

MODERN MEDICINE AND THE RIGHT TO DIE Issues of Illness, Treatment, and Death in the Modern Era

Amr Osman

Qatar University, Doha, Qatar

email: aosman@qu.edu.qa

Abstract

The development of modern medicine, with its immense capabilities in treating patients and preserving their lives, has been accompanied by the emergence of a range of philosophical, ethical, and practical dilemmas linked to a large number of issues with social, economic, and religious dimensions. These issues have given rise to what is known in Western countries as the “right to die”, which some thinkers view as the ultimate expression of liberal discourse based on framing human desires as legally binding rights. Although it is a confounding concept even from the perspective of some of its proponents, it continues to gain ground with confidence in those countries. This paper aims to discuss a number of issues related to illness, treatment, and death, as well as their connection to the development of modern medicine and its immense potential. The paper reviews some Western literature that discusses these issues and their philosophical, ethical, and even religious dimensions, in contrast to most contemporary Arabic literature, which—for reasons I shall outline—has paid little attention to these issues, and is generally limited to a few fatwas and brief discussions that mostly addressed specific questions and did not seek to explore the multifaceted nature of the issue and its various ethical dilemmas. This paper does not aim to offer solutions to the issues related to illness, treatment,



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

© 2026
A. Osman

al-jāmi'ah
JOURNAL OF ISLAMIC STUDIES

ISSN: 0126-012X (p); 2338-557X (e)

Al-Jami'ah Research Centre, Yogyakarta- Indonesia
<https://aljamiah.or.id>

and death, but rather seeks to identify the fundamental questions and factors necessary for formulating an Islamic perspective on these issues, based on a solid foundation of understanding and critical engagement with their multiple dimensions of the issues related to illness, treatment, and death, as well as the concept of the right to die in its various forms, which differ in the degree of religious, ethical, and philosophical dilemmas they raise.

[Perkembangan kedokteran modern, dengan kemampuannya yang luar biasa dalam merawat pasien dan menyelamatkan nyawa mereka, telah disertai dengan munculnya berbagai dilema filosofis, etis, dan praktis yang terkait dengan sejumlah besar isu berdimensi sosial, ekonomi, dan keagamaan. Isu-isu ini telah memunculkan apa yang dikenal di negara-negara Barat sebagai “hak untuk mati”, yang oleh sebagian pemikir dipandang sebagai ekspresi tertinggi dari wacana liberal yang didasarkan pada kerangka pemikiran yang menganggap keinginan manusia sebagai hak yang mengikat secara hukum. Meskipun konsep ini terkesan membingungkan bahkan dari sudut pandang sebagian pendukungnya, konsep tersebut terus mendapatkan penerimaan yang semakin luas di negara-negara tersebut. Makalah ini bertujuan untuk memaparkan dan mendiskusikan sejumlah isu terkait penyakit, pengobatan, dan kematian, serta kaitannya dengan perkembangan kedokteran modern dan potensi besarnya. Makalah ini meninjau beberapa literatur Barat yang membahas isu-isu tersebut beserta dimensi filosofis, etis, dan bahkan religiusnya, berbeda dengan sebagian besar literatur Arab kontemporer yang—karena alasan yang akan kami uraikan—hampir tidak memberikan perhatian pada isu-isu ini, umumnya terbatas pada beberapa fatwa dan pembahasan singkat yang sebagian besar menjawab pertanyaan-pertanyaan spesifik dan tidak berusaha mengeksplorasi keragaman isu tersebut serta berbagai dilema etisnya. Makalah ini tidak bertujuan untuk menawarkan solusi atas isu-isu yang berkaitan dengan penyakit, pengobatan, dan kematian, melainkan berupaya mengidentifikasi pertanyaan-pertanyaan mendasar dan faktor-faktor yang diperlukan untuk merumuskan perspektif Islam mengenai isu-isu tersebut, berdasarkan landasan pemahaman yang kokoh dan keterlibatan kritis terhadap berbagai dimensi isu penyakit, pengobatan, dan kematian, serta konsep hak untuk mati dalam berbagai bentuknya, yang berbeda-beda dalam tingkat dilema keagamaan, etis, dan filosofis yang ditimbulkannya.]

Keywords: modern medicine; illness; the right to die; end-of-life care.

الطب الحديث والحق في الموت إشكاليات المرض والعلاج والموت في العصر الحديث

عمرو عثمان
جامعة قطر، الدوحة، قطر

ملخص

صاحب تطوير الطب الحديث بإمكانياته الهائلة في علاج المرضى والحفاظ على حياتهم، ظهور مجموعة من الإشكاليات الفلسفية والأخلاقية والعملية المرتبطة بعدد كبير من المسائل ذات البعد الاجتماعي والاقتصادي والديني. وأبرزت هذه الإشكاليات ظهور ما أطلق عليه في الدول الغربية «الحق في الموت»، ويراه بعض المفكرين منتهى الخطاب الليبرالي القائم على صوغ رغبات الإنسان في شكل حقوق ملزمة من الناحية القانونية. ومع كونه حقا غريبا حتى من وجهة نظر بعض المؤمنين به، إلا أنه ما برح يتوسع بثقة في تلك الدول. تهدف هذه الورقة إلى تقديم عدد من الإشكاليات المرتبطة بالمرض والعلاج والموت ومناقشتها، وارتباط هذه الإشكاليات بتطور الطب الحديث وإمكاناته الهائلة. وتعرض الورقة لبعض الأدبيات الغربية التي تناقش بعض هذه الإشكاليات وأبعادها الفلسفية والأخلاقية بل والدينية، على خلاف أكثر الأدبيات العربية المعاصرة التي لم تولي، لأسباب نعرضها، إلا اهتماما ضئيلا بتلك الإشكاليات لم يتجاوز عموما بعض الفتاوى والمناقشات المختصرة التي ردت في الأغلب على أسئلة محددة ولم تسع إلى استقصاء تنوعات القضية وإشكالاتها الأخلاقية المختلفة. ولا تهدف هذه الورقة إلى تقديم حلول للإشكاليات المرتبطة بالمرض والعلاج والموت، بقدر ما تسعى إلى تحديد الأسئلة والعوامل الأساسية واللازمة لصوغ رؤية إسلامية عن تلك الإشكاليات وتستند إلى أساس متين من الفهم واشتباك ناقد مع الأبعاد المتعددة لقضايا المرض والعلاج والموت، بل ولفكرة الحق في الموت ذات الصور المختلفة التي تتفاوت في درجة الإشكاليات الدينية والأخلاقية والفلسفية التي تثيرها.

الكلمات المفتاحي: الطب الحديث؛ المرض؛ العلاج؛ الحق في الموت؛ رعاية نهاية العمر.

أ. مقدمة: الطب الحديث بين النعمة والنقمة

انشغل الإنسان دائما بالبحث عن سبل التعامل مع ما قد يتسبب في موته رغبة في إطالة عمره. وكانت الأمراض، ولا سيما المعدية منها والتي تسببت في حدوث الأوبئة، والحروب والمجاعات والكوارث الطبيعية أهم مسببات الموت العادية في العصور ما قبل الحديثة. وعلى الرغم من ظهور أساليب متنوعة من التداوي في تلك العصور، بل وتطور

المستشفيات (كالبيمارستانات في الحضارة الإسلامية) وظهور أشكال من التدخل الجراحي الفعال أحيانا، إلا أن قدرة الطب والأطباء على الحفاظ على حياة الإنسان ظلت ضعيفة بدرجة كبيرة، وتشهد على ذلك وفاة نسبة كبيرة من سكان الإمبراطوريات الضخمة في سنوات قليلة بعد وباء أو مجاعة أو كارثة طبيعية^١. ويرجع ذلك، في جزء أساسي منه، لغياب القدرة على تشخيص الأمراض من خلال تحديد العوامل المسببة لها (pathogens)، من الجراثيم والبكتيريا والفطريات والفيروسات. وهكذا، لم يكن نادرا أن يفشل الطب في تحقيق هدفه المتمثل في شفاء المريض الذي قد يموت سريعا بعد ظهور أعراض المرض عليه أو انتشار الوباء أو المجاعة، أو أثناء الحروب أو بعدها مباشرة تأثرا بالجروح المختلفة.

ومع تطور الطب في شكله الحديث^٢ واعتماده على وسائل التشخيص التقنية الحديثة كأنواع الأشعة والمناظير المختلفة، واكتشاف مسببات الأمراض المعدية وتطوير المضادات الحيوية للتعامل معها، وتطور التدخل الجراحي والقدرة على نقل الدم وزراعة الأعضاء وغيرها، وتطور أشكال العلاج الكيماوي والإشعاعي، زادت قدرة الإنسان على التعامل مع الأمراض، إما بعلاجها وإزالة أثارها (أو ربما محاولة منعها أو وقف تطورها)، أو بتكئين الإنسان من التعايش معها بما يمنعها من القضاء عليه. وهكذا، لا يقتصر أثر تقدم الطب الحديث على «علاج» الأمراض، بمعنى إزالة أثارها كما يحدث حين تصيب الإنسان عدوى بكتيرية تنتهي تماما بتعاطي بعض المضادات الحيوية. بل يمتد أثر الطب الحديث ليشمل في كثير من الأحيان «الحفاظ على الحياة» (life-sustaining treatment)، أي إبقاء المريض حيا دون القدرة على القضاء على مسببات المرض أو آثاره على حياة المريض (كما هو الحال مع الأورام السرطانية التي يعجز الطب أحيانا عن القضاء عليها)، أو القدرة على علاج عجز قد يصيب الإنسان (كالشلل الجزئي أو حتى الكلي بعد حادث أو بسبب عدوى فيروسية)، وبصرف النظر عن الحالة التي يظل المريض فيها^٣. وقد مكنت التقنيات الحديثة الطب من الإبقاء على الوظائف الحيوية للمريض على

^١ أما في العصر الحديث، فتعد الأمراض المختلفة (غير المعدية غالبا، كالأعراض المرتبطة بالقلب والأورام والسكري والبول السكري وغيرها) والحوادث والحروب، أهم مسببات الموت أو العجز الجسدي. ومع وجود هذه المسببات في العصور قبل الحديثة، إلا أن طبيعتها اختلفت في العصر الحديث اختلافا جعلها أقدر على الفتك بالإنسان. فتلوث البيئة المرتبطة بالنشاط الإنساني، على سبيل المثال، يتسبب في عدد كبير من الأمراض المختلفة والقاتلة. وانتشرت الحوادث القاتلة أو التي تصيب الإنسان بالعجز الكامل أو الجزئي مع انتشار السيارات وغيرها من وسائل المواصلات. وتسبب الحروب اليوم - بما يتوفر للجيش من وسائل قتل فعالة - في عدد ضخم من الوفيات، فضلا عن عدد هائل من الإصابات بأشكال مختلفة من التشوه والعجز الجسديين.

^٢ ويطلق عليه الطب الغربي أو الطب الحديث أو الطب السائد (mainstream medicine) أو الطب المتعارف عليه (conventional medicine) أو الطب الحيوي (biomedicine) أو الطب المستند إلى الدليل (evidence-based medicine) وأحيانا allopathic medicine، وهو مصطلح يطلق على الطب الحديث الذي يسعى إلى تحديد المسببات المباشرة لمرض معين والقضاء عليها، على عكس أنواع أخرى من العلاج الذي يهدف إلى تحديد مسببات أعم للمرض وتقديم علاج أشمل، كما هو الحال مع كثير من أنواع «الطب البديل» أو «الطب التقليدي» التي تشتهر بها حضارات معينة.

^٣ لا نقصد التعميم هنا، إذ ظهرت في العقود الأخيرة مؤسسات تعنى بتوفير القدر الأقصى من

الرغم من عجزه حتى عن التنفس ذاتيا، فضلا عن الأكل والشرب، بل ومع تأكيد الأطباء، وفق علمهم الحالي، باستحالة استفاقة الإنسان أو قدرته على الحركة مستقبلا.^٤ وتمكن هذه الأجهزة المريض من الاستمرار في الحياة إلى أن يأتيه الموت من طريق آخر لا يرتبط بعمل تلك الأجهزة تجديدا. وقد يكون الأمر الأكثر دلالة على قدرة الطب هنا هو اختلاف الأطباء على مسألة ما إذا كان بعض المرضى أحياء أم أمواتا، وهو جدل معروف في حالة وفاة جذع المخ على سبيل المثال. وهكذا، بعد أن كان الموت حدثا (event) يتم سريعا غالبا، أصبح اليوم «عملية» (process) قد تطول لتصل إلى عقود من الزمن.^٥

تضاف كل هذه التقنيات المدهشة إلى مبدأ راسخ لدى الأطباء، مفادها أن دور الطبيب هو الحفاظ على حياة المريض بكل السبل الممكنة، وبصرف النظر عن الحالة التي سيكون عليها المريض.^٦ ويحكم على كفاءة الطبيب غالبا من خلال قدرته على إبقاء المريض حيا، وهو أمر لا يسعى إليه جاهدا بحكم تدريبيه وفهمه لطبيعة دوره فحسب، بل أيضا تجنباً للمسؤولية القانونية، إذ أن الطبيب لا يتحمل أي مسؤولية أخلاقية أو قانونية على المبالغة في علاج المريض،^٧ ولكنه يسأل على التقصير في العلاج ويتحمل مسؤولية قانونية في ذلك.^٨ وقد يحاول الطبيب الإبقاء على المريض حيا لإبراز نجاح التدخل الطبي في

الراحة للمصاب بمرض خطير، ويطلق عليها «الرعاية التلطيفية» (palliative care). أما لو كان المريض ميؤوس من شفائه فيطلق على الرعاية التي يحصل عليها «رعاية المحتضرين» (hospice).

^٤ ثمة نوعان أساسيان من أجهزة الإعاشة: جهاز التنفس الصناعي (ventilator) وأنبوب التغذية (feeding tube). يستخدم جهاز التنفس الصناعي مع المرضى غير القادرين على التنفس ذاتيا، كالمريض الذين يدخلون في «غيبوبة» تامة ما زال الجدل يتجدد بشأن كونها أقرب إلى الموت أم إلى الحياة. أما أنبوب التغذية، فيستخدم بطبيعة الحال مع جهاز التنفس الصناعي وحالات أخرى كثيرة يفقد فيها المريض القدرة على بلع الطعام، إما بشكل مؤقت أو دائم.

^٥ Robert S. Morison, "Dying", Scientific American, vol. 229, no. 3 (1973), p. 55.

أعطى هذا الأمر الإنسان بعض الوقت لترتيب بعض أموره وأمر ذويه قبل موته، غير أن جهله بالمدة التي قد يبقى فيها حيا أو واعيا قد سبب له توترا دائما بعد تلك الترتيبات أو ندما شديدا عليها. وعلى أي حال، يصعب الآن الحديث عن «مرض الموت» الذي قد يمنع صاحبه من تصرفات معينة (على خلاف في هذا الأمر في الفقه الإسلامي)، إذ أن المرض الذي يقضي على المريض قد يستغرق جزءا كبيرا من حياته.

^٦ يدرّب الأطباء غالبا على فكرة أن الحفاظ على حياة المريض هي هدفهم الأساسي. وهكذا، فإن الحياة، لا الموت، هي موضوع الطب وهدفه. ينظر، على سبيل المثال:

Morison, "Dying", p. 5–63; Elizabeth M. Andal Sorrentino, "The Right to Die?", *Journal of Health and Human Resources Administration*, vol. 8, no. 4 (1986), p. 362.

^٧ واستنادا إلى مراجعة للقضايا الطبية في الولايات المتحدة، خلصت باحثة غربية إلى أن الأطباء يميلون دائما إلى الرضوخ لرغبة المريض في مزيد من العلاج الذي قد يرى الطبيب نفسه عدم جدواه، ولا يميلون إلى الرضوخ إلى رغبة المريض في وقف علاج يعتقد الأطباء في فرص نجاحه.

Marcia Angle, "The Right to Die", *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, vol. 46, no. 6 (1993), p. 19.

^٨ وهكذا، فحين يتمثل هدف الطبيب في الحفاظ على حياة المريض لا علاجه، فإن الامتناع عن كل ما من شأنه الحفاظ على حياة المريض يعد تقصيرا يستوجب المسائلة، بل قد يعد قتلًا يثبت في حق الطبيب أو من يبوب عنه في حالات معينة. ينظر، على سبيل المثال:

تأخير الوفاة.^٩ هنا، يعامل المريض وكأنه «فأر تجارب» لاستعراض قدرة الطب الحديث والطبيب على تحلّي الموت.^{١٠} ما يهمننا هنا هو أنه في الوقت الذي قد يصف فيه البعض هذا الأمر بأنه إطالة لحياة المريض، يصفه البعض بأنه إطالة لعملية الموت التي بدأت ويسعى الطب إلى إيقافها، ولو على حساب المريض. على أي حال، أدى هذا التطور الكبير في التعامل مع المرض إلى نتيجة لم تكن على الأرجح في مخيلة من أسهموا في تطور الطب الحديث، أي القدرة على إبقاء المريض على قيد الحياة من خلال أنواع مختلفة من أجهزة الإعاشة وبصرف النظر عن حالته الجسدية والنفسية، وهو الأمر الذي أدى إلى مجموعة كبيرة من المشكلات الفردية والاجتماعية، بل ومجموعة كبيرة من الأسئلة الفلسفية المتعلقة حتى بتعريف الحياة والموت؛ فهل يعد إنسان في حالة شلل تام وغياب عن الواقع يمنعه من القيام بكل ما يفعله الإنسان في الظروف العادية، من تفكير وشعور وحركة وغيرها، حياً؟ وهل يعد من تتوقف علاماته الحيوية توقفاً تاماً حال فصله عن أجهزة الإعاشة ميتاً يجوز نزع أعضائه ليستفيد بها غيره،^{١١} وذلك باعتبار أنه لا يحى بذاته، بل بشرط توفر أجهزة إعاشة معينة؟^{١٢} وأفضت هذه الأسئلة في النهاية إلى ظهور ما يطلق عليه «الحق في الموت» (the right to die)، ولا سيما أن إبقاء المريض على قيد الحياة لا يأخذ في الاعتبار «جودة» هذه الحياة، من حيث خلوها من المعاناة والألم الذين قد يفقدان الإنسان أي قدرة حقيقية على أن يحيا حياة طبيعية، أو خلوها من العجز الذي

Judson S. Leeman, "Euthanasia: Man's Right to Die", *Journal of Religion and Health*, vol. 7, no. 4 (1968), p. 344; Robert Scott Stewart, "Withholding and Withdrawing Life Support: Moral Dilemmas, Moral Distress, and Moral Residue", *Online Journal of Health Ethics*, vol. 2, no. 4 (2007), p. 11; Hans Jonas, "The Right to Die", *The Hastings Center Report*, vol. 8, no. 4 (1978), p. 31. ولا ننسى النزعة الأبوية (paternalism) لأغلب الأطباء بدرجات متفاوتة في الثقافات المختلفة، وهي تسمح للطبيب بأخذ كثير من القرارات نيابة عن المريض، بل ويطلب المرضى أنفسهم هذا الأمر من الأطباء في كثير من الأحيان.^٩ ولهذا السبب يتحدث طبيب غربي عن ضرورة تحلّي الأطباء عن تلك «الغطرسة» ومنح المرضى بعض الاستقلال والتحكم.

John C. Chambers et al., "Right to Die", *British Medical Journal*, vol. 33, no. 7504 (11 June 2005), p. 1388.

ويصف طبيب آخر تطور الطب بأنه أصبح «فتنة» (seduction) للأطباء

Morison, "Dying", p. 5.

^{١٠} وثمة اتجاه متزايد في بعض دول العالم ينظر إلى الموت على أنه مرض نستطيع القضاء عليه إذا تمكنا من التحكم في مسبباته. وظهرت بناء على هذه الفكرة ممارسة جديدة تتمثل في حفظ جثة الميت في درجات حرارة منخفضة للغاية بعرض الحفاظ عليها إلى حين التعرف على مسببات الموت ومن ثم إحياء الميت، وهي العملية التي يطلق عليها

"Cryonics" (Business Standard. Last seen 12/04/2025).

تنظر "Cryonics" Business Standard (آخر وصول ١٢ أبريل ٢٠٢٥)

^{١١} والافتراض هنا هو موافقة الشخص على ذلك الإجراء قبل فقد الوعي، وإلا تحول الأمر إلى جريمة جديدة يطلق عليها «تجارة الأعضاء».

^{١٢} وفي سياق موضوع هذا البحث، قد يكون لهذا التمييز بين دور الطب العلاجي (curative) ودوره في الحفاظ على حياة الإنسان بصرف النظر عن حالته الصحية وزن كبير في التفكير في بعض الأسئلة من منظور شرعي، كقضية حل الامتناع عن العلاج كما سنرى لاحقاً.

يفقد الإنسان قدرته على القيام بأخصي شؤون معاشه دون اعتماد كامل على مساعدة الآخرين، وهو أمر يعظر إليه دائماً على أنه لصيق الصلة بـ «الكرامة الإنسانية»^{١٣}.

تناولت الأدبيات الغربية هذه الإشكالات تناولاً معمقاً على مدار العقود الماضية، وانقسمت الآراء فيها بين مؤيد لـ «الحق في الموت»، ورافض له استناداً إلى مبررات مختلفة، وقابل له قبولاً مشروطاً. أستعرض الآن المقصود بـ «الحق في الموت» في العالم الغربي وارتباطه بقضايا المرض والعلاج وقدرات الطب الحديث، قبل إنتقال إلى استعراض بعض الآراء عن قضية المرض والعلاج والموت في الأدبيات العربية والإسلامية، ومن ثم تمييز بعض الأبعاد والأسئلة المهمة المرتبطة بهذه القضايا، والمطلوبة لصوغ رؤية دينية أوضح تستند إلى أساس متين من العلم والفهم.

ب. «الحق في الموت» في الأدبيات الغربية

ترتبط قضية «الحق في الموت» كما تناقش حالياً في الأدبيات الغربية بتطور الطب الحديث في المقام الأول، بل وتطور خطاب حقوق الإنسان الحديث وهيمنته على العالم المعاصر، ولا سيما بعد الحرب العالمية الثانية. وتعد هذه القضية مركبة بدرجة كبيرة، وهو ما جعلها موضوعاً مستمراً لمناقشات مطولة ومعقدة وحادة أحياناً بين الفلاسفة والمختصين في الأخلاق الطبية (bio-ethics) وممارسي المهن الطبية والخدمة الاجتماعية والكائنس (كالكنيسة الكاثوليكية) وغيرهم. ومع أن هذا المصطلح لا يستخدم بالمعنى نفسه دائماً،^{١٤} تدور أغلب المناقشات على الأرجح حول قضايا محددة تبدو أوسع انتشاراً أو أشكل من غيرها، وترتبط في مجملها بالمرض والعلاج بأشكالهما المختلفة، ورعاية نهاية العمر (end-of-life care). سأستعرض هنا باختصار والتبسيط أهم القضايا التي تناقش في سياق هذا الحق في العالم الغربي.

^{١٣} وهكذا، يصف بعض الكُتاب موقف الطب الحديث من المريض بأنه نزع لإنسانية المريض (dehumanization)، ذلك أنه لا يأخذ معاناة المريض وألمه في الاعتبار أثناء علاجه. ولهذا السبب، وجب التمييز بين فلسفة العلاج المتمركز حول المرض (disease oriented)، وفلسفة العلاج المتمركزة حول ذات المريض (person oriented).

A. G. M. Campbell, "The Right to be Allowed to Die", *Journal of Medical Ethics*, vol. 9, no. 3 (1983), p. 138.

ولنقد فكري «الكرامة» و«الاستقلال» في سياق قضايا المرض والعلاج، ينظر، على سبيل المثال: J. David Velleman, "Against the Right to Die", in *Beyond Price: Essays on Birth and Death*, ed. By J. David Velleman (Cambridge: Open Book Publishers, 2015), p. 6.

^{١٤} انظر، على سبيل المثال:

Leon R. Kass, "Is There a Right to Die?", *The Hastings Center Report*, vol. 23, no. 1 (1993), p. 36 حيث يشير المؤلف إلى أن مصطلح «الحق في الموت» يستخدم بمعانٍ مختلفة، بما في ذلك الحق في رفض العلاج، أو الحق في أن يموت الإنسان، أو الحق في تحكّم المرء في موته، أو الحق في الموت بكرامة، أو الحق في أن يساعد المرء على الموت، وغيرها من حالات. ووفق المؤلف، فإن المعنى الأقصى لهذا الحق والذي يمثل عادة الإشكالية الكبرى فهو الحق في أن يموت الإنسان أو يمكن من الموت أو يساعد عليه بأي سبل ممكنة. ولبعض النقاش حول تسمية «الحق في الموت»، انظر، على سبيل المثال:

Kass, "Is There a Right to Die?", pp. 34-43; Jonas, "The Right to Die".

على الرغم من تعدد تعريفات «الحق في الموت» في الأدبيات الغربية كما ذكرنا، يمكن تعريف المقصود به بهذه العبارة البسيطة: الحق في الموت هو حق أي إنسان في أن يختار متى يموت وكيف يموت. وقد يوهم هذا التعريف بارتباط الحق في الموت بالانتحار. بيد أن الانتحار لا يعبر عنه عادة على أنه حق، بل هو أمر قد يمارسه المرء وقتما شاء ودون الحاجة إلى الحصول على أي إذن بدهاءة، ولا تجرمه عادة قوانين الدول الغربية. وهكذا، لا يناقش الانتحار غالبا في سياق هذا الحق. ويظهر مفهوم الحق في الموت عادة في سياق قضايا المرض والعجز والشيخوخة خاصة. ولهذا السبب، قد نعيد تعريفه هكذا: هو حق أي إنسان في أن يختار متى يموت وكيف يموت، في حالة معاناته من مرض عضال أو من تبعاتٍ حادّةٍ شديد أو شيخوخة ذات أعراض جسدية وعقلية قوية، بما يتسبب في ألم جسدي أو نفسي شديد ومستمر، أو عجز دائم على القيام بأخصّ أمور معاشه بنفسه.¹⁵ وقد يمارس المرء هذا الحق برفض العلاج ابتداءً،¹⁶ أو رفض الاستمرار في العلاج بعد أن يبدأ.¹⁷ وبما أن الدولة - وهي المؤسسة الحديثة التي تحدد للإنسان حقوقه وتملك صلاحية سحب تلك الحقوق منه أو تقييدها - لا تملك بشكل عام حق إجبار شخص معين على بدء علاج معين أو الاستمرار فيه،¹⁸ يجب ألا يكون لها - في رأي المدافعين عن الحق في الموت - طلب المساعدة الطبية على إنهاء الحياة، أو منع شخص من مساعدة آخر على الموت، وهو الأمر الذي يطلق عليه «الموت الرحيم» (euthanasia) الذي ما يزال مجرما في أغلب الدول الغربية مع استثناءات بسيطة وتحت قواعد ومعايير صارمة،¹⁹ مع ترجح

¹⁵ ويناقش في سياق «الحق في الموت» أيضا مسألة ولادة أطفال مشوهين أو يعانون من إعاقات كبيرة، غير أن هذه القضية تحتاج إلى بحث كامل في ذاتها.

¹⁶ كأن يكتب وصية بالآيتم إنعاشه إذا دخل في غيبوبة بعد حادث كبير أو تدهور حالة صحية حالية. وتستخدم غالبا عبارة «لا لإجراء عملية الإنعاش» (Do Not Resuscitate)، ويكتبها بعض الناس على صدورهم ليلتزم بها الأطباء والمشافي.

¹⁷ وتميز الأدبيات الغربية أحيانا بين رفض بدء العلاج ورفض الاستمرار فيه، وما إذا كان أحدهما أو كلاهما يدخل في نطاق الانتحار الذي ما زال موضوعا لناقش أخلاقي وديني في أوساط غربية معينة، حتى وإن كان أمره محسوما من وجهة النظر القانونية.

¹⁸ باستثناء حالات معينة تسعى فيها إلى الحفاظ على حياة أشخاص معينين، كما هو الحال مع المحكوم عليهم بالسجن أو الإعدام على سبيل المثال لضرورة الحياة من أجل تطبيق العقوبة، أو ربما في حالة القصر على خلاف رغبة الوالدين أو الوصي، أو في حالة الأمراض المعدية أو الأمراض التي قد تشكل خطرا ما على المجتمع (كالجنون). وعن صلاحيات أو «حقوق» الدولة في هذه القضايا، ينظر، على سبيل المثال:

Cass R. Sunstein, "The Right to Die", *The Yale Law Journal*, vol. 106, no. 4 (1997), pp. 1123-63.

¹⁹ تشمل هذه الدول هولندا وبلجيكا وسويسرا. والموت الرحيم قد يكون طوعيا، وهو المطبق في هذه الدول، أو غير طوعي (أي ضد إرادة المريض أو بدون موافقته الصريحة)، وهو أمر مارسته ألمانيا النازية وأصبح مجرما في كل دول العالم. وقد يكون «القتل الرحيم» سلبيا، وذلك بالامتناع عن القيام بما هو ضروري للحفاظ على حياة المريض، أو إيجابيا، وذلك بالقيام بما من شأنه التسبب في موت المريض، كإعطائه أدوية معينة أو حتى جرعات كبيرة من مسكّات الألم. ولتجنب هذه الكلمة ذات الوقع السلبي حتى في الدول الغربية. يغلب الآن استخدام عبارة «المساعدة الطبية على الموت» (physician aid-in-dying)، أو «الانتحار بمساعدة طبية» (physician-assisted suicide).

توسعه في المستقبل، لا انحساره.^{٢٠}

ويقترح حتى بعض المدافعين عن الحق في الموت بصعوبة فهم اعتبار الموت حقاً، والحقوق كلها تتعلق بحياة الإنسان وتفترض حياته كما هو معلوم.^{٢١} ولهذا السبب، ربط المدافعون عن الحق في الموت بينه وبين حقوق ومبادئ أخرى، كهدأ «الاستقلال» (autonomy) وحق «تقرير المصير»^{٢٢} (self determination)، بل والحق في «الخصوصية»^{٢٣} (privacy) أو حتى الحق في الاستفادة من الحرية^{٢٤} (liberty interest). بيد أننا نفهم مبرر هذا السعي إلى الموت حين ندرك ارتباطه بتعريف معين للحياة يعد جودتها (quality of life) معياراً أساسياً في تحديد أفضليتها على الموت أم العكس، وهي نظرة قد تربطها بسهولة بالطبيعة المادية للحضارة المعاصرة ذات المنشأ الغربي. وفق هذه النظرة، لا تعد حياة المشلول بعد حادث كبير أو المريض مرضاً عضالاً يعاني من ألم شديد ودائم قيمة كبيرة. ينطبق الأمر نفسه على حياة من يعتمد في نفسه وغذائه على أجهزة الإعاشة اعتماداً كاملاً، أو فاقد الوعي الميؤوس من إفاقته من غيبوبته،^{٢٥} أو حتى الذي يعاني من الخرف والنسيان المستمرين كما هو الحال مع مرضى ألزهايمر (Alzheimer) بما يمنعه من العيش حياة «طبيعية»، فضلاً عن العناية بشؤونه الخاصة. وهكذا، تسيطر نظرة معينة على ما يمكن عله الحياة الكريمة (dignified life) التي يستحقها الإنسان، وتفترض قدرة الإنسان على الحركة والترفيه عن نفسه وممارسة حقوقه والتمتع بمباحج الحياة المختلفة، وقدرته على الاعتماد على نفسه، لا سيما في الأمور شديدة الخصوصية، كالأكل والشرب وقضاء الحاجة والنظافة الشخصية وغيرها من الأمور. ويعد بعض المدافعين عن حقوق الإنسان الحق في الحياة الكريمة وفق هذا المفهوم أهم أنواع مجموعة جديدة نسبياً من الحقوق أطلقوا عليها حقوق الرفاه (welfare rights).^{٢٦}

^{٢٠} وقد أدى هذا الخلط - الجائز من حيث المبدأ، وإن لم يكن لازماً بالضرورة - بين مفهومي «الحق في الموت» الذي قد يعرف تعريفات مختلفة كما سبق بيانه، ومفهوم الموت الرحيم، إلى معالجات تغلق النقاش فيه قبل بدئه، كما سيتضح في البحث الخاص بالأدبيات العربية لاحقاً.

^{٢١} ينظر، على سبيل المثال: Jonas, "The Right to Die", p. 31.

^{٢٢} والذي يسمح هنا بشكل قد يثير السخرية بـ«الحق في القضاء على النفس» (self-termination).
^{٢٣} Angel, "The Right to Die", p. 14; Sorrentino, "The Right to Die?", p. 366.

^{٢٤} Yale Kamisar "Where is there a Constitutional 'Right to Die'? Where is there a Constitutional 'Right to Live'?", *Georgia Law Review*, vol. 25 (1991), p. 1227.

وتتمثل الحرية هنا في تجنب حالة يكون فيها الإنسان أسير غيبوبة أو حالة لا تسمح له بالحكم في أمره، فضلاً عن الحرية في أن يموت موتاً إنسانياً كريماً.

^{٢٥} وهي الحالة التي يطلق عليها «الحالة الإنبائية المستديمة» (persistent vegetative state). وفي الولايات المتحدة، تأتي المصالح المرتبطة بالحرية بعد «الحقوق الأساسية» (أو الأصلية أو الجوهرية) «(fundamental rights) مباشرة في ترتيب الحقوق، وهي منظومة تشبه إلى حد ما نظرية مقاصد الشريعة وما يرتبط بها من تصنيف للنفاع والمصالح إلى ضروريات وحاجيات وتحسينيات.

^{٢٦} Kass, "Is There a Right to Die?", p. 35.

ينظر أيضاً: Angel, "The Right to Die".

ومع كل ذلك، يرى بعض الكُتاب الغربيين بحق أنه بمجرد استخدام مصطلح الحق، فإننا نفترض وجود أطراف أخرى يتعلق بها التزام تجاه صاحبه. فالحق دائماً طرفان، صاحب الحق (right-holder)، وشخص آخر أو جهة يقع عليه أو عليها واجب الامتثال إلى ما يقتضيه ذلك الحق (duty-bearer). فالحق هو أمر يمارسه المرء في مقابل آخرين أو رغماً عنهم ويتطلب منهم إما الامتناع عن تصرف معين (ويطلق عليه الحق السلبي)، أو القيام بتصرف معين (ويطلق عليه الحق الإيجابي) لتمكين صاحب الحق من ممارسته. وهكذا، ففي الشكل الأكثر تطرفاً من ممارسة الحق في الموت، يحق للمريض أن يطلب المساعدة في أن يموت، ويقع على الطبيب والمشفى والدولة واجب قانوني بالقيام بما من شأنه «التعجيل بموت المريض» بأكثر السبل راحة له.^{٢٧} وقد تكون هذا المساعدة سلبية، وذلك بمنع دواء أو إجراء معين يعلم الطبيب أن منعه سيؤدي إلى موت المريض، أو فعلاً إيجابياً، ويبدأ ذلك بنزع أجهزة الإعاشة عن المريض، وأقصى صور ذلك إعطاؤه دواء كفيلاً بالقضاء عليه، أو حتى جرعة من مسكّات الألم يعلم الطبيب أنها ستفضي إلى هلاكه، وبقصد تعجيل وفاته. يعني هذا الأمر تداخل الحق في الموت والموت الرحيم لدى كثير من المدافعين عن هذا الحق. وهكذا، قد نعيد تعريف الحق في الموت وفق هذا الرأي تحديداً بأنه: حق أي شخص في أن يختار متى يموت وكيف يموت، حين يعاني من مرض عضال أو من تبعات حادث مميت يتسبب في ألم جسدي أو نفسي مستمر أو عجز دائم على القيام بأخص أمور معاشه بنفسه، وذلك بإلزام آخرين إلزاماً قانونياً^{٢٨} بمساعدته على تعجيل الموت عن طريق القيام بفعل أو الامتناع عن فعل. بيد أن مفكرين غربيين آخرين توسعوا في تعريف آخر مثير للاهتمام للحق في الموت، أطلقوا عليه «الحق في أن يسمح للإنسان بالموت» (the right to be allowed to die)، ويجوز أن نطلق عليه أيضاً «الحق في الحرية من التدخلات الطبية المانعة للموت» (the right to be free from death-preventing intervention)، ويستند في المقام الأول إلى رفض أشكال علاج معينة لا يعدها بعض الأشخاص مطيلة للحياة، بل مطيلة لعملية الموت إطالة لا فائدة مرجوة منها، كما ذكرنا من قبل.^{٢٩}

تتناقض هذه النظرة بطبيعة الحال مع تثبت كثير من البشر بحياتهم على الرغم من عدم تحقق كثير من تلك الأمور فيها. فأغلب من يحكم عليهم بالإعدام، على سبيل المثال، يحاربون دائماً من أجل وقف تنفيذ الحكم أو تخفيفه أو إلغائه، وذلك على الرغم من الظروف التي يعيشون فيها والتي قد تفتقر إلى الحد الأدنى من الآدمية، فضلاً عن حرمانهم من أغلب الحقوق والمتع التي يمارسها باقي أفراد المجتمع.^{٢٧} عن هذا الرأي وعن طرفي أي حق، ينظر، على سبيل المثال: Kass, "Is there a Right to Die", p. 34.

يؤمن أتباع الديانات بطبيعة الحال بأنه لا يمكن لأي شخص أن يجعل يموت شخص آخر أو يؤخره أو يطيل في عمره، وهي عبارات تستخدم استخدماً اعتيادياً في الأدبيات الغربية. ولهذا السبب، سأستخدم عبارة «إبقاء المريض على قيد الحياة» عوضاً عن عبارة «تأخير الموت» (أو تعجيله في سياقات أخرى) أو «إطالة أمد الحياة»، وما يشبههما للحساسية التي تثيرها هذه العبارات في المنظور الإسلامي.

^{٢٨} في سياق القانون الوضعي، لا نستطيع الحديث عن الإلزام «الأخلاقي» أو «الإلزام» الديني. وفي سياق هذه الورقة، قد نسأل لاحقاً عما إذا كان من الجائز الحديث عن إلزام شرعي بأي من الأمور التي قد يفعلها الطبيب أو يتمتع عنها من أجل عدم التدخل في عملية موت المريض.

^{٢٩} ينظر، على سبيل المثال: Campbell, "The Right to be Allowed to Die".

ج. إشكاليات المرض والعلاج والموت في العصر الحديث

أثار تطور الطب الحديث، إذن، وما وفره أو توفر له من إمكانيات هائلة للحفاظ على حياة الإنسان، بصرف النظر عن «جودة» هذه الحياة، عددا متزايدا من التساؤلات تتعلق بمعنى الحياة وتعريف الشخصية الإنسانية وطبيعة المرض والغرض من العلاج، بل ومعنى الموت كما صرحنا من قبل. وتذخر الكُتاب الغربية عن المرض والعلاج والموت وما يرتبط بهذه القضايا بمناقشات معمقة ومطولة عن إشكالياتها المختلفة. لا تهدف هذه الورقة إلى عرض وجهات النظر المختلفة في كل مسألة من تلك الإشكاليات، بيد أن معرفة بعض تلك المسائل أمرا حتميا في أي نقاش مثري عنها قائم على أسس معرفية وفلسفية وأخلاقية ودينية صلبة. نستعرض هنا بعض تلك المسائل في صورة أسئلة كانت ولا تزال إشكالية وتستند إليها وجهات النظر المختلفة في القضايا الخاصة بالمرض والعلاج والموت، فلسفيا وأخلاقيا، بل وقانونيا في كثير من الأحيان. فإنا هنا بتقسيم تلك الإشكاليات إلى أربع مجموعات، ترتبط أولاهما بالمرضى أو من ينوب عنه، والثانية بالمرضى، والثالثة بالعلاج، والرابعة بالأطراف المرتبطة بعلاج المريض من غير من ينوب عنه، كالطبيب والمشفى ومؤسسات الدولة المختلفة.^{٣٠}

تتعلق المجموعة الأولى من الإشكاليات بذات المريض. وقد نحدد ثلاثة أمور أساسية تزيد من إشكالية المسائل التي نناقشها هنا، أي أهلية المريض ووعيه وقصده. نبدأ بهذا السؤال العام: هل يجب على كل مريض استنفاد كل وسائل العلاج المتاحة، أم يجوز له رفض العلاج أو رفض الاستمرار فيه بعد بدئه حتى لو تيقن وفاته، وذلك إذا كان العلاج مؤلما، أو غير مضمون النتيجة، أو معروف أنه لن يحقق أكثر من إطالة حياة المريض (أو إطالة عملية موته وفق منظور آخر كما رأينا)، أو سيترك المريض فاقدا للقدرة على «الحياة الكريمة»؟ تزيد صعوبة هذا السؤال وقد تختلف الإجابة عنه حين يكون المريض إما فاقدا الأهلية (كالطفل وذوي الإعاقات العقلية وربما النفسية المعينة) أو فاقدا الوعي (كالمريض الذي يعاني من الغيبوبة الطويلة أو موت جذع المخ أو حتى المراحل المتقدمة من الخرف والسنين).^{٣١} في هذه الحالات، يتحول الحديث عادة عن المريض إلى من ينوب عنه، كأهله أو وكلائه أو أوصيائه أو من يقوم على علاجه من طاقم طبي، وذلك في ضوء الإطار القانوني الذي يحكم هذه المسألة. فهل هؤلاء الحق نفسه الذي قد يمارسه المريض شخصيا حال استطاعته، وذلك على أساس التمييز بين مريض يتمتع بأهلية اتخاذ القرار ومريض لا يتمتع بهذه الأهلية؟ ما حدود ما يجوز لمن ينوب عن المريض أو يلي أمره أخذه من قرارات في شأن علاجه، وعلى أي أساس؟ وهل يجب

^{٣٠} وقد نميز أيضا مجموعة من الأسئلة الخاصة بالمجتمع ككل، وعلى رأسها سؤال الفائدة التي تعود على المجتمع من إبقاء فاقد الوعي والمصابين بالعجز والهرم والشيخوخة أحياء بواسطة أجهزة الإعاشة المختلفة، وهو سؤال صادم حتى للجمهور الغربي. عن هذا السؤال، ينظر، على سبيل المثال: Sorrentino, "The Right to Die?", p.363.

^{٣١} يعد فاقد الوعي فاقدا للأهلية أيضا، غير أن هذا الأمر قد يكون مؤقتا. أما المريض بمرض عقلي، فهو فاقد للأهلية دائما، ولكنه ليس فاقدا للوعي إلا إذا عرفنا الوعي تعريفا معنا يتطلب امتلاك القدرة على تقدير المواقف واتخاذ قرارات يمكن وصفها بالعقلانية.

أن يستند القرار إلى تقدير مصلحة المريض من وجهة نظر من ينوب عنه أو يلي أمره، أو إلى الاعتقاد بأن المريض كان ليتخذ القرار نفسه بناء على تصريحات أو آراء معينة له تبناها قبل فقده للأهلية أو الوعي؟

وتعد قضية الأهلية والوعي أساسية في عدد آخر من الإشكاليات، إذ تنتور حالات مرضية معينة لتصل في الأغلب إلى مرحلة فقدان الأهلية أو الوعي أو كليهما، كما هو الحال مع مرض ألزهايمر، وهو الأمر الذي يثير مزيدا من الإشكاليات. فهل للمريض أن يمارس هذا الحق - أي رفض بدء العلاج أو الاستمرار فيه - قبل أن يفقد وعيه أو أهليته، كأن يوصي إما بإبقائه حيا عن طريق التغذية الاصطناعية أو التنفس الصناعي، وبصرف النظر عن إمكانية إفاقته أو عدمها، أو الامتناع عن تغذيته ومساعدته على التنفس إذا ما عجز عن ذلك بنفسه، وبصرف النظر أيضا عن إمكانية إفاقته أو عدمها؟ وإلى أي مدى تصبح هذه الوصية لازمة لمن ينوب عن المريض حال فقد الوعي والأهلية، أو للأطباء القائمين على علاجه؟ وماذا لو اختلف من ينوب عن المريض من ذويه مع الطاقم الطبي القائم على رعايته؟ وهل يجوز لمن ينوب عن المريض طلب الاستمرار في العلاج حتى لو أنه يتسبب في قدر كبير من الألم الجسدي والنفسي للمريض؟ وماذا لو طلب المريض زيادة جرعة مسكات الألم بهدف تخفيف آلامه وهو يعلم أن ذلك الأمر سيفضي إلى الموت؟ وهل يجوز لذويه ذلك الطلب؟ وهل يجوز للطبيب ممارسة سلطته التقديرية في هذا الشأن؟^{٣٢} وفي كل ذلك، هل يجب على المريض المتمتع بالأهلية والوعي أن يعول على الأثر النفسي والاجتماعي والمادي لقراراته الخاصة بالعلاج على ذويه، أو أن يوصي قبل فقده الأهلية أو الوعي وفق ذلك؟^{٣٣} بعبارة أخرى، لو سلمنا بحق المريض في رفض العلاج (حتى في منظومة أخلاقية دينية كالشريعة الإسلامية)، كيف لنا أن نضمن ألا يفتح هذا الأمر الباب لشعور المريض بضغط نفسي، وربما أسري مباشر أو غير مباشر، للامتناع عن العلاج تخفيفا عن معاناة الأهل ماديا ومعنويا؟^{٣٤} وأخيرا، هل للقصدي دورا حاسما في الإجابة على هذه الأسئلة، بمعنى أن الفعل نفسه قد يكون مبررا أخلاقيا وقانونيا أحيانا وغير مبرر أحيانا أخرى، وذلك وفق قصد فاعله، أي المريض أو من ينوب عنه أو القائمين على علاجه؟

ترتبط مجموعة أخرى من الإشكاليات المرتبطة بالتداوي الحديث بطبيعة المرض. ثمة أمران مهمان هنا أيضا: الأمل في الشفاء أو فرص نجاح العلاج وتعافي المريض

^{٣٢} تذكر الأدبيات أن الغالبية العظمى من الأطباء تجتهد بالفعل في هذا الأمر وفي كل الدول، الغربية منها والإسلامية، دون التصريح به، فالطبيب يعلم غالبا أن زيادة جرعة أنواع معينة من مسكات الألم ستؤدي إلى تسمم دم المريض ومن ثم وفاته. وقد أثبتت هذه القضية في الكنيسة الكاثوليكية، واتفق على جواز هذا الفعل إذا كانت نية الطبيب تتجه إلى إراحة المريض، لا تعجيل موته، وهو الأمر الذي يعرف بفكرة أو مبدأ أو قاعدة الأثر المزدوج (doctrine/principle/rule of double effect).

^{٣٣} ثمة رأي قوي مفاده أنه إذا كان من واجب الإنسان أن يعيش للأخريين أحيانا، فمن واجبه أيضا أن يموت من أجلهم أحيانا.

^{٣٤} عن التناقض المحتمل بين مصلحة المريض ومصلحة ذويه، والتي قد تدفعه إلى اختيار الموت لو أصبح هذا الخيار متاحا من جهة القانون، وتفقدته بهذا المعنى قدرا كبيرا من استقلاله وقدرته على تحديد مصيره، ينظر، على سبيل المثال: Sunstein, "The Right to Die", pp. 1142-3.

(prognosis)، والألم الذي يسببه المرض أو العلاج أو كلاهما. فهل يجب أن يكون للأمل في نجاح علاج حالة مرضية معينة أو الوصول بها إلى مرحلة تمكن الإنسان من أن يعيش حياة أقرب إلى الحياة الطبيعية أثر في القرارات الخاصة بالعلاج و«الحق في الموت»؟ وهل ثمة فرق مهم بين مرض مزمن وميؤوس من علاجه («لا يرجى برؤه» وفق تعبير المصادر الإسلامية)، ومرض يرجى تعافي المريض منه ولو طال علاجه؟ هل يجوز في الحالة الأولى ما لا يجوز في الثانية؟ على سبيل المثال، هل يستوي مريض بورم سرطاني يؤكد الأطباء على أن الأمل في بقائه حيا لا يزيد عن بضعة شهور، ومريض آخر، بورم سرطاني أيضا ربما، يثق الأطباء في أن فرص نجاته من مرضه أو تغلبه على عجزه تترجح على الهلاك بسببه؟^{٣٥} وهل يجوز أن يتحدد قرار المريض في العلاج أو ممارسة الحق في الموت بأي تعريف له استنادا إلى مقدار الألم الذي يشعره بسبب المرض أو بسبب العلاج أو كليهما؟ وإذا علة الألم عاملا معتبرا، فمن يحدد مقدار الألم الذي يجيز تصرفا معيناً للمريض؟ وهل ثمة فرق بين الألم الجسدي (كالذي تسببه بعض أنواع الأورام أو الحالات التي تستدعي بتر أحد الأطراف، وهي حالات يعاني فيها المريض من الألم بسبب المرض والعلاج كليهما) والألم النفسي الذي قد يشعر به المريض نتيجة عجزه؟ وهل يجيز الخوف من «ضياع الكرامة» - كما يحدث في حالة الإصابة بالخرف على سبيل المثال - طلب المريض للموت أو سعيه إليه؟ وهل ينطبق على الأمراض النفسية، بما في ذلك الاكتئاب، ما ينطبق على الأمراض وأشكال العجز العضوية؟

ترتبط مجموعة ثالثة من إشكاليات الطب الحديث بالعلاج، يتعلق بعضها بالهدف من العلاج، وبعضها بطبيعة العلاج. أولا، هل الغرض من العلاج مداواة المريض مداواة كاملة إلى أن يعود صحيحا معافا يمارس حياته ممارسة طبيعية، أم يتمثل الغرض منه في الحفاظ على حياة المريض بصرف النظر عن جودة تلك الحياة؟ وهل ثمة فرق مهم بين الحالتين في ما يخص مشروعية طلب ممارسة الحق في الموت؟ وما حدود العلاج الذي يظل في الحدود الطبيعية والعلاج المبالغ فيه ويزيد عن الحاجة أو عن الحد الطبيعي (extraordinary treatment) ويتسبب غالبا في معاناة جسدية ونفسية للمريض ومعاناة نفسية ومادية لأهله؟^{٣٦} وهل ثمة فرق بين ما إذا كان هذا العلاج سيضيف إلى حياة المريض (أو يطيل عملية موته) بضعة أسابيع أو أشهر، أم بضعة سنوات؟ وهل ثمة فرق بين أجهزة الإعاشة المختلفة، كجهاز التنفس الصناعي وأنبوب التغذية، في ما يجوز منعه أو

^{٣٥} تزيد صعوبة الأمر هنا في ضوء حقيقة أن ما قد نعتقده اليوم مرضا لا شفاء منه، قد يصبح سهل الشفاء غدا بعد اكتشاف دواء فعال له، وهو الأمر الذي حدث بالفعل مع كثير من أنواع العدوى البكتيرية والفيروسية التي كانت قاتلة في الماضي وأصبحت اليوم لا تتطلب أكثر من جرعات قليلة من المضادات الحيوية للبقاء عليها قضاء تاما. ينطبق الأمر نفسه على حالات الشلل أو العجز التي يمكن التخفيف من أثارها اليوم باستخدام الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية وغيرها من وسائل حديثة تمكن المصاب بها من أمور لم تكن متصور من قبل.

^{٣٦} عن طبيعة هذا العلاج والجدل الذي يثيره، ينظر، على سبيل المثال:

Nina Burleigh, "The Right to Die", *ABA Journal*, vol. 74, no. 7 (1988), pp. 72-5; Jonas B. Robitscher, "The Right to Die", *The Hastings Center Report*, vol. 2, no. 3 (1972), p. 14.

وقد تميز أيضا بين العلاج المفيد والعلاج الذي لا طائل منه (futile treatment).

رفعه عن المريض تنفيذاً لوصيته أو اجتهاداً من ذويه وأطبائه؟ بعبارة أخرى، هل ينطبق على وقف أجهزة التنفس الصناعي ما ينطبق على إزالة أنبوب التغذية، أم يختلف الأمران من جهة الأخلاق والقانون؟ وهل يعد رفع أجهزة الإعاشة أو أنبوب التغذية سبباً في الموت، أم يعد المرض نفسه الذي جعل المريض في حاجة لتلك الأجهزة سبباً موته، ما يعني أن رفع الأجهزة سمح فقط للموت أن يقع ولم يتسبب فيه؟ وهل ثمة فرق بين رفض المريض البدء في العلاج ورفضه الاستمرار فيه وهو يعلم أن في ذلك هلاكه؟ وهل يبرر الخوف من الألم أو المضاعفات المصاحبة للعلاج طلب الموت أو السعي إليه؟ وهل ثمة فرق بين ما قد يبيحه هذا الألم قبل العلاج، وما قد يبيحه بعد أن يبدأ؟

وأخيراً، ترتبط مجموعة رابعة من المسائل بالطبيب والمشفى الذي يعالج فيه المريض ومؤسسات الدولة المختلفة ودور هؤلاء وواجباتهم تجاه المريض، وربما حقوقهم أيضاً. فما دور الطبيب وهذه الأطراف الأخرى في الإجابة على الأسئلة المذكورة أعلاه؟ وهل يجب على الطبيب - أو يحق له - التوصية بما قد يقضي إلى موت المريض؟ وهل يجوز للطبيب أو لأي من تلك الأطراف الأخرى إنفاذ أو مخالفة رغبة المريض أو وصيته أو رغبة من ينوب عنه أو يلي أمره وفق اجتهاده هو؟ وهل يجوز للطبيب التدخل بهدف محاولة منع موت المريض، وذلك باستخدام أحد أجهزة الإعاشة المختلفة، أو الوسائل الطبية التي قد توصف بالزائدة عن الحد الطبيعي؟ ومن يقرر حدود الحد الطبيعي أو المطلوب؟ وهل يجوز للطبيب وقف بعض أشكال التدخل الطبي الذي لا يرجى برؤه؟ وهل للقصد دور في الإجابة على هذا السؤال؟ وهل يجوز للطبيب إعطاء المريض جرعة من مسكات الألم يغلب على ظنه أنها ستفضي إلى موت المريض؟ وهل يختلف الأمر هنا إذا كان إعطاء المريض هذا القدر من مسكات الألم من اجتهاد الطبيب أم يطلب من المريض؟^{٣٧} وهل يجوز للطبيب الامتناع عن إعطاء المريض مسكات الألم في هذه الحالة على الرغم من إلحاح المريض أو شدة ألمه أو رغبة ذويه في ذلك إن كان فاقداً الوعي أو الأهلية أو كليهما؟ وهل ثمة فرق بين إحداث الطبيب الموت بفعل إيجابي (كإعطاء المريض دواء قاتلاً) وإحداثه بفعل سلبي (كمنع دواء معين عن المريض مع علم الطبيب أن هذا المنع سيؤدي إلى موته)؟ وهل يجوز للطبيب أو لأي من تلك الأطراف الأخرى تحويل أجهزة الإعاشة من مريض إلى آخر؟ ولم لا يعد إبقاء المريض الميؤوس من شفائه على أجهزة إعاشة يحتاجها مريض آخر قتلاً لهذا المريض الآخر بما أن فرص نجاته الأول تكاد تكون منعدمة على أي حال؟

وبما أن كثيراً من هذه المسائل تتطلب اجتهاداً جهة ما، تظهر مجموعة أخرى من الأسئلة. فهل للطبيب أو المشفى الاجتهاد في أمور قد تفضي بمريض إلى الموت بناءً على أي اعتبارات، كرفع جهاز التنفس الصناعي عن مريض بلغ من العمر عتياً، أو عن مريض دخل في غيبوبة يغلب على ظن الأطباء أنه لن يفيق منها، أو مريض مصاب قبلاً بمرض عضال أو بعاهة جسدية أو نفسية خطيرة لا تسمح له بحياة كريمة أو طبيعية، ومنحه لشاب وقع له حادث أو لأبٍ يعول أو لأمٍ لأطفال صغار، وترجح احتمال نجاتهم

^{٣٧} أما لو أعطى الطبيب تلك الجرعات القاتلة من المسكات من دون طلب المريض أو من دون وجود ما يوجبه من ألم، فإنه يعد قاتلاً، وذلك بصرف النظر عن دوافعه.

إذا ووضعا على جهاز التنفس الصناعي؟ وهل يجب على الطبيب أن يصرح للمريض بما إذا كان رفض العلاج أو وقفه سيتسبب حتما في موته (تشجيعا له على قبول العلاج) أم أنه مخاطرة بالموت الذي قد يحدث أو لا يحدث؟ وهل يجوز للطبيب إيهام المريض باحتمال شفائه على عكس الراجح طبييا بهدف تشجيع المريض على تحمل المرض أو العلاج؟ وهل يجوز لمشفى - تجنبا لأي اتهام لاحق له بالتقصير والإهمال في علاج المريض - أن يحرم مريضا يرفض مواصلة العلاج (كالعلاج الكيماوي أو الإشعاعي)، من مسكات الألم والمهدئات التي تخفف آلامه بسبب رفضه الاستمرار في العلاج؟ وهل يجوز للمشفى، استنادا إلى الهاجس نفسه، فرض أنبوب التغذية - على سبيل المثال - على المريض مخافة موته؟ وهل يعتمد الأمر هنا على فرص شفاء المريض أو أي اعتبارات أخرى خاصة بعمره أو مسؤولياته الاجتماعية أو قدرات ذويه المادية، أو أي أمور أخرى؟ وأخيرا، هل يجوز لمشفى الاستمرار في تقديم علاج لمريض بموت الدماغ مع العلم بأن فرص نجاة شبه معدومة، أم أن لهذا المريض الآن حقا في أن «يترك ليموت»؟ وهل يجب أن يكون للقصد وزن في الإجابة على أي من هذه الأسئلة؟

نكرر مرة أخرى أن هدفنا هنا ليس تقديم إجابات على هذه الأسئلة، بل التنبيه إلى فكرة أن أي معالجة جادة للقضايا الخاصة بالعلاج والمرض ورعاية نهاية العمر والموت وما يرتبط بها من حقوق محتملة للمريض وغيره من الأطراف المعنية تتطلب النظر المعمق في هذه الأسئلة، وصولا إلى تصورات أخلاقية وقانونية وفتاوى دينية تستند إلى فهم واسع للإشكاليات المرتبطة بهذه الأسئلة وتأخذ كل أبعادها المهمة في الاعتبار.

د. المرض والعلاج والموت في الأدبيات العربية الحديثة

ظهر في العقود الأخيرة تزايدا ملحوظا في الأدبيات المكتوبة باللغة العربية - ومنها فتاوى دينية صدرت عن رجال دين أو مؤسسات فتوى وطنية أو إقليمية رسمية - تتناول مسائل مرتبطة بالمرض والعلاج والموت. يتقاطع كثير من تلك الأدبيات تداخلا واضحا مع بعض الإشكاليات التي تناقش في الغرب في سياق الجدل الخاص بالحق في الموت أو رعاية نهاية الحياة. وظهر أيضا العديد من المقالات التي ركزت على قضية «قتل الرحمة»^{٣٨}

^{٣٨} نلاحظ انتشار هذه الترجمة بشكل عام، وذلك على حساب الترجمة الأخرى الأدق والأخف وطئا، أي «الموت الرحيم». ينظر، على سبيل المثال، طارق عبد الله محمد أبو حوة، «المسؤولية المدنية للطبيب عن القتل الرحيم والمساعدة على الانتحار: دراسة مقارنة»، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، المجلد ٤، عدد ٥٥ (٢٠١٤)، ص. ٧٦٢-٦١٤؛ أحمد أبو زيد، «القتل بدافع الرحمة»، الوعي الإسلامي، عدد ٣٤٨ (١٩٩٥)، ص. ٣٧-٣٩؛ محمد عبد الرحمن الضويحي، «موقف الشريعة الإسلامية من القتل بدافع الشفقة في حالات الإنعاش الصناعي»، الفكر الشرطي، مجلد ١٥، عدد ٤ (٢٠٠٧)، ص. ١٤٥-١٨٢؛ عماد محمد صالح العثامنة وآخرون، «القتل بدعوى الرحمة: دراسة فقهية قانونية مقارنة»، رسالة ماجستير (إربد: جامعة اليرموك: ٢٠٠٦)؛ أمل العلي، «قتل الرحمة في منظور الشريعة الإسلامية»، الوعي الإسلامي، عدد ٤١٢ (٢٠٠٠)، ص. ٣٧-٣٩؛ عبد الرحمن الفكي، «قضايا دعوية طبية»، مجلة جامعة أم درمان الإسلامية، مجلد ٥، عدد ١٦ (٢٠٠٩)، ص. ٩١-١٠٦. ويتناول فيها المؤلف عدد من القضايا، منها «قتل الرحمة»؛ حمزة عبد الكريم حماد، «قتل الرحمة: رؤية فقهية مقاصدية قانونية»،

عموماً ودعجت بينه وبين بعض الإشكاليات الأخرى على نحو أفضى في النهاية إلى الوقوف موقفاً شديد السلبية من كثير من القضايا المذكورة في هذه الورقة.^{٣٩}

نبدأ أولاً بالفتاوى، وقد صدرت أحياناً عن علماء دين معروفين، وأحياناً كثيرة عن دور إفتاء وطنية أو إقليمية أو دولية. وكما أوضحنا من قبل، يرتبط كثير من المسائل والإشكاليات الخاصة بالمرض والعلاج والموت ورعاية نهاية الحياة بتطور الطب الحديث، ما يعني أن الفقيه المسلم لا يستطيع الاعتماد بدرجة كبيرة على نصوص صريحة أو أخبار وحوادث وأفكار من التراث الإسلامي. بيد أنه من الطبيعي أن يسعى المفتون إلى إضفاء المشروعية على فتاواهم من خلال الإشارة إلى نصوص وأخبار معينة في التاريخ الإسلامي المبكر والذي ينظر إليه على أنه مصدر للسنن الجيدة، وتأتي على رأسها السنة النبوية بطبيعة الحال. بيد أن النصوص والأخبار التي يمكن استدعاؤها وتوظيفها في سياق هذه القضية قليلة للغاية، ولهذا السبب تظل القضية مجالاً خصباً للاجتهاد الفقهي والاختلاف. فالقرآن، على سبيل المثال، يستدعي غالباً للبرهنة على تحريم قتل الغير وقتل النفس (الانتحار).^{٤٠} وتظهر بعض الأخبار من زمن الرسول تحديداً نذكرها في سياق عرض مختارات من الفتاوى وآراء المفكرين العرب في القضية، لا بغرض استيعاب كل ما فيها من أفكار، بل بغرض تحديد ما اهتمت به من مسائل، ومن ثم تقييم مدى اشتباكها مع أبعاد القضية المختلفة.

نبدأ بفتوى الشيخ يوسف القرضاوي، والذي يبدأ من فكرة أن رفض العلاج مباح في الفقه الإسلامي، وهو ما فعله بعض السلف الصالح.^{٤١} ويذكر القرضاوي حادثة وقعت في زمن الرسول عدت دالة على أفضلية الصبر على المرض على العلاج منه:

عن عطاء بن أبي رباح، قال: قال لي ابن عباس: «ألا أريك امرأة من أهل الجنة؟» قلت: بلى. قال: هذه المرأة السوداء، أتت النبي صلى الله عليه وسلم فقالت: إني أصرع، وإني أتكشف، فادع الله لي. قال: إن شئت صبرت ولك الجنة، وإن

دراسات: علوم الشريعة والقانون، مجلد ٣٤، عدد ٢ (٢٠٠٧)، ص. ٣٩٦-٤٠٣؛ عبد الوهاب حومد، «القتل بدافع الشفقة»، عالم الفكر، مجلد ٤، عدد ٣ (١٩٧٣)، ص. ١٣-٣٨؛ محمود صديق رشوان، «قتل الرحمة وأثاره في الفقه الإسلامي»، مجلة الدراسات العربية، مجلد ٢، عدد ٢٠ (٢٠٠٩)، ص. ٧٤٧-٨٩٠، حسن مقابلة، «طبيعة الاتجاهات المختلفة حول القتل بدافع الرحمة»، المجلة الجنائية القومية، مجلد ٥٣، عدد ٣ (٢٠١٠)، ص. ٤١-٨٦؛ فاطمة مناعي، «الحكم الشرعي لقتل الرحمة للمريض الميؤوس من شفائه والموقف القانوني منه»، دراسات، عدد ٦٥ (٢٠١٨)، ص. ٢٣-٤٠؛ عبد الحليم منصور، «القتل بدافع الشفقة في الفقه الإسلامي والقانون الوضعي: دراسة مقارنة»، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، المجلد ٢، عدد ٥١ (٢٠١٢)، ص. ٢٠١-٥٣٠.

^{٣٩} يختلف الأمر في الكتابات الإسلامية باللغات الغربية، ولا سيما اللغة الإنكليزية، إذ ظهرت في العقدين الماضيين كتب ومقالات كثيرة جادة عن قضايا المرض والعلاج ونهاية العمر والموت بوصفها جزء من الاهتمام بقضايا الأخلاق الحيوية (bio-ethics) عامة. تحتاج هذه الدراسات، الجديرة بالترجمة إلى اللغة العربية، بحثاً منفرداً تأمل التفرغ له في المستقبل القريب.

^{٤٠} والآية التي تحرم قتل النفس هي: ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيماً (النساء، ٢٩). ومن الآيات العديد التي تحرم قتل الغير، نذكر: ولا تقتلوا النفس التي حرم الله إلا بالحق (الإسراء، ٣٣).
^{٤١} يوسف القرضاوي، فتاوى معاصرة (الكويت، دار القلم، ١٩٩٢)، ج. ٢، ص. ٥٢٧.

شئت دعوت الله أن يعافيك. فقالت: أصبر. فقالت: إني أتكشف، فادع الله لي أن لا أتكشف، فدعا لها».^{٤٢}

ولهذا السبب، لا يرى القرضاوي حرجا في الامتناع عن العلاج أو وقفه بعد بدئه، بل ويذهب إلى القول بأن عدم التدخل لإطالة عمر المريض الميؤوس من شفائه جائز ومشروع، بل قد يعد واجبا. وهكذا، يجوز للطبيب في الحالات الميؤوس منها وقف العلاج «طلباً لراحة المريض وراحة أهله».^{٤٣} ويشير القرضاوي هنا أيضا إلى الكلفة الكبيرة للعناية بالمريض الميؤوس من شفائه وما يسببه مرضهم والعناية بهم من ألم نفسي وكلفة مادية كبيرة على ذويه، ومنع مرضى آخرين من الاستفادة من وسائل العلاج والإعاشة. غير أن القرضاوي يرفض بشدة إعطاء المريض جرعات من مسكنات الألم يعلم أنها ستفضي إلى موته، ويقارن بين هذا الفعل وأشكال القتل المعروفة.^{٤٤}

أما الشيخ بن باز، فمع اتفاه مع الرأي القائل بأن العلاج في الإسلام يدخل ضمن الأمور المباحة، وأن المريض يؤجر على صبره على المرض لو رفض العلاج،^{٤٥} فإنه يفضل طلب العلاج على تركه. وفي سياق آخر، يصرح ابن باز بكون العلاج مستحبا، وإن ذكر الآراء التي تراه مباحا أو حتى مكروها لأفضلية الصبر عليه. يشير ابن باز هنا إلى حديث نبوي يحض الرسول الناس فيه على طلب العلاج:

تداووا عباد الله، فإن الله لم يضع داء إلا وضع معه شفاء إلا الهرم.^{٤٦}

ومع ذلك، يكرر ابن باز أن رفض العلاج ليس أمرا محرما، وذلك مع إقراره أن رفضه مع الأمل في الشفاء يضر بالمريض وأهله ومن يعتنون به. ويذكر أيضا أن العلاج يمكن الإنسان من عبادة الله ونفع البشر، وهو ما يجعله مستحبا.^{٤٧}

^{٤٢} والحديث صحيح رواه الشيخان.

^{٤٣} القرضاوي، فتاوى معاصرة، ج. ٢، ص. ٥٢٨. ومع أن القرضاوي يلمح ولا يصرح هنا بحق الطبيب في الاجتهاد في أمر يخص المريض دون إذنه أو إذنه ذويه، يصرح آخرون بهذا الأمر (بنظر، على سبيل المثال، رشوان، «قتل الرحمة»، ص. ٨٠٠). وقد نوقشت هذه المسألة في الأدبيات الغربية، وتسود - كما هو متوقع - فكرة رفض اجتهاد الطبيب في هذا الأمر، أولا لاعتدائه على مبدأ «استقلال» المريض (autonomy)، ثم مخافة أن يؤدي ذلك إلى فقد السيطرة على اجتهادات الأطباء، وهو ما يطبق عليه «المنحدر الزلق» (slippery slope). وقد يضاف إلى ذلك أن هذا الأمر قد يفتح باب تواطء الطبيب مع وريثة المريض طمعا في نصيب من ثروته. يبدو هنا أن الشيخ القرضاوي لا يخاف على الطبيب المسلم من ذلك المنحدر أو هذا التواطؤ. ولرأي يرفض فكرة خطر «المنحدر الزلق» استنادا إلى منطق نفعي بحت، ينظر: Raymon Tallis, "Our Professional Bodies Should Stop Opposing Assisted Dying", *British Medical Journal*, vol. 344, no. 7861 (2012), p. 33.

^{٤٤} القرضاوي، فتاوى معاصرة، ج. ٢، ص. ٥٢٦-٥٢٧.

^{٤٥} وهو رأي المذهب الحنبلي الذي ينتمي إليه ابن باز.

^{٤٦} والحديث رواه أبو داود والترمذي وأحمد وابن ماجه، وله شواهد في أحاديث أخرى تحض أيضا على التداوي.

^{٤٧} تنظر الفتوى الأولى والفتوى الثانية على موقع الشيخ عبد العزيز بن باز (آخر وصول ٢١ يناير

أما الفتاوى الخاصة بدار الإفتاء والمجامع الفقهية، فنذكر منها فتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحث والتي صدرت عام ٢٠٠٣. تؤكد الفتوى على أن كافة أشكال «الموت الرحيم» (euthanasia) أو المساعدة على الموت (aid-in-dying) حرام شرعاً، إذ لا يملك أي شخص حق في إنهاء حياة إنسان، ولا حتى نفسه، ذلك أن الإنسان لا يملك روحه حتى يتنازل عنها أو يسمح لنفسه أو لغيره بالقضاء عليها. بيد أن رفع الأجهزة عن شخص يعد ميتاً، كالمصاب بموت جذع المخ، مباح. تستند الفتوى إلى بعض الأمور هنا، وأولها قياس هذا الرفع على رفض المريض للعلاج (وهو مباح)، وثانيها كون تلك الأجهزة تحافظ على المظاهر الخارجية للحياة مع فقد المريض لوعيه أو شعوره، وثالثها هو كلفة إبقاء المريض على تلك الأجهزة وضياعتها بدون فائدة، وحرمان مرضى آخرين من استخدامها.^{٤٨}

وكان لبعض المواقع الإسلامية المشهورة إسهامها في الفتاوى المتعلقة بالقضية موضوع هذا البحث.^{٤٩} نذكر منها موقع إسلام أونلاين الذي نشر عدة فتاوى ذات صلة بقضايا المرض والعلاج والموت. تذكر إحدى الفتاوى رأي الشيخ هاني بن عبد الله الجبير الذي يحرم جميع صور قتل الرحمة، والتي تشمل في رأيه رفع أجهزة الإعاشة أو منع أي شيء من شأنه الإبقاء على حياة المريض، وذلك بغض النظر عن الأمل في الشفاء أو عن رغبة المريض؛ فالغاية لا تبرر الوسيلة، وفق منطوق الفتوى. تؤكد الفتوى أيضاً على قيمة الصبر، وتشير إلى خبر ينكر فيه الرسول فعل شخص أصيب في معركة فقتل نفسه ليسترخ:

شهدنا مع رسول الله صلى الله عليه وسلم حيناً، فقال لرجل ممن يدعى بالإسلام: هذا من أهل النار؛ فلما حضرنا القتال قاتل الرجل قتالاً شديداً، فأصابته جراحة، فقبل: يا رسول الله، الرجل الذي قلت له أنفاً: إنه من أهل النار فإنه قاتل اليوم قتالاً شديداً، وقد مات، فقال النبي صلى الله عليه وسلم: إلى النار، فكاد بعض المسلمين أن يرتاب، فبينما هم على ذلك إذ قيل: إنه لم يمت، ولكن به جراحاً شديداً، فلما كان من الليل لم يصبر على الجراح، فقتل نفسه، فأخبر النبي صلى الله عليه وسلم بذلك، فقال: الله أكبر، أشهد أني عبد الله ورسوله، ثم أمر بلالاً فنادى في الناس: أنه لا يدخل الجنة إلا نفس مسلمة، وأن الله يؤيد هذا الدين بالرجل الفاجر.^{٥٠}

ونشر موقع إسلام ويب فتاوى تناول حالات حقيقية. فیسأل مستفت عن مشروعية وضع مريض لا يرجى شفاؤه على أجهزة الإنعاش في الوقت الذي يحتاج فيه مريض آخر يرجى برؤه لتلك الأجهزة. يجيب المفتي (بدون تعريف الموقع له) بأن الأولوية يجب أن تعطى لمن يرجى برؤه، إلا إذا وضع المريض الميؤوس من شفاؤه أولاً على الأجهزة، فلا يجوز رفعها عنه تفضيلاً للآخر. لا تذكر الفتوى الأساس الذي استند

^{٤٨} تنظر الفتوى على موقع المجلس الأوروبي للإفتاء والبحث (آخر وصول ٧ إبريل ٢٠٢٥).

^{٤٩} وقد يكون لهذه المواقع، العابرة للحدود، أثر في تشكيل رأي عام بين الجمهور المسلم أكبر من آراء آحاد الفقهاء أو حتى المجامع الفقهية.

^{٥٠} والحديث صحيح رواه الشيخان. تنظر الفتوى على موقع إسلام أونلاين (آخر وصول ٢١ يناير

إليه صاحبها هنا. تحذر الفتوى أيضا من القنوط من رحمة الله، ذلك أن الله قد يشفي مريضا يأس الأطباء من شفائه.^{٥١} وفي فتوى أخرى عما إذا كان الامتناع عن علاج يعلم المريض أنه يهلك بدونه يعد انتحارا. تقول الفتوى أن الأمر يعتمد على ما إذا كان العلاج واجبا أو مندوبا أو مباحا من الناحية الشرعية. وينصح صاحب الفتوى باستمرار المريض في العلاج وإن طال أمده إذا علم أنه يهلك بدونه. بيد أنه يضيف أننا لا نستطيع أن نقول إن المريض يعد منتحرا إذا امتنع عن العلاج، وهو رأي يستند استنادا واضحا إلى كون التداوي مباحا وليس واجبا عند أغلب المذاهب الفقهية.^{٥٢} وفي فتوى ثالثة، تسأل أم عن جواز طلبها نزع أجهزة الإعاشة عن رضيعتها المصابة بالشلل والتي سيزيد اعتمادها على الأجهزة للاستمرار على قيد الحياة، علما بترجيح الأطباء ألا تعيش أكثر من ثمانية عشر شهرا. تنص الفتوى على عدم جواز رفع الأجهزة عن الطفلة وعلى وجوب قيام الأطباء بكل ما يلزم لعلاجها.^{٥٣}

نجد في أغلب هذه الفتاوى سعيا - مفهوما بطبيعة الحال - إلى البحث عن أي أدلة من النصوص الإسلامية أو الأخبار التاريخية، ولا سيما تلك المتعلقة بالرسول بطبيعة الحال، لدعم آراء معينة، وذلك على الرغم من حداثة القضية التي تتناولها هذه الفتاوى كما أوضحنا، وهو ما يعني بالضرورة أن تلك الأخبار نشأت في ظل وضع للطب والعلاج مختلف تمام الاختلاف عن الوضع اليوم. أدى هذا الأمر إلى تحميل بعض تلك النصوص والأخبار بمعان يمكن الاعتراض عليها علميا. على سبيل المثال، في خبر المرأة المشتكية من الصرع الذي يذكر كثيرا في تلك الفتاوى لاستدلال على أجر الصبر على المرض وربما ترجيحه على التداوي في بعض الحالات، نلاحظ أن المرأة لم تذهب إلى الرسول طلبا للعلاج، بل طلبا لدعائه لها بوصفه رسول الله. وقد خيبرها الرسول بين أن يدعو الله لها، أو أن تصبر وتدخل الجنة، فاختارت الصبر والجنة. لم يرتبط الأمر - إذا - بالعلاج على وجه الخصوص. وقد نضيف أيضا أن ما يجوز على رسول الله لا يجوز بالضرورة على غيره، وهي مسألة معروفة في الفقه الإسلامي؛ فلم يكن لغير الرسول أن يخير المرأة بين البرء من مرضها أو الصبر والجنة لأنه لا يجوز لأي إنسان غير رسول الله أن يعد المريض بالجنة.^{٥٤}

وعلى خلاف الفتاوى التي تميل دائما إلى الاختصار حين يكون السؤال عاما، أو الاقتصار على الحالة المحددة التي يسأل عنها المستفتي دون تفصيل الأدلة والأسس الشرعية التي تستند إليها الفتوى في كثير من الأحيان، توسعت بعض الكتابات العربية في مناقشة مسائل متعلقة بقضايا المرض والعلاج والموت وما قد يتعلق بها من حقوق للمريض أو لأي أطراف أخرى. وينقسم أغلب من كتبوا في هذا الموضوع إلى فريقين. يشمل الفريق الأول المختصين في الفقه الإسلامي والدراسات الشرعية عامة،^{٥٥} والفريق

^{٥١} تنظر الفتوى على موقع إسلام ويب (آخر وصول ٢١ يناير ٢٠٢٦).

^{٥٢} تنظر الفتوى على موقع إسلام ويب (آخر وصول ٢١ يناير ٢٠٢٦).

^{٥٣} تنظر الفتوى على موقع إسلام ويب (آخر وصول ٢١ يناير ٢٠٢٦).

^{٥٤} ويفترض أن الرسول محمد ألهم هذا الأمر بطبيعة الحال، ذلك أن أمر الجنة والنار يخص الله وحده في العقيدة الإسلامية.

^{٥٥} يتعلق الحديث هنا بدراسات شرعية، لا فتاوى دينية كالتي عرضناها فيما سبق. ينتمي أغلب

الثاني المختصين في القانون.^{٥٦} غير أننا نلاحظ على أغلب تلك الكتابات أمورا تنطبق عليها وعلى بعض الفتاوى الإسلامية عن إشكاليات المرض والعلاج والموت أيضا.

أولا، اتسمت الكتابات الخاصة بالفقهاء المسلمين والمختصين في الدراسات الشرعية بالتركيز على مسائل بعينها، كمسألة تحريم القتل والانتحار بكل صوره وأشكاله، بما في ذلك أي فعل أو امتناع عن فعل يفضي إلى موت المريض، ومهما كانت المبررات،^{٥٧} وما يرتبط بذلك كله من مشروعية طلب الموت وتمنيه، أو أي شيء يمكن أن يندرج تحت مفهوم «الحق في الموت». وترتكز هذه الكتابات أيضا على مسألة كون العلاج مباحا أو مندوبا أو واجبا أو حتى مكروها،^{٥٨} ومسألة ضرورة الصبر على احتمال المرض والألم المصاحب له أو للعلاج، ومسألة الإيمان بقضاء الله وقدره واحتساب الأجر على المرض والألم، ومسألة التوكل على الله والثقة في قدرته على شفاء المرضى حتى لو قطع الأطباء باستحالة الشفاء من حالات معينة،^{٥٩} ومسألة احتمال ظهور علاج جديد لمرض يظن أنه لا شفاء منه.^{٦٠}

كأب هذه الفئة إلى دارسي العلوم الشرعية من غير الخوليين بالفتيا رسميا، وتسمح طبيعة دراساتهم بمزيد من التفصيل الذي لا تسمح به الفتاوى.

^{٥٦} ويغيب للأسف المشتغلون بالطب أو بالمهن الصحية. ويغيب تماما تقريبا مجال «الدراسات الإنسانية الطبية» (medical humanities) في العالم العربي، وهو مجال يجمع المختصين فيه بين المعرفة الطبية اللازمة، والإلمام بالقضايا الأخلاقية والفلسفية المرتبطة بتطور الطب الحديث وإمكاناته.

^{٥٧} ينظر، على سبيل المثال، الضويبي، «موقف الشريعة الإسلامية»، ص. ٨٧. وبصر الضويبي على ضرورة قيام الطبيب بكل ما يلزم لعلاج المريض، بما في ذلك المرضى الميؤوس من شفائهم أو المولودين بنشوات خلقية كبيرة (ص. ١٠٠). ويستثنى الضويبي من هذا الأمر موتى جذع المخ، إذ يعد علاجهم حرام في رأيه لعدم جدواه (ص. ١٠٥).

^{٥٨} وتستعرض معظم الكتابات هنا آراء المذاهب الفقهية، والتي تدور بين الإباحة والتدب غالباً، وإن قال بعض الفقهاء بالكراهة أو الوجوب في أحيان معينة. (لآراء المذاهب الإسلامية المختلفة عن التداوي وما تستند إليه من آثار وأخبار، انظر، على سبيل المثال، الضويبي، «موقف الشريعة الإسلامية»، ص. ١٠٦-١١٠). وتميل أغلب الكتابات المعاصرة إلى ترجيح الاستحباب أو أحيانا الوجوب، لا سيما حين يكون المرض قابلا للعلاج ويترحم شفاء المريض منه. ويرتبط هذا الموقف ارتباطا واضحا بتطور قدرة الطب الحديث على علاج كثير من الأمراض بواسطة الأدوية والعمليات الجراحية وغيرها من وسائل العلاج الحديثة. ويصل الأمر ببعض الكتاب إلى عد الامتناع عن العلاج قتلا للنفس إذا أدرك المريض ضرورة العلاج لتجنب الموت.

^{٥٩} حماد، «قتل الرحمة»، ص. ٣٩٨.

^{٦٠} حومد، «القتل بدافع الشفقة»، ص. ٦٥٩. ينظر أيضا القرار رقم ٦٧ (٧/٥) لمنظمة

التعاون الإسلامي بشأن العلاج الطبي، ونصها:

مما تقتضيه عقيدة المسلم أن المريض والشفاء بيد الله عز وجل، أن التداوي والعلاج أخذ بالأسباب التي أودعها الله تعالى في الكون، وأنه لا يجوز اليأس من روح الله أو القنوط من رحمته، بل ينبغي بقاء الأمل في الشفاء بإذن الله. وعلى الأطباء وذوي المرضى تقوية معنويات المريض والدأب في رعايته وتخفيف الآلام النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه. إن ما يعتبر حالة ميؤوسا من علاجها هو بحسب تقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاحة في كل زمان ومكان وتبعاً لظروف المرض. (مجلة مجمع الفقه الإسلامي الدولي، جزء ٣، عدد ٧ (١٩٩٢)، ص. ٥٦٣).

ثانياً، هيمنت فكرة القتل على الدراسات الخاصة بقضية الخيارات المتاحة للمريض وذويه وأطبائه في الحالات الطبية التي يرى الأطباء اليأس من شفائها، وهو الأمر الذي يظهر في ترجمة كلمة euthanasia (ومعناها «الموت الجيد» في أصلها اليوناني) إلى «القتل الرحيم» أو «قتل الرحمة» كما نوهنا من قبل. وقد أدى هذا الأمر إلى وأد التفكير الناقد المستند إلى فهم واع الإشكاليات الأخلاقية التي ترتبط بمسائل القضية المختلفة.^{٦١} وهكذا، تغيب أغلب الأسئلة التي ذكرناها في المبحث الثاني عن الدراسات العربية عن قضايا المرض والعلاج والموت وما يرتبط بها من مسائل وإشكاليات، وهو ما أدى إلى غياب الأساس الفقهي والأخلاقي المنهجي لأغلب تلك الفتاوى والآراء إذا قومناها من جهة الإشكاليات المذكورة في المبحث السابق. ولا نجد إلا في ما ندر ربطاً بين تلك المسائل وتطور الطب الحديث والتصور الطبي السائد التي تقوم على الحفاظ على حياة المريض بأي ثمن حتى لو يعاني على المريض من ألم نفسي وجسدي شديد، وغلب على ظن الطيب استحالة شفاؤه.^{٦٢} وينصب اهتمام المختصين في القانون بطبيعة الحال على مسؤولية الطيب المدنية والجنائية في علاج المريض، وتركز بالتالي على قضايا محددة ولا تناقش بالضرورة الأبعاد الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والفلسفية والأخلاقية للمسائل موضوع هذه الورقة إلا عرضاً.^{٦٣}

ثالثاً، على خلاف الكتابات الغربية التي تناقش كثيراً من قضايا المرض والعلاج ورعاية نهاية العمر والموت من جهة «حقوق» المريض، تهيمن على أغلب الكتابات العربية فكرة «واجب» المريض في الصبر وواجب أطبائه في الحفاظ على حياته، وتغيب تماماً

^{٦١} ينظر، على سبيل المثال، رفض فتوى الشيخ القرضاوي بشرعية «القتل الرحيم» وهو مصطلح لا يستخدمه الشيخ القرضاوي ويهدف بوضوح إلى تكوين مشاعر معينة تجاه الفتوى حتى قبل قراءة الخبر (جريدة اليوم السابع، ٢٤/٢/٢٠١٠. أخر وصول ٢١ يناير ٢٠٢٦). ينظر أيضاً رأي أحد المقربين من الشيخ القرضاوي في فتواه حين تعلق الأمر به شخصياً (موقع الجزيرة مباشر، أخر وصول أخر وصول ٢١ يناير ٢٠٢٦). وقد كان للمجلس الأوروبي للإفتاء رأياً مشابهاً لرأي الشيخ القرضاوي، وهو ما أثار ردود أفعال مشابهة من رجال الدين المصريين في الأزهر والكنيسة القبطية على حد سواء (جريدة الشرق الأوسط، ١٤/٩/٢٠٠٣، أخر وصول أخر وصول ٢١ يناير ٢٠٢٦). وينطلق رأي الشيخ القرضاوي والمجلس الأوروبي للإفتاء هنا من موقف يحكم على أخلاقية الفعل من جهة نتائجه ومآلاته (ويطلق على هذا المنهج في الغرب المذهب النفعي (utilitarianism)، بينما ينطلق نقاد هذه الفتوى من موقف آخر يصير على النظر إلى الفعل نفسه، لا دوافعه أو نتائجه، للحكم على أخلاقية، وهي فكرة معروفة في الثقافات المختلفة وارتبطت في العصر الحديث بفلسفة الفيلسوف الألماني إيمانويل كانط (١٧٢٤-١٨٠٤)، ويطلق عليها مبدأ الواجب الأخلاقي (categorical imperative).

^{٦٢} ينظر، على سبيل المثال: أبو حوا، «المسؤولية المدنية للطبيب»، ص. ٦٩٣، إذ يؤكد المؤلف على أن هدف الطيب يجب أن يظل معالجة المريض، لا الحفاظ على حياته ولو بتعريضه لعلاج يتسبب في عذابه.

^{٦٣} بيد أن الجانب الديني يظهر بوضوح في أغلب تلك الدراسات، وهو أمر مفهوماً في ضوء كون الشريعة الإسلامية مصدراً من مصادر التشريع المعترف بها في أغلب الدول الإسلامية، أو المصدر الأول للتشريع في بعض تلك الدول. بيد أن هذا الجانب الديني يأتي دائماً مختصراً، ولا يتوسع، شأنه شأن الكتابات الدينية، في تناول كثير من أبعاد قضايا المرض والعلاج والموت، أو مناقشة الأسئلة المذكورة في المبحث السابق.

فكرة مسائلة اعتقاد الطبيب (المسلم كما غيره) أن واجبه الأسمى يتمثل في الحفاظ على حياة المريض بأي ثمن، وهو أمر يشترك فيه مع الطبيب كثيره من المرضى المسلمين، بما لا يترك أي قدر من المرونة في التعامل مع الأمراض والحالات المرضية المختلفة. في واقع الأمر، حين تظهر فكرة الحقوق في الأدبيات العربية ذات الصلة، فإنها ترتبط عادة بكون الحياة حقاً ثابتاً من حقوق الإنسان لا يجوز التنازل عنه.^{٦٤} وبما أن إنهاء الحياة في النظرة الدينية يعد أمراً يخص الله، تناقش هذه القضايا - في ما يترأى لنا - بوصفها تنتمي إلى حقوق الله، لا حقوق العباد. وحتى حين أكدت بعض الفتاوى والمناقشات - على كراهة واضحة من أصحابها - على «حق» المريض في رفض العلاج، إما ابتداءً أو استمراراً فيه، فإنها لم تميز بين أشكال العلاج المختلفة، إذ تناولت أجهزة الإعاشة، كأنبوب التغذية وجهاز التنفس الصناعي، وكأنها نوع واحد، وذلك على الاختلاف في طبيعتها وما قد يكون لذلك من أثر محتمل في الحكم الشرعي.^{٦٥}

٥. قضايا المرض والعلاج والموت: نحو رؤية جديدة

ذكرنا في المبحث الثاني مجموعة من العوامل المرتبطة بالمرض والعلاج والموت وما أفرزته من أسئلة إشكالية ما زالت موضوعاً للجدل في الأدبيات الغربية. وحددنا من تلك العوامل ما يرتبط منها بالمريض (الأهلية والوعي والقصد)، وبالمرض (الأمل في الشفاء والألم الذي يتسبب فيه للمريض)، وبالعلاج (يهدف إلى علاج المريض أم مجرد الحفاظ على حياته)، وبصلاحيات الطبيب والمشفى وواجباتهما والقيود على تصرفاتهما. وقلنا إن أي معالجة جادة لتلك الأسئلة تتطلب أخذ كل هذه الأبعاد في الحسبان للخروج بنظرية متكاملة عن منهج التعامل مع كثير من الإشكاليات المرتبطة بقضايا المرض والعلاج والموت.

بيد أننا في أي محاولة لوضع أسس منهج إسلامي يستند إلى أساسيات الشرع الإسلامي، أو لا يخالف الثابت منها على أقل تقدير، يجب أن نبدأ بالتأكيد على مجموعة من الأمور المعروفة، وعلى رأسها تحريم قتل الغير وتحريم قتل النفس. ويشمل نوعاً القتل هذان قيام شخص بفعل إيجابى يتيقن أنه سيفضي إلى موته أو موت غيره بقصد الموت، وهو ما قد يفعله المريض إذا تناول دواء أخبره طبيبه بأنه سيفضي حتماً إلى موته، أو أعطى الطبيب مريضه ذلك الدواء. فيما عدا ذلك، يظل الحكم الشرعي في بعض صور

^{٦٤} حماد، «قتل الرحمة»، ص. ٣٩٨.

^{٦٥} نجد في حالة واحدة قياساً لأنبوب التغذية على الأكل والشرب بوصفهما أمرين لازمين للحياة، وهو ما يعني تحريم رفض أنبوب التغذية كما يحرم الامتناع عن الأكل والشرب امتناعاً يفضي إلى الموت. وربما يميز البعض بين الأمرين باعتبار أن الأكل والشرب أمران يقوم بهما الإنسان نفسه عادة ولا يعيش بدونهما في الظروف العادية؛ أما أنبوب التغذية، فهو دائماً جزء من علاج أشمل ولا يقوم به إلا طبيب أو ممرض مختص. والامتناع عن العلاج، كما أوضحنا من قبل، يدخل لدى أغلب الفقهاء ضمن المباحات التي يجوز للمريض المسلم الأخذ بها أو تركها (وإن مال أغلب الفقهاء المعاصرين إلى كراهة الترك كما بينا)، دون تمييز دائماً بين ترك العلاج الذي قد يفضي إلى الموت وغيره. وهكذا لا تعد قضية الأمل في الشفاء ذات وزن كبير في الفتاوى والأدبيات ذات الصلة.

ممارسة المريض لـ «حقه» في النقاشات الغربية غير محسومة لعدم تناولها تناولاً نقدياً كما أسلفنا. وهكذا، لن يختلف المسلمون غالباً على تحريم الإتيان بما يتيقن أنه سيفضي إلى الموت بقصد الموت، وذلك بصرف النظر عن أي عوامل (كالأمل في الشفاء والألم المرتبط بالمرض أو بالعلاج أو بكليهما). ويصح هذا الأمر في شأن ذات المريض أو من ينوب عنه أو من يقوم على علاجه، إذ يعد في الحالة الأولى قتلاً للنفس، وفي الحالة الثانية قتلاً للغير. ولن يختلف المسلمون على الأرجح على تحريم الإتيان بما يتيقن أنه سيفضي إلى الموت حتى لو كان ذلك بغير قصد الموت، حتى لو عد الإثم المترتب على هذا الفعل أقل من إثم قاصد الموت، وذلك بصرف النظر عن أي من العوامل التي ذكرناها.^{٦٦}

ومع السهولة النسبية لقضية الإتيان بالفعل المفضي إلى الموت بشكل عام، تظل إشكالية أساسية هنا، ألا وهي مسألة مسكات الألم. نذكر هنا مجموعة من الأسئلة الأساسية:

- هل يجوز للمريض تناول جرعات من مسكات الألم يتيقن أو يغلب على ظنه أنها ستفضي إلى موته؟
- هل تختلف الإجابة عن السؤال السابق وفق قصد المريض؟ بعبارة أخرى، هل يجوز للمريض تناول جرعات من مسكات الألم مع تيقنه أنها ستفضي إلى موته إذا لم يقصد الموت؟
- وهل يمكن للألم الذي يشعر به المريض أن يميز تناول جرعات من مسكات الألم مع تيقنه أنها ستفضي إلى موته؟ وهل ثمة فرق ذو أثر على الحكم الشرعي بين الألم الجسدي والألم النفسي، ولا سيما تلك الآلام النفسية التي قد تعامل معاملة المرض النفسي الشديد الذي قد يدفع صاحبه إلى قتل نفسه أو غيره؟
- وهل للأمل في الشفاء أثر في الإجابة على هذه الأسئلة، بحيث يجوز تناول تلك الجرعات المميّنة من مسكات الألم إذا غلب على ظن المريض (أو طبيبه) أنه سيموت على الأرجح حتى بدون المسكات؟
- هل يجوز لذوي المريض المتألم - من باب الشفقة عليه والرحمة به - طلب إعطائه جرعات من مسكات الألم مع علمهم أنها ستفضي إلى موته؟ بعبارة أخرى، هل قضية الألم تخص المريض وحده، بحيث أنها قد تبيح له هو تحديداً ما لا قد تبيحه لغيره مما يشهد أعراض الألم، ولكن لا يحس به؟ وهل لأهلية المريض أو وعيه هنا أثر في الحكم؟

^{٦٦} ثمة مسائل أخرى خاصة بالإتيان تخرج عن نطاق هذا البحث، كالقيام بفعل خطير بغير قصد الموت، مثل بعض أنواع المغامرات كالقفز من أماكن شاهقة أو الغوص في الماء بدون أكسجين، أو الاشتراك في رياضات عنيفة قد تؤدي إلى الموت (كالمصارعة والملاكمة). ومع غياب قصد الموت هنا، فإن الفاعل يعرض نفسه للهلاك بممارسة فعل خطير يهدف به إلى تحقيق متعة شخصية أو كسر أرقام قياسية وما شابه. والواقع أن أكثر فقهاء المسلمين يمتنعون عن إدانة مثل هذه الأفعال (التي تمارس في الدول الإسلامية ويدخل بعضها ضمن الرياضات المعروفة) إدانة صريحة ومنتكرة، حتى وإن امتنعوا عن إباحتها بإباحة صريحة. وقد ينطبق الأمر نفسه على تدخين السجائر، وهو أمر تحرمه أغلب الفتاوى لأسباب مختلفة، غير أن تلك الفتاوى فشلت فشلاً واضحاً في خلق تصور لدى المسلمين بالمساواة في التحريم بين أي من المحرمات المنصوص عليها (كالخمر ولحم الخنزير) من جهة، وتدخين السجائر من جهة أخرى.

• هل يجوز للطبيب إعطاء المريض جرعات قاتلة من مسكات الألم؟ وهل يختلف الحكم هنا إذا كان الفعل بطلب من المريض أم بغير طلبه؟ وهل لقصد الطبيب أثر في الحكم، بحيث يجوز له إعطاء المريض تلك الجرعات القاتلة لتخفيف ألمه، لا بقصد تعجيل موته، وذلك مع علمه بأن تلك الجرعات ستسبب في موته؟

أما الامتناع عن الفعل، فيثير من الأسئلة ما هو أصعب في الإجابة من الإتيان بفعل معين فيما يخص قضايا المرض والعلاج والموت. والسؤال الرئيس هنا هو: هل يجوز الامتناع عن علاج يتيقن أن الامتناع عنه سيفضي إلى الموت؟ ونترفع عن هذا السؤال مجموعة كبيرة من الأسئلة المرتبطة بالعوامل التي ذكرناها، مثل:

• هل من الجائز التمسك بالرأي القائل بكون العلاج مباحا كما فعلت بعض المذاهب الفقهية في زمن اختلف فيه الطب اختلافا بينا عن طبيعته اليوم وامكاناته في تشخيص الأمراض وعلاجها، بل ومساعدة بعض المصابين بصور العجز المختلفة على عيش حياة أقرب ما تكون إلى الطبيعية؟

• ويتفرع عن السؤال الأول سؤال آخر: هل يجوز أن يكون دافع الامتناع عن العلاج توفير النفقات أو رفع ضغوط مالية أو نفسية على ذوى المريض؟ وهل لذوى المريض الإيعاز له بالامتناع عن العلاج لهذه الأسباب استنادا إلى كون العلاج مباحا، كما هو سائد بين الفقهاء؟

• هل ثمة فرق ذو أثر على الحكم الشرعي بين الامتناع عن علاج يتيقن أن الامتناع عنه سيفضي إلى الموت إذا قصد المريض بامتناعه جلب الموت أم لم يقصد به ذلك؟

• هل يجوز لذوى المريض طلب ذلك الامتناع، أم أن هذا الأمر يخص المريض حصرا، وينتفي إذا غاب المريض عن الوعي أو لم تكن له أهلية القرار (كالطفل والمريض النفسي أو العقلي)؟

• هل ثمة فرق ذو أثر على الحكم الشرعي بين الامتناع عن العلاج قبل بدئه، والامتناع عن الاستمرار فيه؟

• هل ثمة فرق ذو أثر على الحكم الشرعي بين الامتناع عن علاج يتيقن أن الامتناع عنه سيفضي إلى الموت في حالة غلبة الظن بعدم إمكان الشفاء؟ بعبارة أخرى، ما دور الأمل في الشفاء في تحديد الحلال والحرام في ما يخص العلاج؟

• يتفرع عن السؤال الأخير سؤال آخر: هل الامتناع عن العلاج الكيماوي في حالة مريض السرطان، كالاتماع عن تناول المضادات الحيوية في حالة المصاب بالتهاب رئوي بسيط يغلب على الظن براء المريض منه؟

• ويتفرع عن الجزء الأول من السؤال الأخير سؤال آخر: هل ثمة فرق ذو أثر على الحكم الشرعي بين العلاج، الكيماوي أو غيره، الهادف إلى علاج المريض (الشفاء)، والعلاج الهادف إلى إطالة عمر المريض (الحفاظ على الحياة)؟ هل يجوز في الحالة الأولى ما لا يجوز في الثانية؟

• وهل للحالة التي يتوقع أن يكون عليها المريض بعد إجراء علاجي معين أثر في الحكم

الشرعي؟ على سبيل المثال، هل يجوز لمريض رفض بتر يده على سبيل المثال تجنباً لإصابته بالعجز وما يسببه له هذا الأمر من أذى جسدي دائم وضرر نفسي قد يدوم طويلاً؟ وهل ينطبق الأمر نفسه على العلاج الذي قد يصيب المريض بالشلل أو بالعمى أو ما يشبههما؟

• وهل يجوز للمريض الامتناع عن علاج يراه علاجاً غير اعتياد أو علاج جديد في طور التجريب من جهة، والعلاج الذي يوصف بالعتادي في حالات معينة من جهة أخرى؟ وهل يجوز للمريض أن يقرر أن علاجاً معيناً لن يطيل حياته بل سيقتل عملية موته ويجيز لنفسه، أو يجيز غيره لنفسه، الامتناع عن العلاج أو رفعه استناداً إلى هذا الاعتقاد؟

• هل لأي من العوامل سابقة الذكر أثر على الحكم الشرعي في مسألة امتناع الطبيب عن القيام بأي أمر من شأنه الحفاظ على حياة المريض، بحيث يجوز له ذلك الامتناع في حالات معينة، ولا يجوز له في حالات أخرى؟

• هل للمشفى الذي يتلقى فيه المريض العلاج صلاحية الامتناع عن علاج المريض إيثاراً لمريض آخر في ظروف معينة؟

توفر الإجابة عن الأسئلة أساساً نظرياً لرؤية جديدة للإشكاليات المرتبطة بقضايا المرض والعلاج والموت في العصر الحديث، بل وتوفر أساساً للتعامل النقدي مع ما يطلق عليه في الغرب المعاصر «الحق في الموت». ولا يمكن لهذه الرؤية أن تتحقق إلا بدراسات جادة ومعقدة يتعاون فيها «شركاء المصلحة» المعنيون مباشرة بتلك القضايا، من رجال الدين والمختصين في العلوم الإنسانية والاجتماعية المختلفة والأطباء والقانونيين.

وأخيراً، يتبقى سؤالان أساسيان. أما السؤال الأول فيتعلق بخطاب «الحقوق» المهيمن على الثقافة الغربية المعاصرة والذي أنتج فكرة «الحق في الموت»^{٦٧}. هل يمكن التعبير عن أي مسألة من المسائل المذكورة في صورة خطاب حقوق حديث يعطي المريض «حقاً» له يفرض على الآخرين الالتزام به وإن تضمن هذا الالتزام القيام بشيء لا يرضى عنه من يقوم به؟ وهل يمكن أن تنشأ لذوي المريض أو طبيبه أو المشفى الذي يتلقى فيه العلاج أو المحكمة أو السلطة التنفيذية في الدول صلاحيات يمكن أن تتحول إلى نوع من الحقوق التي تفرض على المريض أو من ينوب عنه، كأن يفرض عليه علاج معين أو يمنع من علاج آخر؟ أما السؤال الثاني فيتعلق بالدور الذي يمكن للقواعد الشرعية (كقاعدة «الضرر يزال») وأفكار دينية كمقاصد الشريعة (ومنها حفظ النفس والمال والعقل) الاضطلاع به في الإجابة على كل هذه الأسئلة.

و. خاتمة

ليس المرض والعلاج والموت أموراً جديدة، بيد أن أبعادها الفلسفية والأخلاقية

^{٦٧} عن هذه الفكرة خاصة، وعن نقد خطاب الحقوق عامة، ينظر، على سبيل المثال:

Kass, "Is there a Right to Die".

والمعرفية والدينية تتغير تغيرا حتميا مع تغير الزمن. تناولت هذه الورقة تغير بعض تلك الأبعاد في العصر الحديث، وذلك بسبب الطفرة التي حدثت في مجال الطب وسمحت للأطباء بالإبقاء على حياة مريض لم يكن لها أن تستمر - وفق سنن الله - في العصور السابقة. وقد أظهر الطب الحديث سننا إلهية أخرى لم يعرفها الإنسان من قبل لغياب مسبباتها من أشكال مختلفة من التدخل الطبي - جراحيا ودوائيا - القادر على الحفاظ على حياة الإنسان، حتى حين يعتمد في تنفسه على مساعدة خارجية. وهكذا، بعد أن كان الخوف من الموت هو الهاجس الأكبر للإنسان قبل العصر الحديث حين كانت ما نعده اليوم أبسط الأمراض قادرة على القضاء على آلاف البشر في أيام أو أسابيع معدودة، أصبح الخوف من الاستمرار في الحياة في ظروف بأثمة أمرًا يشعر به أو يهابه كثير من البشر حول العالم.⁶⁸ وقد كان الخوف من الموت أحد دوافع الإنسان للاهتمام بالطب، فأضحى ما وصل إليه الطب من تقدم هو ذاته مصدر قلق إنسان العصر الحديث. وقد أثارت قضية ما يمكن للطب الحديث فعله عددا كبيرا من الإشكاليات الأخلاقية التي تتعلق بما يجب فعله في حالات مختلفة في قضايا المرض والعلاج والموت.

سعت هذه الدراسة إلى تمييز العناصر والعوامل والأسئلة - والتي لم تجتمع في الدراسات والفتاوى السابقة عن الموضوع نفسه - التي تصنع تلك الإشكاليات الأخلاقية، وذلك بهدف المساعدة في الوصول إلى رؤية أوضح للإجتهد الفقهي في المسائل المرتبطة بقضايا المرض والعلاج والموت. وعلى خلاف الأدبيات الغربية المعاصرة التي تتناول تلك العناصر والأسئلة تناولا منهجيا جيدا تحت عناوين مختلفة، كـ «رعاية نهاية العمر» أو «الحق في الموت»، نجد قصورا واضحا في الأدبيات العربية المعاصرة من فتاوى دينية ودراسات، إذ تغيب عنها كثير من تلك العناصر والأسئلة وتفتقد في مجملها إلى منهج واضح في التعامل مع هذه القضايا يستند إلى فهم عميق لأبعادها المختلفة. نأمل أن تكون هذه الدراسة جزءا من جهد أكبر يسعى فيه علماء المسلمين في تخصصاتهم المختلفة إلى تطوير نظرية متكاملة عن تلك القضايا لتصبح جزءا أساسيا من المناهج التعليمية في كليات العلوم الطبية والصحية المختلفة في الدول الإسلامية، وذلك بهدف تخريج جيل من المختصين المسلمين لا يهتم بما يمكن فعله فحسب، بل بما ينبغي فعله أيضا، وهو امر يقع في مجال الدين والقيم والأخلاق والإنسانيات. فسؤال لماذا لا يجب أن يقل أهمية عن سؤال الكيف.⁶⁹

⁶⁸ في عبارة دالة على الرعب الذي قد يتسبب فيه الطب الحديث، تقول المجلة الطبية البريطانية: «يخبرنا القانون أن لدينا حقا قانونيا في قتل أنفسنا. بيد أن غير المعروف عامة هو أن لمهنة الطب - فيما يبدو - القدرة على سلبنا هذا الحق، وذلك إذا عثرنا عليك في وقت مبكر».

Personal View, "The Right to Die", *British Medical Journal*, vol. 308, no. 6920 (1994), p. 66.

ينظر أيضا: "Morison", "Dying".

⁶⁹ وفي سياق القضايا موضوع هذه الورقة، فإن لسؤال من أيضا أهمية كبيرة. عن هذه الأسئلة، ينظر على سبيل المثال من الأدبيات الغربية: Angel, "The Right to Die".

وعن سؤال «لماذا» في قضية محددة، ينظر، على سبيل المثال من الأدبيات الإسلامية باللغة الإنكليزية: Aasim I. Pedela and Raudah Yunus, "Can We Live Longer and Should We? Radical Life Extension, Biomedicine, and Islamic Bioethics", *Journal of Ethics and Emerging Technologies*, vol. 34, no. 2 (2024), pp. 1-29.

BIBLIOGRAPHY

- Abū Hawah, Ṭāriq ‘Abdullah Muḥammad, “Al-Mas’ūliyat al-Dīniyyah li’l-Ṭabīb al-Raḥīm wa’l-Musā‘dah ‘ala’l-Intihār: Dirāsah Muqāranah”, *Majallat al-Buḥūth al-Qānūniyyah wa’l-Iqtisādiyyah*, vol. 4, no. 55, 2014, pp. 614-726, <https://doi.org/10.21608/mjle.2014.156403>.
- Abū Zaid, Aḥmad, “Al-Qatl bi Dāfi‘ al-Rahmah”, *al-Wa‘y al-Islāmī*, no. 347, 1995, pp. 37-9.
- Angle, Marcia, “The Right to Die”, *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, vol. 46, no. 6, 1993, pp. 12–30, <https://doi.org/10.2307/3824410>.
- Al-Athāminah, ‘Ammād Muḥammad Ṣāliḥ, “Al-Qatl bi Da‘wa al-Raḥmah: Dirasah Fiqhiyyah Qānūniyyah Muqāranah”, Master Thesis, Irbid, Yarmouk University, 2006.
- Burleigh, Nina “The Right to Die”, *ABA Journal*, vol. 74, no. 7, 1988, pp. 72–5.
- Campbell, A. G. M., “The Right to be Allowed to Die”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 9, no. 3, 1983, p. 136–40, <https://doi.org/10.1136/jme.9.3.136>.
- Chambers, John C. et al., “Right to Die”, *British Medical Journal*, vol. 33, no. 7504, 11 June 2005, pp. 1388–9.
- Al-Ḍuwainī, Muḥammad ‘Abd al-Raḥmān, “Mauqif al-Sharī‘at al-Islamiyyah mina’l-Qatl bi Dāfi‘ al-Shafaqah fi Ḥālāt al-In‘āsh al-Ṣinā‘ī”, *al-Fikr al-Shurṭī*, vol. 15, no. 4, 2007, pp. 145-82.
- Al-Fakī, ‘Abd al-Raḥmān, “Qaḍāyā Da‘wiyyah Ṭabībah”, *Majallat Jāmi‘ah Omdurmān al-Islāmiyyah*, vol. 5, no. 16, 2009, pp. 91-106, <https://doi.org/10.52981/oiuj.v5i1.1894>.
- Ḥammād, Ḥamzah ‘Abd al-Karīm, “Qatl al-Rahmah: Ru‘yah Fiqhiyyah Maqāsidīyyah Qānūniyyah”, *Dirāsāt: ‘Ulūm al-Sharī‘ah wa’l-Qānūn*, vol. 34, no. 2, 2007, pp. 396-403.
- Ḥomed, ‘Abd al-Waḥhāb, “Al-Qatl bi Dāfi‘ al-Shafaqah”, *Ālam al-Fikr*, vol. 4, no. 3, 1973, pp. 13-38.
- Al-‘Ilmī, Amal, “Qatl al-Raḥmah fi Manzūr al-Sharī‘at al-Islamiyyah”, *al-Wa‘y al-Islāmī*, no. 412, 2000, pp. 37-9.
- Jonas, Hans, “The Right to Die”, *The Hastings Center Report*, vol. 8, no. 4, 1978, pp. 31–6, <https://doi.org/10.2307/3560975>.

- Kamisar, Yale, “Where is there a Constitutional ‘Right to Die’? Where is there a Constitutional ‘Right to Live’?”, *Georgia Law Review*, vol. 25, 1991, pp. 1203–1242.
- Kass, Leon R., “Is There a Right to Die?”, *The Hastings Center Report*, vol. 23, no. 1, 1993, pp. 34–43, <https://doi.org/10.2307/3562279>.
- Leeman, Judson S. “Euthanasia: Man’s Right to Die”, *Journal of Religion and Health*, vol. 7, no. 4, 1968, pp. 342 – 9, <https://www.jstor.org/stable/27504936>.
- Magableh, Ḥasan, Ṭabī‘ah al-Ittijāhāt al-Mukhtalifah ḥaula’l-Qatl bi Dāf al-Raḥmah”, *al-Majallah al-Jinā‘iyyat al-Qaumīyyah*, vol. 53, no. 3, 2010, pp. 41-86.
- Majallah Majma‘ al-Fiqh al-Islāmī al-Daulī*, vol. 3, no. 7, 1992.
- Manṣūr, ‘Abd al-Ḥalīm, al-Qatl bi Dāfī al-Shafaqah fi’l-Fiqh al-Islāmī wa’l-Qānūn al-Waḍ‘ī: Dirāsah Muqāranah”, *Majallah al-Buhūth al-Qānūniyyah wa’l-Iqtisādiyyah*, vol. 2, no. 51, 2012, pp. 201-530, <https://doi.org/10.21608/mjle.2012.156659>.
- Mennai, Fāṭima, “Al-Ḥukm al-Shar‘ī li Qatl al-Raḥmah li’l-Marīḍī al-Maiūs min Shifā’ihī wa’l-Mauqif al-Qānūnī Minhu” *Dirāsāt*, no. 5, 2018, pp. 23-40, <https://doi.org/10.34118/0136-000-065-002>.
- Morison, Robert S., “Dying”, *Scientific American*, vol. 229, no. 3, 1973, pp. 54–63, <https://www.jstor.org/stable/24923191>.
- Pedela, Aasim I. and Raudah Yunus, “Can We Live Longer and Should We? Radical Life Extension, Biomedicine, and Islamic Bioethics”, *Journal of Ethics and Emerging Technologies*, vol. 34, no. 2, 2024, pp. 1–29, <https://doi.org/10.55613/jcet.v34i2.153>.
- Personal View, “The Right to Die”, *British Medical Journal*, vol. 308, No. 6920, 1994, p. 66, <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6920.66>.
- Al-Qarḍāwī, Yūsuf, *Fatāwā Mu‘āṣirah*, vol. 2, Dār al-Qalam, 1992.
- Rishwān, Maḥmūd Ṣadiq, “Qatl al-Raḥmah wa Atharuhu fi’l-Fiqh al-Islāmī”, *Majallat al-Dirāsāt al-‘Arabiyyah*, vol. 2, no. 20, 2009, pp. 747-890.
- Robitscher, Jonas B., “The Right to Die”, *The Hastings Center Report*, vol. 2, no. 3, 1972, p. 11–4, <https://doi.org/10.2307/3560827>.
- Sorrentino, Elizabeth M. Andal, “The Right to Die?”, *Journal of Health and Human Resources Administration*, vol. 8, no. 4, 1986, pp. 361–73, <https://www.jstor.org/stable/25780248>.

- Stewart, Robert Scott, “Withholding and Withdrawing Life Support: Moral Dilemmas, Moral Distress, and Moral Residue”, *Online Journal of Health Ethics*, vol. 2, no. 4, 2007, pp. 1–25, <https://doi.org/10.18785/ojhe.0402.04>.
- Sunstein, Cass R., “The Right to Die”, *The Yale Law Journal*, vol. 106, no. 4, 1997, pp. 1123–63, <https://doi.org/10.2307/797150>.
- Tallis, Raymon, “Our Professional Bodies Should Stop Opposing Assisted Dying”, *British Medical Journal*, vol. 344, no. 7861, 2012, p. 33, <https://doi.org/10.1136/bmj.e4115>.
- Velleman, J. David, “Against the Right to Die”, in *Beyond Price: Essays on Birth and Death*, ed. by J. David Velleman, Cambridge: Open Book Publishers, 2015.