الدولية وأمين عام المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية.
٥٤	الشيخ / علي عبد الوهاب المطوع	رئيس جمعية الإصلاح الاجتماعي.
٥٥	الدكتور / عمر الأشقر	أستاذ بكلية الشريعة والدراسات الإسلامية.
٥٦	الدكتور / عنيزي العنيزي	رئيس مختبر الهرمونات – مستشفى الصباح.
٥٧	المستشار / فؤاد توفيق	مستشار – وزارة الصحة العامة.
٥٨	الدكتورة / كافية رمضان	أستاذة بكلية الآداب جامعة الكويت.
٥٩	الدكتور / كمال الزناتي	المدير الفني لمكتب سعادة وزير الصحة.
٦٠	الدكتورة / ليلى الدوسري	رئيسة قسم رعاية الأمومة والطفولة.
٦١	الدكتور / مأمون الحاج إبراهيم	رئيس وحدة م. الولادة.
٦٢	الدكتور / محمد الأشقر	باحث بالموسوعة الفقهية.
٦٣	الدكتور / محمد عثمان شبير	كلية الشريعة والدراسات الإسلامية.
٦٤	المستشار / محمد فاروق توفيق	مستشار بوزارة العدل.
٦٥	الدكتور / محمد فجر الإسلام	أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي بكلية الطب جامعة الكويت.

الرقم	الاسم	الوظيفة
٦٦	الدكتور محمد فوزي فيض الله	أستاذ بكلية الشريعة والدراسات الإسلامية.
٦٧	السيد / محمد ناصر الحمضان	وكيل وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية.
٦٨	الدكتور / محمد نعيم ياسين	أستاذ بكلية الشريعة والدراسات الإسلامية.
٦٩	الدكتور / محمود البوز	رئيس قسم جراحة العظام م. الفروانية
٧٠	الدكور / محي الدين سليم	رئيس قسم الأمراض الجلدية م. الصباح.
٧١	الدكتور / مختار المهدي	رئيس قسم جراحة الأعصاب م. ابن سينا.
٧٢	الدكتور / مصطفى صبري	أستاذ بكلية الإلهيات بمرمرة - استطنول - تركيا.
٧٣	الدكتور/ نصر أحمد نصر	نائب رئيس قسم الصحة المدرسية.
٧٤	الشيخ / يوسف الحجي	وزير الأوقاف السابق.
٧٥	الدكتور / يوسف القرضاوي	عميد كلية الشريعة / جامعة قطر.
٧٦	الدكتور / يونس مفتو	أستاذ بكلية طب حاجت تبه بتركيا سابقا ووكيل وزارة الصحة بتركيا.

قرارات مجمع الفقه الإسلامي بجدة بشأن أجهزة الإنعاش

بسم الله الرحمن الرحيم
مجمع الفقه الإسلامي

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد خاتم النبيين وعلى آله وصحبه.

القرار رقم (٥) د ٣ / ٠٧ / ٨٦
بشأن " أجهزة الإنعاش "

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره الثالث بعمان عاصمة المملكة الأردنية الهاشمية من ٨ إلى ١٣ صفر هـ / - ١١ إلى ١٦ أكتوبر ١٩٨٦ م.

بعد التداول في سائر النواحي التي أثيرت حول موضوع "أجهزة الإنعاش" واستماعه إلى شرح مستفيض من الأطباء المختصين.

قرر ما يلي:

يعتبر شرعا أن الشخص قد مات وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعا للوفاة عند ذلك إذا تبينت فيه إحدى العلامتين التاليتين:

١ - إذا توقف قلبه وتنفسه توقفا تاما وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه.

٢ - إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلا نهائيا، وحكم الأطباء

الاختصاصيون 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 مثلا لا يزال يعمل آليا بفعل الأجهزة المركبة.

والله أعلم،،،

الفهرس

- مقدمة للدكتور أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد للمنظمة ٤٨٣
- أسماء المشاركين في ندوة «التعريف الطبي للموت» ٤٨٤
- كلمة الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي
رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ٤٨٩
- بيان المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
حول التعريف الطبي للموت ٤٩٧
- أسماء المشاركين في الندوة التي عقدتها
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية عام ١٩٨٥ ..... ٥١١
- القرار رقم (٥) الصادر من مجمع الفقه الإسلامي
بشأن أجهزة الإنعاش ٥١٧

الجزء الرابع
الملاحــق

ملحق رقم (١)
أسماء السادة المشاركين
في مؤتمر الميثاق الإسلامي العالمي
للأخلاقيات الطبية والصحية

ملحق رقم (١)
أسماء السادة المشاركين
في مؤتمر الميثاق الإسلامي العالمي
للأخلاقيات الطبية والصحية
في الفترة ما بين ١١ - ١٤ ديسمبر ٢٠٠٤ القاهرة

١ - الدكتور إبراهيم الشريدة - مؤسسة الكويت للتقدم العلمي - الكويت.

٢ - الدكتور إبراهيم بدران - وزير صحة مصر سابقا.

٣ - الدكتور أبو الخير بريغش - أخصائي في الباطنية والغدد الصماء - إيطاليا -.

٤ - الدكتور أحمد الشطي مدير HEMD & OHD - وزارة الصحة - الكويت.

٥ - الدكتور أحمد الطيب - رئيس جامعة الأزهر - مصر.

٦ - الدكتور أحمد بدران - مصر.

٧ - الدكتور أحمد بن عبد القادر الغساني - وكيل وزارة الصحة للشئون الصحية - وزارة الصحة - مسقط - سلطنة عمان.

٨ - الدكتور أحمد بن مخلوف - طبيب اختصاصي في أمراض الكلى - نائب رئيس المجلس الوطني لهيئة الأطباء الوطنية - المغرب.

٩ - الدكتور أحمد جمال أبو العزايم - مصر.

١٠ - الدكتور أحمد رجائي الجندي - الأمين العام المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية - الكويت.

١١ - الدكتور أحمد زكي السباعي - مستشار في الوراثة - مصر.

١٢ - الأستاذ أحمد عبد الرحيم - رئيس مختبر كيمياء العقاقير - مركز الطب الإسلامي - الكويت.

١٣ - الدكتور أحمد عمر هاشم - رئيس جامعة الأزهر سابقا - مصر.

١٤ - الدكتور أحمد عنكيط - نائب رئيس شبكة عجمان - الإمارات.

١٥ - السيد / أحمد فوزي إسماعيل - عضو هيئة مكتب رئيس شبكة جامعة عجمان - الإمارات.

١٦ - الدكتور أحمد محمد الحداد - أستاذ ورئيس قسم طب المجتمع - جامعة صنعاء - اليمن.

١٧ - السيد / أحمد يسري أحمد - مصور صحفي بجريدة الجمهورية.

١٨ - الدكتور أسامة الخولي - وزارة الصحة - مصر.

١٩ - الدكتور أسامة العبد - الكويت.

٢٠ - السيد / أسامة جعفر - محرر صحفي بمجلة الأطباء.

٢١ - الدكتور أسامة رسلان - الأمين العام لنقابة أطباء مصر.

٢٢ - السيدة أسماء غنيم محمود غنيم - صحفية جريدة العالم اليوم - نهضة مصر.

٢٣ - الدكتورة اسمهان الشبيلي - رئيس قسم الجهاز العصبي - مستشفى ابن سينا - الكويت.

٢٤ - الدكتور أشرف الكردي - وزير الصحة الأردني سابقا.

٢٥ - السيد / أشرف محمد فوزي أبو السعود - صحفي بجريدة الجمهورية - مصر.

٢٦ - الدكتور/ السيد محمد يوسف - أستاذ الجراحة - جامعة القاهرة.

٢٧ - الدكتور المبشر أبو بكر عبده - صندوق إعانة المرضى - مدير التعليم والتدريب - السودان.

٢٨ - الدكتور إمام صديق عبد المعطي - السودان.

٢٩ - السيدة / أماني صالح محمد أحمد.

٣٠ - السيد / أمير لاشين - صحفي بجريدة أخبار اليوم - القاهرة.

٣١ - الدكتور أمين كشميري - السعودية.

٣٢ - السيدة انتصار أحمد إبراهيم - مديرة مكاتب دلال أحمد جمال أبو العزايم.

٣٣ - الدكتور أنس شاكر - استشاري تخدير وإنعاش - أمين عام اتحاد الأطباء العرب في أوروبا - فرنسا.

٣٤ - السيدة / آيات الموافي - صحفية بجريدة الحرية - مصر.

٣٥ - الدكتور إياد عبد الرازق الصالح نائب عميد كلية الطب للبحث العلمي - جامعة الكويت.

٣٦ - الدكتورة إيمان صابر علي - كلية التجارة - مصر.

٣٧ - الدكتور توفيق بن خوجة - مدير عام المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول الخليج العربية - السعودية.

٣٨ - الدكتور جاسم إبراهيم قاسم - رئيس دائرة الجراحة - رئيس لجنة أخلاقيات المهنة - وزارة الصحة - البحرين.

٣٩ - الدكتورة جاكلين ولسون ماني.

٤٠ - الدكتور جاما - منظمة الصحة العالمية.

٤١ - الدكتور جدزير بن شيخ أحمد - مساعد رئيس قسم تطوير طب العائلة - ماليزيا.

٤٢ - الدكتور جمال أبو السرور - مدير المركز الإسلامي العالمي - جامعة الأزهر - مصر.

٤٣ - الدكتور جمال الجار الله - كلية الطب - قسم طب العائلة والمجتمع - جامعة الملك سعود - السعودية.

٤٤ - الدكتور جمال عصمت - مصر.

٤٥ - السيدة جميلة الشهاب - رئيسة الفنيين - مركز الطب الإسلامي - الكويت.

٤٦ - الدكتور جول مكاني - خبير في الأخلاقيات الطبية - وزارة الصحة - إيران.

٤٧ - الدكتور جون برانت - أمريكا - مساعد مشرف كلية الصحة العامة.

٤٨ - الدكتور جيرنالز يودين - رئيس مؤسسة YKRSI - إندونيسيا.

٤٩ - الدكتور حسام فضل - أمريكا.

٥٠ - الدكتور حسان حتحوت - عضو مجلس أمناء المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية - أمريكا.

٥١ - الدكتور حسان نجار - ألمانيا.

٥٢ - الدكتور حسن أحمد الهواري - صندوق إعانة المرضى - السودان.

٥٣ - الدكتور حسن حسن علي - أستاذ التخدير والعناية الفائقة - كلية هارفد للطب - أمريكا.

٥٤ - الدكتور حسن نجار - رئيس اتحاد الأطباء العرب في أوروبا - رئيس مجلس أمناء جامعة الأندلس الخاصة للعلوم الطبية في سوريا - ألمانيا.

٥٥ - الدكتور حسين الجزائري - المدير الإقليمي لشرق البحر المتوسط - منظمة الصحة العالمية.

٥٦ - الدكتور حسين بن سليمان بن نور - سلطنة عمان.

٥٧ - السيدة حليمة علي الزواري - إذاعة راديو سواء.

٥٨ - الدكتور حمدي السيد - نقيب أطباء مصر.

٥٩ - الدكتور حمدي مسعود - أستاذ جراحة القلب - فرنسا.

٦٠ - السيدة حياة عبد الرحمن علي.

٦١ - السيد خالد الباجوري - صحفي بأخبار اليوم - مصر.

٦٢ - الدكتور خالد المذكور - أستاذ بكلية الشريعة - وعضو مجلس أمناء المنظمة - الكويت.

٦٣ - السيد خالد مبارك عيسى - صحفي بجريدة الأهرام المصرية.

٦٤ - السيدة خديجة حسن الخولي - كلية الصيدلة - مصر.

٦٥ - الدكتور خليفة أحمد الجابر - الوكيل المساعد للشئون الفنية - وزارة الصحة العامة - قطر.

٦٦ - الدكتورة رجاء مصطفى حتحوت - أمريكا.

٦٧ - السيدة رشا أحمد - تلفزيون النيل - مصر.

٦٨ - الدكتور رفعت كامل - كلية الطب - جامعة عين شمس - مصر.

٦٩ - الدكتور رمضان رمضان - نقيب أطباء سوريا.

٧٠ - الدكتورة سالوناس حسن إسماعيل حتحوت - أمريكا.

٧١ - السيد سامي أحمد محمد - مراسل إسلام أون لاين - مصر.

٧٢ - الدكتورة سامية صلاح - وزارة الصحة - مصر.

٧٣ - الدكتورة سحر محمد طلعت عبد الباري - أستاذ مساعد - كلية الطب - القصر العيني - مصر.

٧٤ - الدكتور سداد صبري - وزارة الصحة - إدارة الجودة - الكويت.

٧٥ - الدكتور سعد الدين العثماني - طبيب نفساني - ماجستير أصول الفقه - المغرب.

٧٦ - الدكتور سعد الدين هلالي - كلية الشريعة والقانون - جامعة الكويت.

٧٧ - الدكتور سعيد عبد الله سليمان - رئيس شبكة عجمان - الإمارات.

٧٨ - الدكتور سيد أرشد حسين.

٧٩ - الدكتور سيد شهاب الدين صدر - رئيس منظمة الطب الشرعي - إيران.

٨٠ - الدكتورة سهير زكريا - مصر.

٨١ - شريف أبو الوفا - صحفي - مصر.

٨٢ - السيد شريف سامي البنا - مدير تصوير تلفزيون الكويت.

٨٣ - الدكتور شريف عمر - مصر.

٨٤ - الدكتور شوقي الحداد - نقابة أطباء مصر.

٨٥ - الدكتورة صفاء يوسف - أستاذ طب شرعي وسموم إكلينيكية - كلية طب بنات - جامعة الأزهر - مصر.

٨٦ - الدكتور صلاح الدين نكدلي - مدير المركز الإسلامي في آخن - ألمانيا.

٨٧ - الدكتور صلاح العتيقي - عضو مجلس أمناء المنظمة.

٨٨ - الدكتور طارق الغزالي - نقابة الأطباء - مصر.

٨٩ - الدكتور طريف بكداش - أستاذ بطب الأطفال - كلية الطب - جامعة دمشق - سوريا.

٩٠ - الدكتور طه عبد الرحمن - أستاذ جامعي - جامعة محمد الخامس - الرباط - المغرب.

٩١ - الدكتور عادل أبو مصطفى - أمريكا.

٩٢ - الدكتور عاصم عبد الناصر - وكيل وزارة لقطاع مكتب الوزير - مصر.

٩٣ - الدكتور عاطف أحمد عبد الرحيم - نائب معهد البحوث الطبية - جامعة الإسكندرية.

٩٤ - الدكتور عامر العبد الله العلوي بن مصطفى - طبيب اختصاصي بالأذن والأنف والحنجرة وجراحتها.

٩٥ - الدكتور عامر حسين - لندن.

٩٦ - الدكتور عبد الحميد الحشيشة - عميد الأطباء - تونس.

٩٧ - الدكتور عبد الحميد الهرامة - خبير بالمنظمة الإسلامية - إيسيسكو - ليبيا.

٩٨ - الدكتور عبد الخالق بن الهادي رجب - أستاذ علم الأمراض - تونس.

٩٩ - الدكتور عبد الرحمن التوم - رئيس لجنة الأخلاقيات الطبية - السودان.

١٠٠- الدكتور عبد الرحمن آل محمود - رئاسة المحاكم الشرعية - قطر.

١٠١- الصيدلي عبد الرحمن عبد العزيز العقيل - بكالوريوس علوم صيدلية - السعودية - الرياض.

١٠٢- الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية - الكويت.

١٠٣- الدكتور عبد الرحيم مصطفوي - دبي - الإمارات.

١٠٤- الدكتور عبد الستار أبو غدة - السعودية.

١٠٥- الدكتور عبد الصبور مرزوق الأمين العام للمجلس الأعلى للشئون الإسلامية - وزارة الأوقاف - مصر.

١٠٦- الدكتور عبد العزيز بلال - عميد كلية الطب - جامعة الإسكندرية.

١٠٧- الدكتور عبد العزيز شيخ يوسف - وزير الصحة الصومالي.

١٠٨- الدكتور عبد العزيز صالح - منظمة الصحة العالمية.

١٠٩- الدكتور عبد العزيز محمد عبد العزيز عمرو - رئيس اختصاص التخدير والعناية المركزة في مستشفيات وزارة الصحة - الأردن.

١١٠- الدكتور عبد الغفار محمد عبد الغفور - وكيل وزارة - دبي.

١١١- الدكتور عبد الفتاح شوقي - نقابة أطباء مصر.

١١٢- الدكتور عبد الله إبراهيم الشريف - وكيل مساعد بوزارة الصحة - الرياض - السعودية.

١١٣- الدكتور عبد الله أحمد جنيد - أستاذ في كلية الطب - صنعاء - اليمن.

١١٤- المستشار عبد الله العيسى - عضو مجلس أمناء المنظمة.

١١٥- الدكتور عبد الله باسلامة - أمراض نساء - جدة - السعودية.

١١٦- الدكتور عبد الله سعيد حطاب - عميد كلية الطب والعلوم الصحية - جامعة عدن.

١١٧- الدكتور عبد المنعم أبو الفتوح - الأمين العام لاتحاد الأطباء العرب.

١١٨- الدكتور عبد المنعم حسب الله - نقابة الأطباء - مصر.

١١٩- الدكتورة عبلة عبد الرحمن علي - مدرس طب شرعي - كلية الطب - جامعة القاهرة - مصر.

١٢٠- السيدة عبير أحمد زايد.

١٢١- الدكتور عثمان كاديكي - ليبيا.

١٢٢- الدكتور عجيل النشمي - عميد كلية الشريعة والقانون سابقا - الكويت.

١٢٣- الدكتور عرفات المهدي - فلسطين.

١٢٤- الدكتور عز الدين إبراهيم مصطفى - مستشار ثقافي لرئيس الإمارات العربية المتحدة - أستاذ أدب عربي ودراسات إسلامية ومدير جامعة سابقا - الإمارات.

١٢٥- الدكتور عصام الشربيني - استشاري بمستشفى الصباح - الكويت.

١٢٦- الدكتور عصام العريان - نقابة الأطباء - مصر.

١٢٧- الدكتور عطا أولينج حميد.

١٢٨- الدكتور علاء إسماعيل - نقابة الأطباء - مصر.

١٢٩- الدكتور علاء الدين لولح - مدير معهد تاريخ العلوم العربية - سوريا.

١٣٠- الدكتور علي أحمد سلامة - أستاذ التخدير والعناية المركزة - السودان.

١٣١- الدكتور علي أحمد مشعل - الغدد الصم والسكري - المستشفى الإسلامي - عمان - الأردن.

١٣٢- الدكتور علي العبد - نائب مدير جامعة عين شمس - مصر.

١٣٣- الدكتور علي جعفر العرادي - استشاري جراحة العظام - رئيس جمعية الأطباء البحرينية - البحرين.

١٣٤- الدكتور علي جمعة - مفتي جمهورية مصر العربية.

١٣٥- الدكتور علي محمد - وزير الإعلام الصومالي.

١٣٦- الدكتور علي يوسف السيف - الأمين العام للمنظمة - الكويت.

١٣٧- الدكتور عمر سليمان - رئيس حركة التطوير - السودان.

١٣٨- الدكتور فايز الظفيري - كلية الحقوق - جامعة الكويت.

١٣٩- الدكتور فايز الكندري - كلية الحقوق - جامعة الكويت.

١٤٠- الدكتور فتحي طاش - عميد كلية الطب - جامعة عين شمس - مصر.

١٤١- الدكتورة فرحات معظم - رئيس مركز أخلاقيات الطب الحيوي - باكستان - الولايات المتحدة الأمريكية.

١٤٢- الدكتور فن بوتن.

١٤٣- السيد فهمي هويدي - جريدة الأهرام المصرية.

١٤٤- الدكتور فواز صالح - دكتوراه في القانون الخاص - عضو اللجنة الدولية للأخلاقيات الحيوية باليونسكو - باريس - سوريا.

١٤٥- لواء دكتور فوزي الشيتي - نقابة الأطباء - مصر.

١٤٦- الدكتور فوزي عبد الله أمين - أستاذ مساعد بجامعة الخليج العربي بوزارة الصحة البحرينية.

١٤٧- الدكتور قاسم إسحاق عثمان - جيبوتي.

١٤٨- الدكتورة قدرية عبد الله العوضي - نائب مدير إدارة الصيدلة - الكويت.

١٤٩- الدكتور كمال الدين يعقوب محمد - اختصاصي أمراض الفم والأسنان - مدير تنفيذي لصندوق إعانة المرضى - السودان.

١٥٠- الدكتور كمال زكي محمود شعير - نقابة الأطباء - مصر.

١٥١- الدكتور مالك البدري - ماليزيا.

١٥٢- الدكتور مؤمن سليمان الحديدي - مدير المركز الوطني للطب الشرعي - الأردن.

١٥٣- الدكتور مأمون المبيض - إيرلندا.

١٥٤- الدكتور مأمون محمد عاشور.

١٥٥- الدكتور ماجد الزمني - أستاذ الطب الشرعي والقانون الطبي والأخلاقيات الطبية والصحية - مدير قسم وحدة البحث - تونس.

١٥٦- الدكتور ماجد عبد الكريم السطوحي - أستاذ بقسم الصحة العامة - كلية الطب - جامعة عين شمس - القاهرة.

١٥٧- الدكتورة ماجدة رخا - وكيل أول وزارة الصحة - مصر.

١٥٨- الدكتور ماهر حتحوت - أمريكا.

١٥٩- الدكتور مبارك الكندري - الأمين العام للجمعية الطبية - الكويت.

١٦٠- الدكتورة مبروكة مصطفى القنين - أستاذ أمراض نساء وتوليد - كلية الطب - جامعة قاريونس - ليبيا.

١٦١- السيد مجاهد مليجي - صحفي.

١٦٢- الدكتور مجدي راضي - مصر.

١٦٣- الدكتور محسن جاد الله - وزارة الصحة - مصر.

١٦٤- الدكتور محمد أبو الغار - نقابة الأطباء - مصر.

١٦٥- الدكتور محمد أبو بكر السمان - عالم أبحاث السرطان - المدير المساعد لمركز أخلاقيات الطب والعلوم البيولوجية - مستشفى الملك فيصل - الرياض - السعودية

١٦٦- الدكتور محمد الحسن عبد الرحمن حاج سليمان - استشاري باطنية بأحكام أخلاقيات الطب والصحة - مدير عام صندوق إعانة المرضى الكويتي في السودان.

١٦٧- الشيخ محمد المختار السلامي - مفتي تونس سابقا.

١٦٨- الدكتور محمد المشعان - رئيس قسم الجراحة - مستشفى الصباح - الكويت.

١٦٩- الدكتور محمد الهواري - ألمانيا.

١٧٠- الدكتور محمد بريش - دكتور مهندس خبير الدراسات المستقبلية والاستراتيجية - الأمين العام لمركز الأمير عبد المحسن بن جلوي للبحوث والدراسات الإسلامية - الرباط - المغرب.

١٧١- الدكتور محمد سليم العوا - مصر.

١٧٢- الدكتور محمد عبد اللطيف - مدير مركز الطب البديل والتكميلي جامعة عجمان - الإمارات.

١٧٣- الدكتور محمد عصام عوا - رئيس جامعة دمشق.

١٧٤- الدكتور محمد علي البار - استشاري في الطب الإسلامي - السعودية.

١٧٥- الدكتور محمد عمر حسين - صندوق إعانة المرضى - السودان.

١٧٦- السيد محمد فؤاد عبد الرحمن - كبير مقدم برامج الإذاعة شبكة البرنامج العام.

١٧٧- الدكتور محمد كامل.

١٧٨- السيد محمد ماهر - صحفي مصر.

١٧٩- الدكتور محمد ماهر حمامي - مدير مركز الطب الإكلينيكي - مستشفى الملك فيصل - السعودية.

١٨٠- الدكتور محمد نزار عقيل - اختصاصي بالتشريع المرضي - رئيس جامعة حلب - سوريا - أمينة محمد (حرمه).

١٨١- الدكتور محمد هيثم الخياط - عضو مجامع اللغة العربية بدمشق وبغداد وحمات والقاهرة وكليات وأكاديمية نيويورك للعلوم - كبير مستشاري المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية.

١٨٢- الدكتور محمد يسري محمد أحمد - مدرس تخدير - كلية الطب - جامعة القاهرة - مصر.

١٨٣- الدكتور محمود أشرف إبراهيم - مصر.

١٨٤- الدكتور محمود الطيب ناصر - استشاري - وزارة الصحة - مصر.

١٨٥- الدكتور محمود المناوي - أمين عام نقابة الأطباء - مصر.

١٨٦- الدكتور محمود فهمي فتح الله - أستاذ مساعد - جامعة القاهرة - مصر.

١٨٧- الدكتور محمود كامل البوز - زميل كلية الجراحين الملكية بإنجلترا - زميل كلية الجراحين الأمريكية - القاهرة.

١٨٨- الدكتور مدحت قاسم الشافعي - أستاذ الجراحة - جامعة القاهرة - مصر.

١٨٩- الدكتورة مديحة خطاب - عميد كلية الطب - جامعة القاهرة - مصر.

١٩٠- الدكتور مصطفى الموسوي - رئيس مركز زراعة الأعضاء - وزارة الصحة - الكويت.

١٩١- السيد مصطفى عبده حسانين - محرر صحفي نقابة الصحفيين - جريدة الرأي.

١٩٢- الدكتور مصطفى كامل إسماعيل - أستاذ الطب النفسي - جامعة عين شمس - القاهرة.

١٩٣- الدكتور مطلق راشد القراوي - الكويت.

١٩٤- الدكتور ممدوح جمال جبر - وزير صحة مصر سابقا - أمين عام الهلال الأحمر المصري - أستاذ طب الأطفال كلية الطب جامعة القاهرة..

١٩٥- الدكتورة منال بو حيمد - أستاذ مساعد - كلية الطب - جامعة الكويت.

١٩٦- السيدة ميرفت رشاد - صحفية بجريدة نهضة مصر.

١٩٧- الدكتورة ميغات برهان الدين - أستاذ في طب المجتمع - ماليزيا.

١٩٨- الدكتور ناجح بن المولدي المرنيسي - طبيب - تونس.

١٩٩- الدكتورة نادية قطب - أستاذ كلية الطب - القاهرة.

٢٠٠- الدكتورة ناريمان أوين - مديرة تطوير طب العائلة - ماليزيا.

٢٠١- الدكتور نديم محمد عطا إلياس - رئيس المجلس الأعلى للمسلمين - ألمانيا.

٢٠٢- الدكتور نزيه حماد - كندا.

٢٠٣- الدكتور نصر فريد واصل - مفتي مصر سابقا - مصر.

٢٠٤- السيدة نهال محمود عبد الحميد طه ياسين - بكالوريوس صيدلة - محررة علمية وصحفية بشبكة إسلام أون لاين نت.

٢٠٥- السيدة نيفين أحمد الدسوقي - محاضرة في كلية الطب - القاهرة - مصر.

٢٠٦- الدكتورة هالة أحمد جمعة - رئيس مراقبة الأدوية - مصر.

٢٠٧- الدكتور هانم زاهر عبد العظيم زاهر - وكيل أول وزارة الصحة للدعم الفني والمشروعات.

٢٠٨- الدكتورة هدى عبد الله السويدي - أخصائية طب أسرة - الإمارات.

٢٠٩- الدكتور همام زاهر - السكرتير الأول لمكتب الدعم الفني - مصر.

٢١٠- السيدة هند فتحي حسين - أخبار اليوم - مصر.

٢١١- السيدة ولاء محمود دياب - صحفية - إذاعة راديو سوا.

٢١٢- الدكتور يوسف القرضاوي - مدير بحوث السنة والسيرة - قطر.

٢١٣- الدكتور يوسف النصف - وكيل وزارة مساعد - وزارة الصحة - الكويت.

٢١٤- الدكتور يوسف أمين عثمان - مستشار جراحة العظام والمفاصل - نائب نقيب الأطباء.

٢١٥- الدكتور يوسف عثمان - نائب رئيس نقابة أطباء الأردن.

ملحق رقم (٢)
أسماء المنظمات والهيئات المشاركة

ملحق رقم (٢)
أسماء المنظمات والهيئات
التي شاركت في مؤتمر "الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية "
في الفترة ما بين ١١ - ١٤ ديسمبر ٢٠٠٤ - القاهرة

١ - المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت.

٢ - منظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط) القاهرة جمهورية مصر العربية.

٣ - المنظمة الإسلامية للتربية والثقافة والعلوم (الإيسيسكو) - الرباط المملكة المغربية.

٤ - CIOMS المجلس العالمي لمنظمات العلوم الطبية ومنظمة الصحة العالمية في تناول مشكلات السياسة الصحية والأخلاق والقيم الإنسانية.

٥ - اتحاد الأطباء العرب - القاهرة - جمهورية مصر العربية.

٦ - نقابة أطباء جمهورية مصر العربية.

٧ - نقابة أطباء الجمهورية العربية السورية.

٨ - نقابة أطباء المملكة الأردنية الهاشمية.

٩ - نقابة أطباء المملكة المغربية.

١٠ - نقابة أطباء الجمهورية التونسية.

١١ - نقابة أطباء الجمهورية السودانية.

١٢ - نقابة أطباء جمهورية الصومال.

١٣ - نقابة أطباء الكويت.

١٤ - نقابة أطباء مملكة البحرين.

١٥ - نقابة أطباء سلطنة عمان.

١٦ - نقابة أطباء الإمارات العربية المتحدة.

١٧ - مركز الدراسات الأخلاقية الطبية بباكستان.

١٨ - مركز الملك فيصل للأخلاقيات الحيوية.

١٩ - المركز الإسلامي بكاليفورنيا - الولايات المتحدة الأمريكية.

٢٠ - شبكة جامعة عجمان للعلوم والتكنولوجيا.

٢١ - مركز الدراسات السكانية بجامعة الأزهر بالقاهرة.

٢٢ - المجلس الأخلاقي الإسلامي للممارسات الطبية - رابطة الأطباء المسلمين.

٢٣ - الاتحاد العالمي للأطباء المسلمين.

٢٤ - جامعة الدول العربية.

٢٥ - مجلس وزراء صحة الخليج.

٢٦ - دار الإفتاء المصرية.

٢٧ - المجلس الأوروبي للإفتاء.

٢٨ - كلية الطب - جامعة الكويت.

٢٩ - كلية الطب - جامعة القاهرة.

٣٠ - كلية الطب - جامعة عين شمس.

٣١ - كلية الطب - جامعة الإسكندرية.

٣٢ - كلية الطب - جامعة دمشق.

٣٣ - كلية الطب - جامعة حلب.

٣٤ - جامعة الأزهر.

٣٥ - جامعة أسيوط.

٣٦ - المجلس الأعلى للشئون الإسلامية.

٣٧ - جامعة الرياض.

٣٨ - جامعة جدة.

٣٩ - جامعة صنعاء.

٤٠ - الهلال الأحمر المصري.

٤١ - وزارة الصحة المصرية.

٤٢ - وزارة الصحة الأردنية.

٤٣ - وزارة الصحة السورية.

٤٤ - وزارة الصحة الكويتية.

٤٥ - وزارة الصحة الليبية.

٤٦ - وزارة صحة الإمارات العربية المتحدة.

٤٧ - وزارة صحة البحرين.

٤٨ - وزارة صحة سلطنة عمان.

٤٩ - وزارة الصحة المغربية.

٥٠ - وزارة الصحة السودانية.

٥١ - وزارة الصحة اليمنية.

٥٢ - المجلس الطبي السوداني.

٥٣ - وزارة الصحة التونسية.
٥٤ - وزارة الصحة الماليزية.
٥٥ - وزارة الصحة الإندونيسية.
٥٦ - وزارة الصحة الإيرانية.
٥٧ - وزارة الصحة الفلسطينية.
٥٨ - وزارة الصحة التركية.
٥٩ - اتحاد الأطباء المسلمين بأوروبا.
٦٠ - اتحاد الأطباء المسلمين ببريطانيا.
٦١ - اتحاد الأطباء المسلمين بإيطاليا.
٦٢ - اتحاد الأطباء المسلمين بفرنسا.
٦٣ - اتحاد الأطباء المسلمين بألمانيا.
٦٤ - اتحاد الأطباء المسلمين بفيينا.

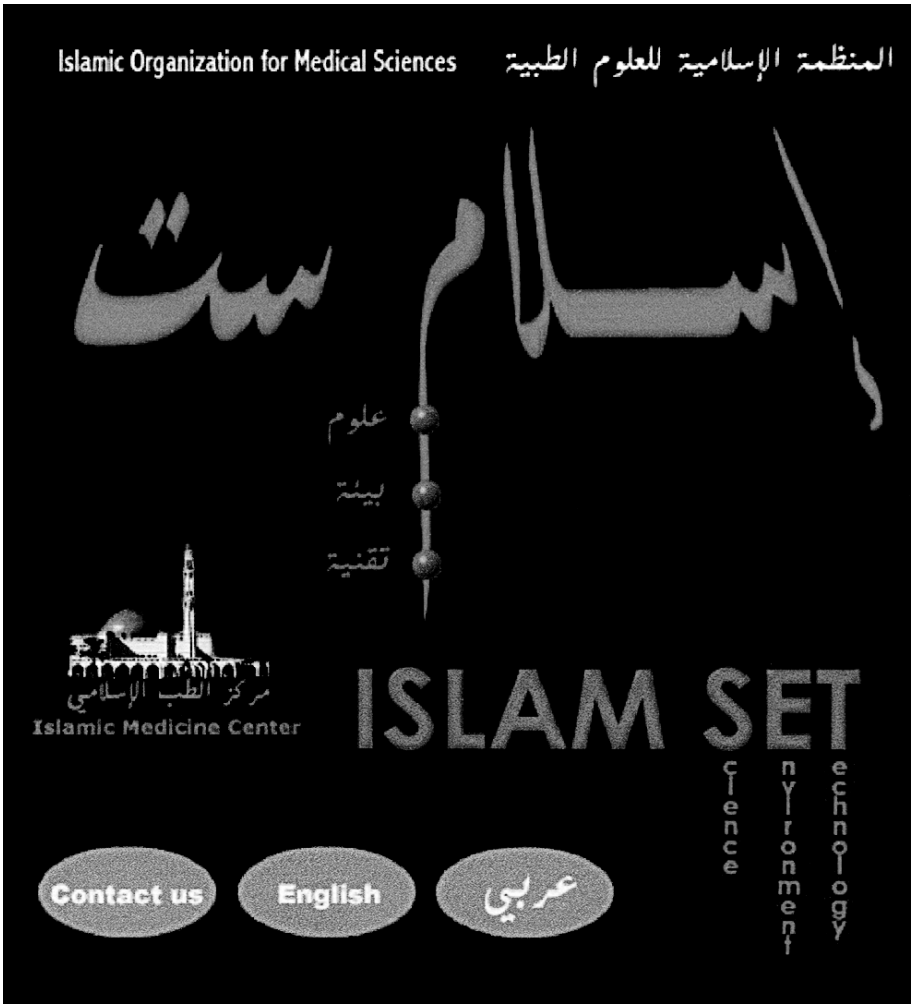
يتم تلقى التعليقات على محتوى الميثاق
عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني
رقم الفاكس: ٠٠٩٦٥٤٨٣٧٨٥٤
: ٠٠٩٦٥٤٨٤٠٠٨٣

أو بواسطة البريد الإلكترونى

iomskuwait@yahoo.com
iomskuwait@hotmail.com
drelgindy@hotmail.com
drelgindy01@yahoo.com
Home Page: http://www.islamset.com

البريد

دولة الكويت
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
ص ب: (٣١٢٨٠) الصليبخات
رمز بريدي: (٩٠٨٠٣) كويت



تعرف على

- أثر العلماء المسلمين على الحضارة العالمية.
- النباتات الطبية واستخداماتها.
- الإيدز – الاستنساخ – طفل الأنابيب والرحم الظئر – بنوك الحليب البشري – التحكم في جنس الجنين – زراعة الأعضاء – البصمة الوراثية – العلاج الجيني – أنباء الهندسة الوراثية.

http://www.islamset.com

هل تريد أن تتعرف على

- أثر العلماء المسلمين على العلوم.
- أثر العلماء المسلمين على الحضارة العالمية.
- النباتات الطبية واستخداماتها.
- المحدثات الطبية والإسلام:

الإيدز والإسلام، الاستنساخ، طفل الأنابيب والرحم الظئر؛ بنوك الحليب البشري، التحكم في جنس الجنين، الإجهاض في الدين والطب والقانون؛ استخدام الأجنة في البحث والعلاج، زراعة الأعضاء التناسلية من الناحية الطبية والفقهية؛ البصمة الوراثية من منظور إسلامي، العلاج الجيني من منظور إسلامي، مخاطر الهندسة الوراثية في الغذاء والمواد المحرمة والنجسة في الغذاء والدواء.

أدخل الإنترنت

http://www.islamset.com