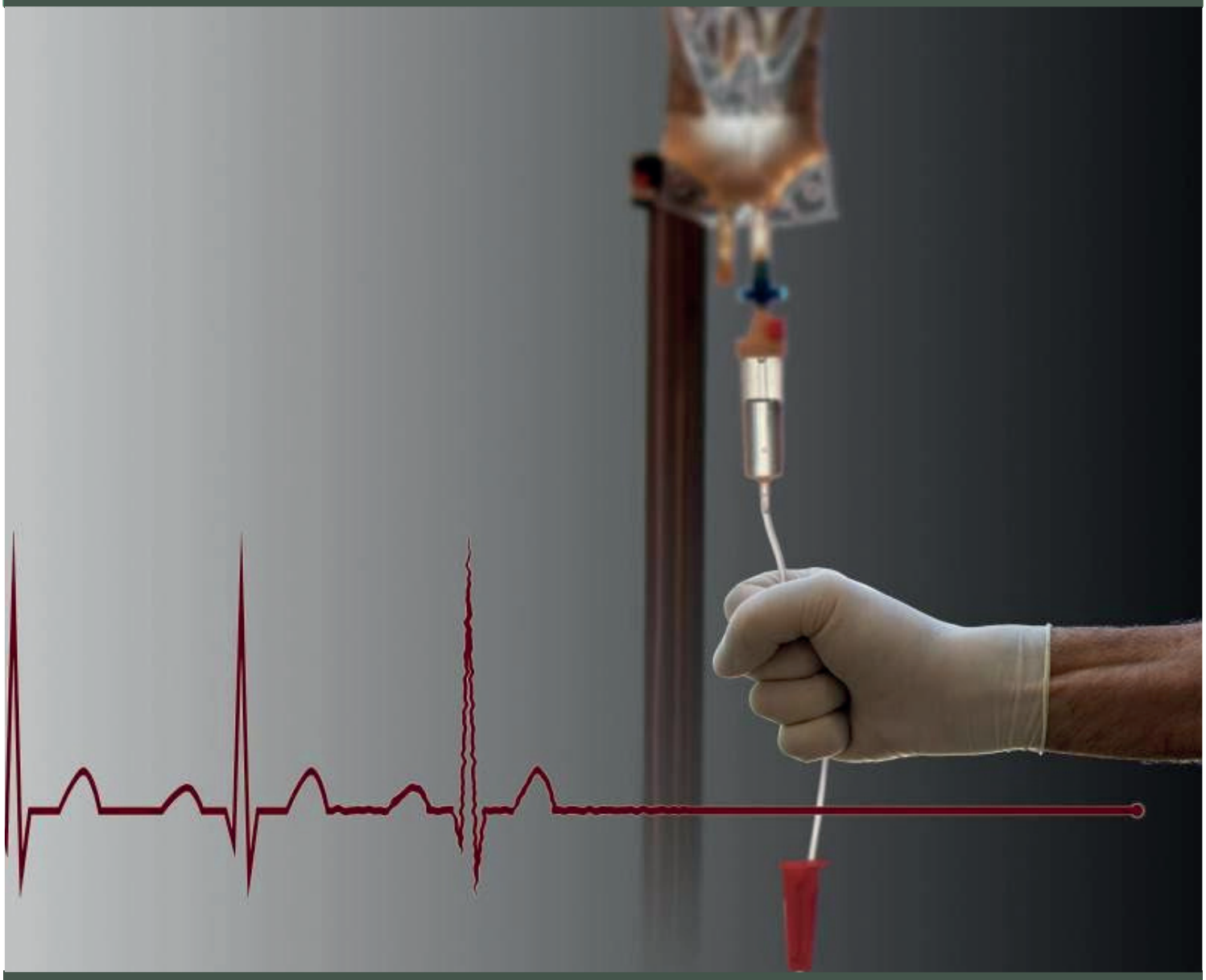
بحث عام | قسم الدين وقضايا المجتمع الراهنة | 21 يونيو 2017

الموت الرحيم
أو التنازل عن الحق في الحياة



محمد جديدي
باحث جزائري

مؤمنون بلا حدود
Mominoun Without Borders
للدراسات والأبحاث www.mominoun.com

جميع الحقوق محفوظة © 2017
All rights reserved © 2017

الملخص:

يحاول المقال الوقوف على إمكانية تطور التشريع، بخصوص معضلة الأوتنازيا، أو الموت الرحيم، خاصة في البلدان التي بقيت مترددة إزاء تقنين الظاهرة الأوتنازية، والتي يمثل فيها الحكم الديني، عائقًا أمام توجه ينفتح على مقاربات بيوإتيقية، ترفع العقبات عن حظر الممارسة الأوتنازية، ضمن أطر وشروط قانونية، تتحدد فيها المسؤوليات، والحقوق، والواجبات.

مما لا شك فيه، وكما هو ملاحظ في السنوات الأخيرة، أن حالات الموت الرحيم ازدادت، كوقائع حية بشكل كبير، ولم تعد مجرد أمثلة شاذة في المجتمع، يمكن تجاهلها أو التغاضي عنها؛ بل باتت حوادث وسلوكات، تحتم على السلطات الالتفات إليها، ومناقشتها؛ بل والتشريع لها بما يضمن للإنسان كرامة واستقلالية، وتمكينه من ممارسة حقوقه كاملة في الحياة، كما في الموت.

بناء على حرية الفرد، وإرادته في تجسيد حقوقه، من دون ضغط أو إكراه، لا سيما إذا كانت رغبته قوية في التنازل عن حقه في الحياة؛ فمن هي القوة؟ تحت أي شعار أو مرجعية، يمكنها أن تثبط عزيمته، وتذهب برغبته إلى نهايتها؟ ذلك هو الرأي الذي يسعى هذا المقال إلى التأكيد عليه، بناء على مبدأ الخيرية، ووفق ما يراه الفرد المعني بالأوتنازيا، وحقه في التصرف بجسده.

تمهيد:

اتسعت في الفترة المعاصرة، وبالتحديد منذ منتصف القرن العشرين[1]، سلطة العلم والتقنية، وازداد تأثيرها على حياة الإنسان، ولا سيما العلوم البيولوجية والطبية؛ فغدت مشرفة على كل تفاصيل الحياة البشرية؛ من لحظة الولادة وقبلها، إلى الوفاة؛ بل وبعدها.

إن هذا الانتشار المتعاظم لسلطة العلم البيوطبي، يطرح المسألة الأخلاقية، بإلحاح، ضمن الأبحاث والممارسات العلمية، والتقنيات الجديدة، التي أفرزها التقدم في ميدان البحث، وهو ما يدفعنا إلى التساؤل؛ عما إذا صار القسم الأبقراطي وديونطولوجيا البحث والتنمية (R & D)[2]، غير كافيين لتبديد المخاوف، وإزالة الغشاوة عن برامج الباحثين وممارسات الأطباء؟ من بين هذه القضايا الملحة: الأوتنازيا أو الموت الرحيم، مُلحّة؛ لأنها ترتبط، في الأساس، بممارسة الطب، وأيضًا بالبحث الطبي المستمر، للقضاء على الأمراض المفضية إلى الموت، وتحسين صحة الإنسان.

إن الأوتنازيا، ضمن الواقع الإنساني المعاصر، فرضت نفسها، واستوجبت فتح نقاش معمق، لا سيما في المجتمعات الغربية منذ سنوات، يتزامن هذا الجدل، مع مساعي تعزيز حقوق المرضى إزاء المؤسسات الطبية، ومجمل العلاج الذي يتلقونه بها[3].

حالات الموت الرحيم، اليوم، تعرف تفاقمًا وتزايدًا في كثير من دول العالم، وباتت ظاهرة لصيقة بالمجتمعات المعاصرة، وبالكيانات الاجتماعية؛ التي أطرت الفرد المعاصر بمنظومات سياسية ـ تشريعية، وتوجهات اقتصادية وسوسيولوجية، ورؤى أخلاقية وفلسفية، متماهية مع تنامي التحرّر الفردي، والتراخي الأخلاقي، الشيء الذي حفّز بروز الظاهرة الأوتنازية وتكرارها، وبعيدًا عن التداخل والخلط بين الموت الرحيم والانتحار، وهو، في اعتقادي، تناظر ضئيل لا يورده الباحثون أو المهتمون بالمسألة، إلا من باب تعزيز مواقفهم، وحججهم المناهضة للموت الرحيم؛ فإن الأوتنازيا باتت معضلة، تفرض نفسها بإلحاح كلما طفت حالاتها على الساحة، وتجددت المطالب بالتقنين والتشريع لها، قبولًا أو منعًا، وضرورة يتقتضيها تسيير مرحلة نهاية الحياة.

---

1 أي منذ تقدم البحث في الهندسة الوراثية، بفك الشفرة الوراثية، واكتشاف الجينوم، وتأثير ذلك على باقي ميادين البحث؛ في الطب، والزراعة، وميادين أخرى، تمكن الاكتشاف البيولوجي من أن يفتح بها آفاق جديدة، خصوصًا، بعد أن اتجهت الدراسات نحو التعاون والتعدد، كما حصل في (البيوطبي، والبيوكيميائي، والبيوتكنولوجي)، والاعتماد على التطور الحاصل في المعلوماتية؛ للاستفادة منه في برمجة الروبوتيك والذكاء الاصطناعي.

2 D & R (Development&Research)؛ أي البحث والتنمية.

3 Jean – Frédéric Poisson, Bioéthique: L'homme contre l'Homme, Presses de la Renaissance, Paris, 2007, p 176.

01- الكرامة ونهاية الحياة:

إذا كانت الكرامة الإنسانية مبدأً رئيسًا في البيوإتيقا؛ فإنها تعني، بالتأكيد، الكرامة في الحياة، كما الكرامة في الموت؛ فأن يسعى الإنسان لضمان حياة آمنة، مستقرة وكريمة، فذلك يعني؛ أن يضمن لنفسه، أيضًا، نهاية حياة هادئة، مطمئنة وكريمة.

تتوزع الحياة على أدوار ومراحل، يجد فيها الإنسان نفسه، إما تابعًا أو مستقلًا، تبدأ حياته بمرحلة هشة وضعيفة، يكون في حاجة فيها إلى من يقوم بحاجاته، ويسعفه عند الضرورة، ثم يتمكن، بعد أن يشتد عوده، من الاستقلال بذاته عن غيره، نسبيًا، لأنه يظل، بناء على طبعه الاجتماعي، بحاجة إلى التعاون مع الآخرين، ليقوم بنفسه بتلبية حاجاته وإشباعها، لكنه سرعان ما يلبث أن يعود ثانية إلى وضع أو حالة شبيهة بالأولى، يكون فيها، من جديد، في حاجة إلى غيره، فاقدًا لجزء كبير من استقلاليته، هكذا إذن، تكون مسيرة الحياة؛ قوّة تتوسط ضعفين أو وهنين في البداية، كما في النهاية، وخلال هذه المراحل، يخشى الناس حالات الضعف والوهن، لا سيما في مرحلة عمرية متأخرة؛ حيث «يهاب فيها كثير من الناس، أن يجدوا أنفسهم، في يوم من الأيام، في المستشفى، وهم فاقدي الوعي، أو في حالة يائسة، ومن ثم؛ يبقون لفترة طويلة متصلين بأجهزة تبقيهم على قيد الحياة، بشكل مصطنع، وهم يخشون، أيضًا، العمليات غير الضرورية، والعلاجات الدوائية غير الفعالة»[4].

أليس من الصواب، أيضًا، الإنصات إلى الوجهة المعترضة على الأوتنازيا؛ فقد تبرر وجهة نظرها، ليس بفعل الموت الرحيم في ذاته؛ بل فيما ينجم عنه من انزلاقات وانحرافات، وهذه، في الغالب، حجة الداعين إلى مواكبة التقدم العلمي خلقيًا، وكبح جماحه، وقد تتمثل في اتخاذ الموت الرحيم ذريعة للتصفيات الجسدية، والاغتيالات، واللجوء إلى الإجهاض، والأفظع من ذلك؛ أن يكون فعلًا منسقًا في برامج ناسلية (programmes eugéniques)، تلك هي الآثار السلبية التي يتخوف منها بعض المعترضين على الموت الرحيم، وهي وجيهة، وإن لم تكن عامة، كما أن الحالات التي تثار بشأن الأوتنازيا، ليست عامة، ولكنها تأخذ صبغة العموم، كلما تعلق الأمر بحالات الصحة والمرض، والثابت فيها؛ أنها ليست ثابتة. فأين هي الحقيقة الطبية من موازنة أو معادلة الصحة والمرض؟ وما هو موقع الموت الرحيم من هذه المعادلة؟

4 من منشورات (دينيتاس Dignitas)، الصفحة الأولى، على الموقع: www.dignitas.ch

Une publication de «DIGNITAS –Vivre dignement –Mourir dignement» 6e édition, 2010.

02- الحقيقة الطبية: الأوتنازيا بين أمل الصحة واليأس من المرض.

تدفعنا معادلة الصحة واختلالها، إلى التساؤل عن حقيقة الموت الرحيم وما يعنيه حقًّا؟ يعرف الموت الرحيم بأنه: «تدخل طبي، أو فعل التعجيل، أو الإثارة المتعمدة (المتروية) للموت، بدافع الشفقة لمريض؛ أي لشخص مصاب بمرض عضال أو مستعصي على العلاج (غير قابل للعلاج ولا جدوى من شفائه Incurable)، أو دخل في حالة غيبوبة دائمة، أو طاعن في السن، أصبح جسمه وعقله، معًا، هدفًا لكل الأمراض، ومسكنًا لكل الأوجاع، أو طفل ولد أو سيولد بتشوه خلقي بالغ الخطورة، أو بتخلف عقلي كبير؛ وذلك بهدف تجنيبهم المعاناة والآلام المبرحة ما، بغرض تخليصه من الآلام، أو من وضعية حياة لا تطاق»[5]؛ فالغرض إنساني واضح، كما هو في الحياة، هو كذلك في الموت، ويتمثل في الإشفاق على المريض مما يكابده من آلام لا يطيقها، ولا يتحمل رؤية معاناته من يعالجه، ويقع الفعل الأوتنازي تحت مسميات عدة، تنم عن ظاهرها عن مواقف التأييد أو الرفض للفعل.

بعيدًا عن التسميات والاصطلاحات التي تلحقه، وتبني قيمة من مجرد اللفظ والنطق به، قبل استحسانه أو استهجانه، يجدر بنا أن نقف على ماهيته ودلالته، وبعيدًا عن الحالات التي تجسد فيها أو لم يتجسد إذا أردنا بلوغ ميتائيته.

ولكن قبل البحث في الموت الرحيم، يجدر أن نتحدث، ولو بإيجاز، عن الموت بصورة عامة، كحدث أنطولوجي وكقانون حتمي، يسري على كل الموجودات، كمعنى ومغزى، فما الموت؟

قد يبدو، تبعًا لمفهوم الحياة؛ أنه معنى بيولوجي، يمثل نهاية مرحلة في مسيرة الكائن البيولوجية، بحيث يغدو الموت مرحلة أخيرة فيها، وتكون خاتمتها، بيد أن الموت، كمفهوم أنطولوجي، مفهوم يمس ماهية الكائن؛ فيغدو من الواجب التفكير فيه فلسفيًا، وهو مفهوم إسكاتولوجي (أخروي)، يتجاوز اللحظة الحاسمة في التحول من حال إلى حال، ليصبح محل تأمل، لاهوتي وديني، تمامًا، مثلما أنه مفهوم اجتماعي، يتجاوز الحياة بالمعنى الفردي إلى المعنى الاجتماعي.

ومن زاوية فردية؛ يكون الموت أكثر إلحاحًا على العقل، وأبلغ تأثيرًا على الوجدان، كلما عمق الموت شعور الفرد بفرديته؛ لأنه يخصه هو وحده فقط، ولا أحد غيره يمكن أن يعوضه فيه، أو يحمل عبئه بدلًا عنه[6]، ولكن، مع كونه مسألة فردية، إلا أنه يتحول إلى معنى اجتماعي، حينما يندرج في جدلية الأنا والآخر؛

5 Gilbert Hottois et Jean – Noël Missa, Nouvelle encyclopédie de bioéthique, De Boeck Université, Bruxelles, 2001, p. 427.

6 محمد عبد الرحيم الزيني، حقيقة الموت بين الفلسفة والدين، دار اليقين للنشر والتوزيع، مصر، الطبعة الأولى، 2011م، ص 29

أي علاقة الأنا بالـ هم، وتمنّي عدم اقتراب الموت من نطاق الأنا[7]؛ بل هو أمنية الابتعاد والاقتراب، بحسب المحبة والكراهية للموت والآخر، بهذا يتراوح المعنى الجمعوي للموت؛ من وحي العزاء والتشفي، ليصبح محل نظر سوسيولوجي وأنثربولوجي، بما يتيحه للباحث من فحص تراكماته على صعيد الجماعة.

هكذا يغدو الموت مفهومًا مركبًا ومعقدًا، ظاهره الكائن الحي، حينما يفقد في نقطة ما (نقطة زمانية معينة، وكل كائن حي معرض لها، والإنسان وحده مدرك لها بوعي، إنها الوعي بالتناهي)، «والإنسان يعلم، طبيعيًا، أنه مدعو ليموت، وهو يعرف ذلك يقينًا، حتى وإن رفض وعيه يرفض ذلك، ولا يرغب في الاعتراف به وتقبله، بحسب فرويد»[8]، بيد أنه يصير مضمونًا جماعويًا، حينما يصبح هاجس الجماعة ومصيرها متعلقًا بفقدان أفرادها، ومن خلالهم نهايتها.

غالبًا ما يكون الموت الرحيم أو التفكير به، ناجم عن اعتقاد، شبه راسخ، بفقدان الشفاء، أو عجز الطبيب عن الإيفاء بوعوده حيال المرض الذي ينهش جسد المريض؛ فأين الحقيقة والكذب في علاقة المريض بالطبيب؟ هل يتوجب على الطبيب قول الحقيقة للمريض مهما تكن هذه الحقيقة صادمة ومثيرة إلى حد اليأس؟ وهل يتوجب قولها للمريض مباشرة تجنبًا للمس بكرامته وشخصه؟ أم تبلغ إلى محيطه العائلي؟ حفاظًا على معنوياته، وخوفًا من تدهور صحة المريض إذا علم بالحقيقة، هل من حق الطبيب أن يحتفظ بها لنفسه وللطاقم الاستشفائي باعتبارها سر مهنة، يخالف إفشاؤه مبادئ وقواعد الممارسة الطبية؟

لكن في هذه الحالة أو تلك من قول الحقيقة في علاقة الطبيب بالمريض، ألا تبدو وكأنها لعبة خداع بين الاثنين؟ يخادع بها المريض نفسه، أولًا: حينما لا يريد أن يسمع من الطبيب إلا ما يتوقعه، من شفاء على لسان الطبيب، ومن التقاليد المتفق عليها إلى حد ما. ألا يتوقع المرضى أن يسمعوا من أطبائهم كلامًا عن اقتراب موتهم؟[9] يساير الطبيب هذه الرغبة، الغير المعلنة، لدى المريض، ويمنيه بالشفاء والتعافي؛ بل إنه، من خلال تمرسه الطبي وخبرته، يدرك جيدًا ما ينتظره المريض منه، أو ما يطمح أن يخبره به؛ فتجده يتماهى في خداع المريض لنفسه، ويصبح، بذلك، مشاركًا في إخفاء الحقيقة، وعدم قولها، يعني؛ الكذب على المريض. فماذا ينجر عن ذلك؟ إذا اعتقد المريض أنه سيموت، ولكنه يسمع كلمات حميدة، وإن كانت غير مقنعة، من الآخرين، بأنه سوف يشفى؛ فما هي الثقة التي يمكن أن يضعها في الوعود بأنه لن يشعر بالمعاناة البدنية؟[10]

---

7 المرجع نفسه، ص 29

8 Dominique Biton et Autres, Réflexions sur la mort, Editions De Vecchi,Paris, 2002, p5.

9 أرنولد توينبي وآخرون، الموت وهموم الإنسان، ترجمة وتقديم: عزت شعلان، المركز القومي للترجمة، القاهرة، ص 75

10 المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

بهذا، يكون الطبيب في موقف محرج؛ فهو يقف على مسافة، يريد أن يكون فيها موضوعيًا، ولكنه إزاء حالات إنسانية خطيرة، تستوجب الانطلاق من مشاعر التعاطف والتضامن في تقديم العون والمساعدة، غير أن الطبيب، ذاته، يكون مشتتًا؛ بين واجبات أخلاقية لمهنته، عليه التقيد والالتزام بها، وبين ضعف الوسيلة والعجز في إمكانية الشفاء؛ بل والوقوف موقف المتفرج على المعاناة والألم؛ اللذين يكابدهما المريض أمام أعين الطبيب، وقلة حيلته.

هكذا تتضاعف مأساة المريض، وقد تدفع الطبيب إلى تبنّي طرح الموت الرحيم، ليس كحل؛ لأنه لا يحقق مطلب الحياة، وبالتأكيد، الحياة الجيدة المفعمة بالصحة؛ إنما بتخليص المريض من آلامه، وتحريره من أسر الشقاء الذي يلحقه جراء المرض، الشقاء الذي يتجاوزه، ليأخذ معنى أشمل من الفرد، معنى؛ اجتماعي وثقافي.

03- البعدان الاجتماعي والثقافي للموت:

لئن كان الموت فرديًا، خاصًا بكل كائن حي على حدة، إلا أن لذلك تأثيرات وتبعات، اجتماعية وثقافية، يتعدى بها مجرد انقضاء حياة كائن فرد، إلى المس بمشاعر الجماعة، ويحظى بطقوس تختلف باختلاف الجماعات والثقافات، وهو؛ أي الموت، ليس مجرد تعبير عن نهاية حياتنا؛ إنما الوضعية التي تترك عليها الثقافة علامتها الاجتماعية[11].

لعل هذه العلامة الاجتماعية: هي دافع الإنسان لفهم ظاهرة الموت، عبر قهر أسبابه وتعطيله قدر الإمكان، وما الحديث عن تقدم الطب، إلا من هذا الباب في القضاء على أمراض وأوبئة، كانت تفتك بالآلاف، وكذا تحسين حياة الإنسان، بتحقيق معدل متوسط عمر يتجاوز، كثيرًا، المعدلات التي كانت في السابق؛ وهذا بفضل اكتشاف لقاحات، وتطور الطب، واستخدامه لأجهزة دقيقة في التصوير والتشخيص، والكشف المبكر، والجراحة، مما حقق نتائج مبهرة في ميدان العلاج؛ فقد ساعد التقدم العلاجي في إرجاء وتأخير تاريخ الوفاة إلى حد كبير، وبدأ المجتمع يستبعد الموت، أكثر فأكثر، من الفضاء الاجتماعي اليوم[12]؛ فنجاح الطب وإخفاقه، تترتب عليه انعكاسات على مسألة الموت الرحيم، وكلما نجح الطب وعالج معضلات الصحة بالتقنيات الجديدة، وبالعمليات الناجحة، وبزرع أعضاء جديدة، كلما أخّر الموت واستبعدها ومدد الحياة؛ بل يصبح الموت، على نحو متزايد، حادث مؤسف للحياة، وفشل الطب أو سوء الممارسة الطبية[13].

11 Didier Sicard, L'Ethique Médicale et la Bioéthique, PUF, 2e édition, 2011, P 89.

12 Ibid, P 89.

13 Ibid, P 90.

هذا هو دأب الطب؛ إبعاد الموت، والمحافظة على الحياة قدر المستطاع، وبشتى الوسائل، حتى وإن كانت مخالفة للقانون والأخلاق، ولكن، ما العمل إذا كانت الحيل تعوز الطبيب، وافتقد كل إمكانية في إبقاء مريضه على قيد الحياة، وهو أقرب وأول شخص يدرك ويشعر بمدى معاناته وألمه؟

بما أن للموت بعد ثقافي، يتجلى ضمن أشكال تعبير، يكون بعضها مهيمنًا على الثقافة السائدة في المجتمع، ومنها؛ التشريع والقانون، بوصفه شكلًا من أشكال التعبير، فكيف يتعامل القانون مع الموت باعتباره ظاهرة شخصية، وظاهرة ثقافية، وظاهرة ملكية يجب التصرف فيها وإدارتها؟ ومن ثم؛ أن يهتم بها المشرع، بما أن القانون: هو شكل من أشكال التعبير عن الثقافة، ويجعل مهمته دراسة وتحليل القواعد التي تحكم المجتمع. ومن بين هذه القواعد؛ تلك التي وجهت لإدارة الموت، سواء على مستوى الحدث ذاته، أو على مستوى الأشخاص والأملاك، في علاقة قانونية مع الشخص الذي يعاني، ولا يستثنى المجتمع الإسلامي من هذا المخطط في التنظيم والاشتغال، ولذلك؛ فمن المهم معرفة كيف يتم التعامل مع الموت بمقتضى القانون الذي يحكم ذلك[14].

هكذا؛ فإن فهم ظاهرة الموت، يمر، على وجه التحديد، عبر الثقافة السائدة في المجتمع، أو بتعبير آخر؛ الثقافة: هي وجه من وجوه الموت، على اعتبار «أن القانون جانب ثقافي واجتماعي»؛ فالموت كان دومًا مؤسسًا، كحدث ثقافي، وكعلامة على الحضور الأخلاقي والديني، وهكذا يكون هناك أكثر من تصور ثقافي للموت»[15]، يتعدد ويتنوع بتنوع الثقافات؛ بدءًا من الدفن وطقوسه، والحزن والفنون المصاحبة له، إلى الحداد ومراسيمه العرفية والقانونية.

في كتابهما: هل ينبغي تقنين الموت الرحيم؟ (Faut-il légaliser l'euthanasie?)[16]، لا يبدو أن الكاتبين، وهما: (ليك فيري Luc Ferry)، و(أكسيل كان Axel Kahn)، يشككان في قبول، ولو نسبي، وتأييد التوجه، نحو التسويغ للأوتنازيا؛ ذلك أن صيغة السؤال توحي بالذهاب في هذا الاتجاه، على الرغم من موضوعية الطرح والنقاش، في نقله لوجهات النظر المختلفة، المؤيدة والرافضة، للموت الرحيم.

إن مبدأ قبوله في التساؤل، يتجلى بوضوح، ولكن ما يبعث على القلق: هو ضرورة إخضاعه للتقنين، وتنشأ هذه الوضعية، من طبيعة حرجة ومزدوجة للموت الرحيم، وهذا ما يشير إليه المؤلفان في بداية الكتاب آنف الذكر:

14 Nahas M. Mahieddin, «Chapitre 10. La mort, les biens et les hommes dans la pensée juridique desfouqaha», *Journal International de Bioéthique* 2002/3 (Vol. 13), p 124.

15 Ibid, p 124.

16 كثيرة هي العناوين التي تضمنت الجدل الدائر، منذ سنوات، في عدة بلدان أمريكية وأوربية، حول إمكانية تقنين الأوتنازيا، وإضافة إلى كتاب كان وفيري، نشر سنة 2004م، كتاب بالعنوان نفسه، وبالصيغة التساؤلية نفسها، تقريبًا، ? Doit-on légaliser» l'euthanasie، وهو: كتاب جماعي أشرف عليه (Alain Houzioux)، وساهم فيه كل من: (Marie de Hennezel)، و(André Comte-Sponville)، و(Axel Kahn).

بين الإبقاء على الوضع الراهن، خوفًا من أن خطوة نحو الموت الرحيم الإيجابي، وإن كان منظمًا بصرامة، ستكون فاتحة لتجاوزات لا يمكن السيطرة عليها، والحالة المتطرفة في سويسرا؛ حيث يمكن للشركات، خاصة الإعلان عن خدمة الانتحار المساعد؛ فأي موقف يتم تبنّيه؟[17].

ينبع التخوف، إذن، من النتائج السلبية؛ التي قد تصاحب الانحرافات، خاصة من العاملين في المجال الطبي، أو من أطراف أخرى، تجعل من هذه المسألة تجارة وخدمة، تلجأ إليها بغرض الربح لا أكثر؛ فتعمل على الإشهار والترويج لها، وهو، في هذه الحالة، شبيه بالإرهاب، أو الترويج له ودعمه، والأمر في الحالتين سيان، وبعيدًا عن الحالات الحقيقية والواقعية التي تثير شفقتنا، وتعري ضعفنا وعجزنا، ووقوفنا مكتوفي الأيدي أمام معاناة؛ بل آلام لا حصر لها، وفي كل آن يموت فيها الكائن البشري مائة مرة، نتساءل عن هذه الوضعية الإنسانية المأساوية؛ هل نكتفي بالانتظار والتفرج متى سيكون الموت أم درءًا للانحرافات، ينبغي فعل شيء باتجاه الوضع القائم وتقنين حالات بعينها للأوتانازيا؟ كما يسمح، مثلًا، للمرأة الحامل بالإجهاض في ظل حالات معينة، يقدر الطبيب أو الفريق الطبي خطورتها على الأم، أو مآسي أخرى تتولد عن مولود مشوه، وغير ذلك.

04- معضلة الأوتنازيا «الصامتة»:

سواء كانت دوافع الأوتنازيا استحالة العلاج، وبالتالي؛ الشفاء، أو تعذره، أو طول مدته، أو تكثيفه، أو تكلفته من دون جدوى أو فائدة منتظرة ومرجوة، من قبل المريض ومحيطه الطبي والعائلي، والذي قد يمتد لأكثر من هذا النطاق؛ فيصبح اجتماعي، أو وطني، أو دولي[18]، أو البقاء في حالة حياة، نسميها هكذا حياة، أو تجاوزًا ومجازًا كذلك، وهي شبه حياة[19] أو بلوغ نهاية الحياة ومتاعبها، أو عندما تصبح الحياة ثقيلة على الفرد وذويه؛ بل على الدولة ومؤسساتها، فما المتوقع؟ هل مجرد انتظار القدر، وحلول الموت، والاكتفاء بمشاهدة تطور المرض، وزيادة الألم، حين تيأس الإرادة، وتعجز الوسيلة الطبية عن التدخل، وعن فعل شيء جاد ونافع للمريض؟ إذن، ما الحل؟ عندئذ يصبح من التناقض الحديث والافتخار؛ أن الطب الحديث قد مكّن الإنسان من إطالة العمر، والعيش بصحة جيّدة، وسيكون ذلك مجرد موازنة بسيطة من الناحية التاريخية؛ أي بين مرحلة وأخرى من تاريخ البشر، كان الموت حاضرًا فيها بقوة، عند الأوبئة والأمراض الفتاكة، ولكن في المقابل، أيضًا، الطب يقتل عمدًا أو خطأً، عند التجريب أو عند العلاج.

17 Luc Ferry & Axel Kahn, Faut-il légaliser l'euthanasie ? Odile Jacob, Paris, 2010, p p 9- 10.

18 في حالة شخصية فاعلة سياسيًا وطنيًا، أو عالميًا.

19 مثل الحياة النباتية: التي يفتقد فيها الإنسان المريض إلى الإحساس، بكل معنى لمفهوم الحياة، ووظائفها، وشروطها، ومقوماتها.

إذن، سواء كان هذا الدافع أو ذاك؛ فإن حالات الأوتنازيا باتت متكررة، وبصفة معلنة، وحديثًا يشغل الرأي العام، كما أنها ليست خاصة بمجتمعات بعينها[20]، وهي قابلة للانتشار والانتقال من مجتمع لآخر، بحكم التشابه الذي صار يسم المجتمعات المعاصرة، بتنميط الحياة عبر العولمة، واستعمال التكنولوجيا ذاتها، مع فارق في الدرجة والنوعية، بين دول غنية، وأخرى فقيرة، ولكن الوضع الإنساني يكاد يكون واحدًا مع ما بينها من اختلاف في التكفل، والوسائل، والمبادرة بالتشريع، تحديدًا للمسؤولية واحتواء للظاهرة.

إن مجتمعنا (الجزائري بشكل خاص، والعربي بشكل عام)، ليس بمنأى عن هذه الظاهرة، والتي نكاد نجزم أنها حاضرة بيننا، وبسبب المعتقد الذي يجد فيه بعض المعارضين، حتى لفتح نقاش حول المسألة، بحكم دوغمائية التصور الديني، ولكننا نرى أنها موجودة، وممارسة بكيفية أو بأخرى، إن لم تكن بالإيجاب؛ فهي بالسلب، وهذه واحدة من طرائق الأوتنازيا[21]: أن تترك مريضًا يموت، وأنت تعرف أن منظومتك الصحية غير قادرة على تحقيق أهدافها، في الحفاظ على صحة المواطن أو حمايته من الأوبئة، إن لم تكن هي مصدرًا لأمراض معينة، فذلك هو الموت الرحيم الصامت، ناهيك عن أسباب أخرى تدفع إليه؛ كترك المرضى في المؤسسات الاستشفائية، مُهملين ومن دون رعاية، أو تقديم علاجات مناسبة؛ بل إن دوّامة نقص الأطباء، وانعدام المختصين منهم، وقلة المخابر، وعدم دقة التشخيص، وضعف التحاليل، وعدم نجاح العمليات الجراحية، وعدم توفر الدواء ونوعيته، كلها تسرّع من وتيرة إحباط المرضى وأسرهم، كلما مر الوقت، وتسرب الشك إلى النفوس في شفاء سريع منتظر، يصير مع مرور الزمن سرابًا، وسؤالًا لا جواب له، ولا مخرج منه سوى الموت الرحيم، فضلًا عن الأخطاء الطبية، التي نادرًا جدًّا، ما يعترف بها الأطباء، وتقرّها الهيئات الاستشفائية.

فالوضعيات السلبية للهيئات الاستشفائية: هي انعكاس لموت رحيم غير معلن، ولا يريد القائمون على شؤون الصحة، تحمل مسؤولياتهم والإقرار، بهكذا حالات أوتنازية، يمكن تعميمها كلما كانت الوضعية هي نفسها؛ أي وضعية المستشفيات المتدهورة، المفتقدة إلى الوسائل، والأطباء المختصين، وانعدام الإنسانية في التعامل والرفق بالمرضى، المطلوبين إزاء الحالة المرضية والوضعية الهشة، فيزيقيًّا ونفسيًّا، للإنسان المريض.

إن الحالات الكثيرة التي انتشرت وتكررت عن الموت الرحيم، فتحت المجال لنقاش معمق حول الظاهرة وخطورتها، في مبدئها ونتائجها: فهل يجب شرعنة منع ممارسة الموت الرحيم، باسم القيم الجوهرية

20 الغربية منها، على وجه الخصوص، بسبب ما رآه البعض في طغيان النزعة المادية، وضعف الجانب الروحي.

21 يُميز عادة بين نوعين من الأوتنازيا؛ واحدة إيجابية: يتم عبرها تدخل شخص أو أكثر لإنهاء حياة مريض، بطلب منه أو دون طلب؛ بإعطائه دواء أو جرعة مضاعفة، أو أي شيء آخر يثير الموت، ويفضي إليه. وأخرى سلبية: يكون فيها تدخل الشخص الأجنبي، بنزع أو فصل الأجهزة التي تبقي المريض على قيد الحياة، سواء أراد ذلك أم لا، وغالبًا، ما يكون ذلك بدافع الشفقة.

للشخصية البشرية، واحترام الحياة مهما تكن الظروف؟ أم ربما يتوجب احترام إرادة الشخص المريض، ورغبته في الاستمرار في الحياة، أم لا وجعلها أكبر اعتبار؟[22].

تلك هي معضلة الأوتنازيا، في الدفاع عن حقوق المريض من قبل الطبيب، وحقه في الحياة بالدرجة الأولى، إضافة إلى حقوق أخرى، ولكن رغبة المريض وإرادته، والإذعان لها كحق، أيضًا، من حقوقه، قد تتغلب على باقي حقوقه الأخرى، وهنا، بطبيعة الحال، كما لاحظ عديد الملاحظين لموضوع الأوتنازيا، وذكروا بحقوق المريض التي لا تقبل التصرف، لا سيما بعدم تلقي العلاج أو توقيفه؛ فذلك لا يفيد، أيضًا، تجاهل حياته الخاصة، والاستهانة بها، وفضلًا عن ذلك؛ الطلب من شخص آخر وضع حد لحياته لسبب ما[23]، عند هذه النقطة، تصبح الحياة، حياة المريض هنا، أسمى من كل غاية، وتتراجع أمامها مبادئ تُصنف في خانة أولويات الفرد وحقوقه، وبطبيعة الحال، كما لاحظ العديد من المراقبين، باستحضار الحقوق غير القابلة للتصرف للمريض، لعدم تلقي العلاج الذي لا يعني الحق في تجاهل حياته الخاصة، ناهيك عن فرصة طرح طرف ثالث، لإنهاء حياته لأي سبب من الأسباب[24]، لا يعد أمرًا مقبولًا، ولا معقولًا، بالنظر إلى قدسية الحياة ومبادئ إتيقا الطب.

وفي خضم هذا الجدل، يبقى السؤال الجوهري: هل يجب تفضيل الحرية، حرية الإنسان المريض، على كل ما يحدّها؟ أم على العكس؛ ينبغي استحضار مبدئية منع القتل خارج حالات الدفاع الشرعي؟ ولكن ما الذي يجب اقتراحه وفعله، إذا ما تم اعتماد الحل الثاني، كما فعلت كثير من الدول، للمرضى في النهاية، والذين ليس لهم سوى رغبة واحدة؛ هي مغادرة هذا العالم بأسرع ما يمكن؟[25]، وبالتالي؛ ألا يمكن اعتبار تحقيق هذه الرغبة انتصارًا لإرادة مبدأ الخيرية للإنسان؟ ومن ثم؛ فبدلًا من السعي إلى الوقوف بوجه تحقيق هذه الرغبة، وجب العمل على سبل تيسر التشريع لتحقيقها.

ولعل ذلك ما تعمل لأجله جمعيات عدة، عرفت بروزًا في السنوات الأخيرة، منها، على سبيل المثال: الجمعية السويسرية الكرامة (**Dignitas**)، و(**الجمعية الفرنسية ADMD): Association pour le droit de mourir dans la dignité**)؛ أي جمعية من أجل الحق في الموت بكرامة، على شكل «حركة لتقنين شكل من أشكال الموت الرحيم، وغالبًا ما تسمى حركة الحق في الموت، وهذه التسمية تبدو غريبة، ذلك أنه؛ لا شيء أكثر ضمانًا، بالتأكيد، لكل شخص من الموت.

22 Jean – Frédéric Poisson, Bioéthique: L'homme contre l'Homme, p 175.

23 Ibid, p 177.

24 Ibid, p 177.

25 Ibid, p 175.

لا يريد مؤيدو الحركة حماية الحق في الموت، ولكن الحق في الحصول على درجة معينة، من السيطرة على موعد وطريقة الموت، كما يضع مجموعة منهم، «الحق في اختيار أن تموت»[26].

هكذا، حتى القيم التي اعتبرت ثابتة، ليست كذلك في كل الظروف والسياقات، وما اعتبر، حقًّا، من أبرز وأسمى حقوق الإنسان[27]، بيد أن المترددين اتجاه السير نحو تقنين ظاهرة الأوتنازيا، «يخشون، وهُم على صواب نسبي، من أنه إذا تم تقنين الانتحار بمساعدة الطبيب، أو القتل الرحيم، أن ينحرف المجتمع إلى (منحدر أو منزلق)؛ أي نحو الإكراه، فربما يجبر كبار السن، والمصابين بأمراض مزمنة، والمعوقين، والفقراء، والأقليات، على أن يموتوا رغمًا عنهم، وعليه؛ يصبح ما يسمى حق للموت، واجب للموت»[28].

مثل هذه الانزلاقات: هي الدافع الأكبر لمن يعارضون تقنين الموت الرحيم، وهي قائمة، وتخوفهم الكبير من أنها سوف لن تطال حالات خاصة، بقدر ما تصبح ممنهجة، على شكل أوجينيزم أو نسالية، يخطط لها تحت غطاء الموت الرحيم.

05- الديناميكية الإتيقية والأوتنازيا:

إذا كانت الضوابط الأخلاقية تتفاعل مع الحياة ومتطلباتها؛ بل تنطلق من صميمها، وتحاول أن ترتقي بها، فتصاحبها القوانين، وتتغيّر بناء على الظروف الحقيقية التي يحياها الإنسان، فعلًا؛ فتحتم عليه مراجعة نظمه وسلوكاته. فهل ستتطور مجتمعاتنا، تبعًا لهذا، باتجاه قبول الموت الرحيم مثلًا؟ وقبول إعادة النظر في أخلاقيات، ملازمة للتقدم العلمي والتقني، وقد أخذنا بها، ظنًّا بأنها ثابتة، وهي، في واقع الأمر، ليست كذلك؛ لأننا كبشر، وقفنا على تبدلها لدى شعوب أخرى؟ فالعلوم البيوطبية بما قدمته واقترحته على الإنسان المعاصر؛ من مساعدات في الصحة والمرض، وفي الصغر، وفي الشيخوخة، وفي المساعدة على الإنجاب، ومعالجة العقم، وفي البحث عن جودة الحياة ونوعيتها، وفي رفاهية الإنسان وسعادته، وفي البحث عن كمال جسماني، وباختصار؛ في تقديم صورة عن إنسان مكمل مشبع بالصحة النفسية والجسدية.

---

26 Lisa Yount, Right to die and euthanasia, Facts On File, Inc. , New York, 2007, P 3

27 عند الإعلان عن حقوق الإنسان، سنة 1948م، والمعروف؛ إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان من الجيل الأول، وتحول الاهتمام، قبل 50 سنة أو حتى قبلها، من المطالبة بالحق في الحياة، إلى المطالبة بالحق في الموت. كان هذا عنوان عرض معاذ بن عامر: الحق في الحياة .. الحق في الموت، وهو عبارة عن مراجعة لترجمتي كتاب غي ديران (البيوإتيقا)؛ المنشور بدار جداول، بيروت، سنة 1915م. وقد حفزتني قراءته للكتاب، على الرغم من أنه اعتنى بموضوع الموت الرحيم فقط، بينما الكتاب يتناول البيوإتيقا من جانب الطبيعة، والمبادئ، والأدوات، وأنا نفسي كنت مهتمًا بموضوع الأوتنازيا، تدريسًا وبحثًا؛ حيث كنت أدرّسه لطلبة ماستر بيوإتيقا، وبوصفي، كذلك، مسؤولًا عن تخصص الماستر في (البيوإتيقا)، وأيضًا، لكوني انشغلت ببحث مسألة الموت الرحيم، تحت عنوان التفكير في الحياة، والتفكير في الموت، ضمن فرقة بحث لمشروع: "**الأبحاث والتقنيات البيوطبية، ومشروعية قيام أخلاق حياتية**»؛ وهو بحث منجز، في الفترة بين 2009- 2012م).

28 Lisa Yount, Right to die and euthanasia, Facts On File, Inc. , New York, 2007, p 4.

قد يقول قائل: إن مجتمعاتنا، على الرغم من طابع العصرنة الذي يسمها، إلا أنها محكومة ومؤطرة، في أعماقها وجذورها، ببعد ديني، وليس كالمجتمعات الغربية؛ التي جعلت بينها وبين سلطتها الروحية مسافة، تقل أو تطول، ترجع إلى الواجهة وتغيب، حسب الشروط التاريخية والسياسية، وهو ما يجعلها، من هذه الزاوية، عقبة أمام تقبل هذه الإجراءات، أو تقنينها، وقد يضيف نفس القائل: إن هذه المجتمعات محكومة بمبادئ، تستند عليها أخلاقها، ومن ثم؛ فهي تستبعد كل إمكانية لتحولها.

غير أن الرد؛ الذي نراه متعددًا، يحيل:

أولًا: إلى أن التحول، يعني فيما يعنيه؛ مراجعة النظم والمبادئ، ليس من أجل التخلي عنها وتعويضها؛ بل ترتيبها وإعادة ترتيبها، ومراجعة الأولوي منها، حسب المرحلة والوضع، وحسب الظرف والشرط، وحسب الحالة والفئة.

ثانيًا: إلى إمكانية تأويل المعتقد؛ الذي يخضع للتحيّين، وإعادة النظر، وفقًا لنظرة متبدلة، تتحكم في الأصل العقدي، وفي مصلحة الإنسان التي هي ملازمة لمسيرة الكائن البشري، في الحياة كما في الموت.

ثالثًا: إلى بناء على تلازم النشاط الإنساني، وتفاعله مع مقتضيات التقدم العلمي؛ فمن غير الصحيح أو المنطقي، أن يكون الانتقاء في التجاوب غير صالح للإنسان؛ حيث يؤخذ بجانب من هذا التقدم، ويترك جانبه الآخر.

من الحقيقي: أن الإنسانية تتقدم تدريجيًا في علمها بالظواهر الطبيعية، وقدرتها على فهمها، واستعادة مسارها الطبيعي، أوحت باستبدالها عند الاقتضاء والضرورة[29]، ولكن ما العمل حين تعوزنا الحيلة والوسيلة؟ ألا يمكن أن يقدم الإنسان يد العون، كما يسعى إلى خيرية ذاته وغيره بتخفيض حدة الألم والمعاناة؟

من الصحيح، كذلك؛ أنه إذا كان التقدم في التكنولوجيا، يثير دائما إعجابنا؛ فإن الاكتشافات في علوم الحياة والطب، تثير القلق الآن[30]؛ فهي، كما تثير فزعنا وقلقنا في الحياة، وما يمكن أن يشوهها، تثيره، أيضًا، في الموت، أو ما قد يؤدي إلى الموت. وهذا مثال عنها: في 15 أكتوبر 2003م، حكم على كريستين ملافير (Christine Malèvre)، ممرضة سابقة، في مستشفى مونت لا جولي (Mantes – la- Jolie)، في الإيفلين (Les Yvelines) (فرنسا)، حكم عليها باثني عشر سجنًا، من طرف محكمة باريسية؛ جراء قتلها ستة من مرضاها، وكانت قد اعترفت بذلك، من خلال مساعدتهم في تصريحها على الموت، وفقًا لطلبهم، خاصة لشخصين في نهاية الحياة؛ فقدمت لهما جرعات دوائية مميتة.[31]

29 Jean-Frédéric Poisson, Bioéthique: L'Homme contre l'Homme, p.7.

30 Ibid, p 8.

31 Ibid, p 168.

لئن كانت هذه الحالة قد أنزل فيها عقاب على الممرضة؛ فإن حالات أخرى كثيرة، مرت وتمر أمام القضاء، تبرّأ فيها المحكمة المتهمين؛ أطباء، وممرضين، وعاملين بالقطاع الصحي، ويتحول فيها قضاء الموت الرحيم، إلى تكييف القضايا تحت وقع ضغوط معينة، أو بحكم تقديم علاج مسكن أو غيره، ليس بغرض إثارة الموت، ولو بطلب من المريض، غير أن مثل هذه الحالات، لم تعد قضايا معزولة؛ إنما أضحت تتكرر باستمرار، هنا وهناك، وباتت من القضايا التي تعج بها المحاكم، وكان من شدة ضغطها؛ أن شرعت دول رائدة في مجال القبول الجزئي بالموت الرحيم، والتقنين له، بوضع أطر قانونية للأوتانازيا، ورفعت عنه التجريم، ووسعت من دائرة السماح به؛ من البالغين إلى القصر، وذلك هو حال بلجيكا.

خاتمة:

يتبين لنا مما ذكر: أن مسألة الموت الرحيم، قد عرفت تحولًا وتطورًا، نجم عنه تغير في المواقف، جراء النقاش الذي توسع إلى أطراف خارج الهيئات الاستشفائية؛ التشريع، والسياسة والقضاء، والفلسفة، والدين، وعلم الاجتماع، مما سمح بتراجع حدة المواقف، وبالتالي؛ فإن ما حصل في بلدان أخرى، كفيل بأن يحصل عندنا؛ لأن مجرد التصريح بالقضية، كإشكال، وذكر حالات واقعية لها، رغم الحظر، والقيد، والتستر، سيجعل من تليين المواقف، وتقبلها نسبيًا، أمرًا واردًا، إن آجلًا أو عاجلًا.

هل تتطور نظرتنا للموت الرحيم بما يكفي لنشرع له في مجتمعاتنا؟ هل هذه إمكانية تظل قائمة أم ستجد مقاومة وعوائق، أهمها؛ العقبات الدينية، تقف كسد منيع، وورقة حمراء تظهرها السلطات المختصة، وتوجهها نحو كل محاولة في هذا الاتجاه؟

إذا ما أمكننا الابتعاد بالنقاش حول الموت الرحيم، إلى خارج الأرضية والمرجعية الدينية، من دون استبعادها وإقصائها كليًا، وموضعته ضمن مقاربة تعددية مفتوحة على احتمالات شتى، تكون فيها المواقف منحصرة بين التأييد والرفض، في دائرتين كبيرتين، تتسعان لمواقف أخرى، فرعية وجزئية، تقع بين؛ القبول المشروط، والمنع النسبي، وهو ما يجعل إمكانية النقاش قائمة، ومنفتحة على محادثة متعددة الأصوات، تركن إلى المبادئ المؤسسة للشخصية والكرامة البشرية، ولكن من دون إغلاق أفق المراجعة والتعديل، وفقًا للحالات، والظروف، والتطورات الحاصلة في المجالين التقني والعلمي.

عندئذ، سيكون متاحًا سن القوانين، وتعديل التشريع، بناء على مصلحة الإنسان وتحقيق إرادته، ليس بتمثل قسري لها؛ إنما بتقرير الاستقلالية الذاتية، كمبدأ رئيس، قبل أي مبدأ، وتلك هي غاية الكرامة الإنسانية.

قائمة المراجع:

1- Jean – Frédéric Poisson, Bioéthique: L'homme contre l'Homme, Presses de la Renaissance, Paris, 2007, p 176.

2- Une publication de «DIGNITAS –Vivre dignement –Mourir dignement» 6e édition, 2010.

3- Gilbert Hottois et Jean – Noël Missa, Nouvelle encyclopédie de bioéthique, De Boeck Université, Bruxelles, 2001.

4ـ محمد عبد الرحيم الزيني، حقيقة الموت بين الفلسفة والدين، دار اليقين للنشر والتوزيع، مصر، الطبعة الأولى، 2011م.

5- Dominique Biton et Autres, Réflexions sur la mort, Editions De Vecchi,Paris, 2002, P 5.

6ـ أرنولد توينبي وآخرون، الموت وهموم الإنسان، ترجمة وتقديم: عزت شعلان، المركز القومي للترجمة، القاهرة.

7- Didier Sicard, L'Ethique Médicale et la Bioéthique, PUF, 2e édition, 2011.

8- Nahas M. Mahieddin, « Chapitre 10. La mort, les biens et les hommes dans la pensée juridique desfouqaha », *Journal International de Bioéthique* 2002/3 (Vol. 13).

9- Luc Ferry & Axel Kahn, Faut-il légaliser l'euthanasie ? Odile Jacob, Paris, 2010, p p 9-10.

10- Jean – Frédéric Poisson, Bioéthique: L'homme contre l'Homme.

11- Lisa Yount, Right to die and euthanasia, Facts On File, Inc. , New York, 2007,

12- Lisa Yount, Right to die and euthanasia, Facts On File, Inc. , New York, 2007.

13- ean-Frédéric Poisson, Bioéthique: L'Homme contre l'Homme.

MominounWithoutBorders

Mominoun

@ Mominoun_sm

مؤمنون بلا حدود
Mominoun Without Borders
للدراسات والأبحاث www.mominoun.com

الرباط – أكدال. المملكة المغربية

ص ب : 10569

الهاتف : 54 99 77 537 212+

الفاكس : 27 88 77 537 212+

info@mominoun.com

www.mominoun.com

جميع الحقوق محفوظة © 2017

All rights reserved © 2017