

الموت الإرادي أو الموت الرحيم (Euthanasie) بين الاخلاقية والقانون

المحامي ناجي الهاني

المستشار القانوني لنقابة المستشفيات في لبنان



إن الحديث عن الموت الإرادي أصبح اليوم في لبنان وفي معظم دول العالم مادة دسمة للمناقشات العلمية والقانونية والأخلاقية والأكاديمية. لقد عالج المشتري اللبناني هذا الموضوع من خلال قانون الآداب الطبية، وتحديدًا تحت باب «واجبات الأطباء نحو المرضى»:

فالمادة (٢٧) من القانون المذكور نصت على واجبات الطبيب تجاه المريض لجهة معاملته «بإنسانية» و«رفق» و«استقامة»، والتزامه «بالاستمرار» بمعالجته «بدقة» و«ضمير حي»، وأن لا يتوخى خلال ممارسته لمهنته أية مصلحة سوى مصلحة المريض، وأن يحترم «دائمًا» إرادة المريض... إلى ما هنالك من إلتزامات. وقد تطرقت المادة المذكورة في البند «١٠» منها إلى مسألة «الموت الرحيم» أو «الموت الإرادي»، فنصت على ما يلي:

- ❖ «إذا كان المريض مصاباً بمرض ميؤوس من شفائه، تنحصر مهمة الطبيب بتخفيف آلامه الجسدية والنفسية وبإعطائه العلاجات الملائمة للحفاظ قدر الإمكان على حياته.»
 - ❖ «لا يحق للطبيب التسبب بموت المريض إراديًا بل يستحسن عدم اللجوء إلى الوسائل التقنية والمبالغة في العلاج لإطالة أمد الإحتضار، ويبقى من الضروري إعانة المحتضر حتى النهاية بشكل يحفظ له كرامته.»
- من هنا نرى أن المشرّع اللبناني قد ميّز بين حالة المريض المصاب بمرض ميؤوس من شفائه - كوضع المريض المصاب بالسرطان على سبيل المثال وقد أصبح المرض بمرحلة متقدمة -، وحالة المريض المحتضر.
- ففي المرحلة الأولى أن مهمة الطبيب تنحصر بتخفيف آلامه الجسدية وحتى النفسية وبإعطائه العلاجات التي يراها ضرورية ومناسبة للحفاظ قدر الإمكان على حياته.
- أما في الحالة الثانية، أي وضع المريض المحتضر، المصاب بتوقف الدماغ مثلاً وهو بحالة الإحتضار، فلا يجوز للطبيب التسبب له بالموت الإرادي أي وفقاً لإرادة أو لطلب المريض ذاته، بل يستحسن على الطبيب عدم اللجوء إلى الوسائل التقنية المبالغة في العلاج لإطالة أمد الإحتضار.
- وعليه نرى أن المشتري أعطى للطبيب المعالج الحق في تقدير حالة مريضه لتقرير فيما إذا كان اللجوء إلى الوسائل التقنية قد يفيد المريض أم لا. فإرادة المريض يجب ألا تؤثر على فتاوة الطبيب أو على قراره في تقديره لوصف العلاج وملاءمته لوضع المريض الصحي.
- في المقابل، نرى أن مسألة الموت الرحيم تطرح في معظم دول العالم، لا سيما الأوروبية منها، بشكل حثيث ومركّز. وقد كانت آخر قضية أثيرت حول هذا الموضوع، القضية المتعلقة بإحدى المريضات في بريطانيا التي تعاني من مرض ميؤوس من شفائه وطلبت وضع حدّ لحياتها، إلا أن السلطات البريطانية رفضت طلبها بناءً لمعايير قانونية وأخلاقية.

والجدير ذكره أن الدولة اللبنانية تولي هذا الموضوع إهتماماً خاصاً؛ فقد أصدرت الحكومة اللبنانية قراراً بتاريخ ٢٠٠١/٥/١٥ حمل الرقم ٢٠٠١/٦٣ قضى بتشكيل لجنة خاصة سميت «اللجنة الإستشارية الوطنية اللبنانية لأخلاقيات علوم الحياة والصحة» مؤلفة من بعض الشخصيات من أصحاب العلم والاختصاص والثقافة، هدفها ترشيد المداخلات العلاجية من قبل الجسم الطبي والحدّ من المبالغة في العلاج.

وعلى أثر إجتماعات عدة متلاحقة عقدتها اللجنة المذكورة، تخلّلتها دراسة معمّقة لهذا الموضوع، أصدرت توصيات هي التالية:

تعريف «المبالغة في العلاج»:

تعرف المبالغة في العلاج بأنها الإستمرار في توفير أسباب المعالجة المكثفة لمريض ميؤوس من تحسّن حالته، بحيث لا تؤدي المبالغة في العلاج إلا إلى إطالة أمده حياته بدون أي أمل بشفاؤه، وبدون إعتبار لمصلحته الذاتية وحقه بأن يموت بكرامة. ويلاحظ أن الرأي بعدم تمييز المبالغة في العلاج يلقى حالياً تأييداً وانتشاراً واسعاً. ولكن لا بد من القول أن لا شيء يبقى ثابتاً على مرّ الأيام. فما يعتبر اليوم أنه من قبيل المبالغة في العلاج، قد يصبح في المستقبل ضرورة يقتضي اللجوء إليها لمكافحة المرض. توضعاً للأمر، يجب النظر إلى الموضوع من زاوية كل حالة مختلفة يكون عليها المريض، علماً بأن تعداد هذه الحالات قد يكون ناقصاً أو غير دقيق:

- حالة المرضى الذين أصبحوا في وضع الموت الدماغى.
- حالة المرضى الذين بلغوا مرحلة نهائية من المرض.
- حالة المرضى في السبات (Coma) الذين تقرّر التوقف عن إنعاشهم إذا أصيبوا بطارئ مميت.

١- المرضى في حالة الموت الدماغى

لقد نصّ المرسوم رقم ١٤٤٢ تاريخ ١٩٨٤/١/٢٠ على تعريف واضح للموت الدماغى. ويرتكز تشخيص حالة الموت الدماغى على أربعة معايير يجب توافرها مجتمعة:

(أ) فقدان الوعي وأي نشاط تلقائي بصورة كلية. فلا يعود يصدر عن المريض، رغم إثارته، أي تجاوب إرادي أو لا إرادي (réflexes)

(ب) توقف وظيفة النخاع المستطيل (Tronc Cérébral) الذي يدل عليه توقف التنفس المترافق مع خمسة مؤشرات كبيرة: غياب ردّ فعل العين تجاه الضوء، إنعدام منعكسات البؤبؤ، تحرّك العينين بعد أو أثناء صبّ الماء في الأذن، إنعدام الحركات المفصلية إزاء إثارة مؤلمة، وأخيراً إنعدام رد الفعل إزاء إيلاج القسطرة في القصبه الهوائية.

(ج) توقف التنفس التلقائي الذي يدل على توقف وظيفة النخاع المستطيل.

(د) التخطيط الدماغى: فإذا دلّ هذا التخطيط على سكون كهربائي تام، كان ذلك دليلاً موثقاً شرط أن يتم بدقة لمدة عشر دقائق بالمقياس العادي وعشر دقائق بالمقياس

الأقصى.

ولكن رغم توافر إجتماع لهذه المعايير الأربعة، يمكن في بعض الحالات النادرة أن يبقى الشك قائماً في نتيجة التشخيص. ويقتضي، للتأكد نهائياً من حصول الموت الدماغى، إجراء الفحوصات التالية التي من شأنها أن تثبت:

- توقف سريان الدم في الدماغ:

Doppler trans-temporal
Angiographie carotidienne et vertébrale
Angiographie rétinienne

- عدم إنتقال الأحاسيس العصبية إلى ال cortex وذلك بإجراء الفحوصات (potentiel évoqué) في العينين والأذن.

فإذا تأكد موت المريض دماغياً، ولم يكن أهله راغبين بوهب أعضائه لزرعها في جسم آخر، يقتضي التوقف بسرعة عن إجراءات الإنعاش مع إعتبار الوقت اللازم لهيئة الأهل لتقبل نبأ الموت.

قرار الطبيب

إن القرار بالتوقف عن محاولات الإنعاش يتوقف على الطبيب المعالج وحده. فهو وحده مؤهل وقادر على إتخاذ هذا القرار، ولا يمكن الركون إلى رأي الأهل الذي تتجادبهم مشاعر متناقضة. وبوسع الطبيب المعالج عند الإقتضاء أخذ رأي طبيب آخر ورأي لجنة الأخلاقيات في المستشفى. وبوسعه أيضاً الإنسحاب. وفي هذه الحالة، بوسع إدارة المستشفى أو الجهة المسؤولة عن دفع التكاليف، تعجيل التوقف عن عمليات الإنعاش بإتباع نفس المسار المشار إليه آنفاً.

٢- حالة المرضى المصابين بمرض خطير، الذين بلغوا مرحلة لم تعد تجدى فيها أي معالجة شفاوية مهما طالت وبلغت كلفتها.

في هذه الحالة لا يجبر الطبيب المعالج على الإستمرار في معالجة هو مقتنع ضميرياً بعدم جدواها. ولكن يبقى أن يوفر أسباب العناية اللازمة للمريض لتأمين وصوله إلى نهاية لائقة وتجنبه الآلام غير اللازمة.

وقد يصرّ المريض، سواء كان عالماً بحالته أم لا، كما قد يصرّ أهله على مواصلة المحاولات والعلاجات المختلفة. فيتصرف الطبيب المعالج عندئذ على النحو التالي ويعمد إلى:

١- وضع تقرير مفصّل ببيان كل العوامل التي حملته على الإقتناع بعدم جدوى الإستمرار في العلاج وبالتالي ضرورة توقيفه. ويتضمن هذا التقرير:

- حالة المريض حالياً بعد أن أجريت لعلاجه كل المحاولات الممكنة.

- المرض الذي سبّب حالته، وتطورات هذا المرض والتعقيدات الطارئة.

- وأخيراً، مختلف العلاجات التي أجريت والنتائج التي أسفرت عنها.

٢- ويعمد الطبيب المعالج إلى إستشارة طبيب العائلة أو الطبيب

التغذية بالحقن، التهوية الآلية، التزويد بالوسائل الأخرى للإنعاش... مع المثابرة على إعطاء المسكنات.

٥- إذا لم تقتنع العائلة بضرورة تخفيف المعالجة تدريجياً وعدم إنعاش المريض عند حدوث طارئ، يبقى للطبيب المعالج أن يستشير لجنة الأخلاقيات في المستشفى كمحاولة أخيرة.

الخلاصة:

رغم أن توضيح الأمور لا بد أن ينطوي على بعض التبسيط، يرمي هذا البحث إلى إلقاء ما أمكن من الضوء على جوانب موضوع المبالغة في العلاج الذي سيبقى مثيراً للجدل بالنسبة للطبيب المؤمن على إنقاذ الحياة.

وحتى لو توصل الطبيب إلى الإقتناع بعدم جدوى الإستمرار بالمعالجة بالوسائل المتاحة له، يبقى عليه أن يكيّف تصرّفه وفقاً للحالة التي أصبح عليها مريضه، مع الأخذ بالإعتبار ضرورة إحترام كرامة الإنسان.

ولا بدّ من التأكيد أخيراً أنه لا يمكن لأي تشريع متعلق بمسؤولية الطبيب أن يتناول موضوع المبالغة في العلاج. ذلك أنه يجب ان يترك للطبيب وحده أن يزن في ضميره ما يجب أن يفعله إزاء إرادة مريضه والحالة التي يكون عليها. ولا يجوز أن يختلّ - من جرّاء تدخل القانون في هذه المسألة - هذا الميزان الضميري الداخلي، الذي يجعل من الطب مهنة سامية.

وإستكمالاً لهذا العمل، أصدر وزير الصحة العامة بتاريخ ٢٣/١٠/٢٠٠٤ تعميماً حمل الرقم ٢٠٠٤/١٠٠ طلب بموجبه من المعنيين إعتقاد هذه التوصيات والتقيّد بها حفاظاً على كرامة المريض ومراعاة للأوضاع الإنسانية والاجتماعية والإقتصادية لأسرته.

من كل ما تقدّم ذكره بإسهاب نستخلص أن موضوع الموت الإرادي أصبح قضية العصر من الناحيتين الأخلاقية والقانونية ولا بدّ من اعداد دراسات مشتركة بين أهل العلم والطب والفقه بغية الإضاءة عليه والتوصل ربما إلى قناعات ومنها إلى رؤية قد يراها البعض أكثر موضوعية.

الذي تختاره العائلة، بغية إتخاذ موقف موحد. وتستشار لجنة الأخلاقيات في المستشفى في نهاية المطاف.

٣- إبلاغ القرار المتخذ للأهل وتهيئتهم لذلك مع التأكيد لهم بإستمرار توفير العناية اللازمة لمساعدة المريض في ساعاته الأخيرة.

فإذا ظلّ الأهل، رغم ذلك، على إصرارهم بطلب معالجة شفائية لا جدوى منها، بوسع الطبيب المعالج أن ينسحب ويعهد المريض إلى طبيب آخر يختاره أهله.

٣- حالة المرضى في السبات (Coma) والقرار بعدم إنعاشهم

وهي حالة المرضى الراشدين في السبات الذين بلغوا المرحلة النهائية في مرضهم الخطير. هنا، بوسع الطبيب المعالج أن يقرّر عدم إرسال المريض إلى وحدة العناية الفائقة، أو أن يقرّر عدم إنعاش هذا المريض إذا أصابه في وحدة العناية الفائقة طارئ مفاجيء مهميت.

ويتصرّف الطبيب على النحو التالي:

١- يضع تقريراً يبيّن فيه العوامل التي حملته على إتخاذ هذا القرار. ويتضمن التقرير النقاط التالية:

- مدى حالة السبات التي بلغها المريض.
- تطور حالة السبات إذا فقد المريض فيها القدرة على الإتصال بمن حوله.
- المرض مسبّب حالته الحاضرة.
- حالته قبل السبات.
- الأمراض الملازمة.

- نمط الحياة المرتجى للمريض في حال تم إنعاشه.

٢- يشارك الطبيب في إتخاذ القرار مجموعة الممرضين وطبيب العائلة أو طبيباً آخر يختاره الأهل.

٣- يبذل المحاولات اللازمة لإقناع الأهل بضرورة عدم إنعاش المريض إذا أصابه طارئ مفاجيء.

٤- بعد إتخاذ القرار، يسعى الطبيب، بغية عدم إطالة عذابات المريض والأهل، إلى التدرّج في تخفيف الوسائل: نقل الدم،

متفرقات

التعايش مع الامراض الرئوية المزمنة

والجدير ذكره ان ثمة نقصاً في تشخيص هذا المرض الفتاك الذي بات يصيب زهاء ٢١٠ ملايين نسمة في العالم. وسيصبح هذا المرض، الذي تتجاوز اعراضه «سعال المدخن» رابع اسباب الوفاة الرئيسية بحلول العام ٢٠٣٠.

وتتمثل عوامل الاخطار الرئيسية المؤدية الى الاصابة به في تعاطي التبغ وتلوث الهواء داخل المباني وخارجها وانتشار الغبار في اماكن العمل والتعرّض للمواد الكيميائية.

المصدر: منظمة الصحة العالمية.

يكابد المصابون بالامراض الرئوية المزمنة ضيق التنفس عندما يقومون بوظائف بسيطة. فهم يبذلون جهوداً جبارة من اجل الحفاظ على نشاطهم البدني، كما انهم يواجهون مخاطر الوفاة المبكرة. ومصطلح مرض الرئة الانسدادي المزمن هو مصطلح عام يشمل الامراض التي بالرئتين وتجعل المصابين بها يشعرون بضيق التنفس. ويعدّ التهاب القصبات والنفخ الرئوي من اكثر امراض الرئة الانسدادية المزمنة انتشاراً.