وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الإنسانية

قسم الفلسفة

التفكير البيو-إتيقي ورهانات الفلسفة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الفلسفة

إعداد الطالبة: **إشراف أ.الدكتور:**

وردية مرزوق **محمد بلعزوقي**

أعضاء لجنة المناقشة

أ.الدكتور يوسف زرافة	***جامعة الجزائر2(رئيسا)***
أ.الدكتور محمد بلعزوقي	***جامعة الجزائر2(مقررا)***
أ.الدكتور محمد جديدي	***جامعة قسنطينة(عضوا)***
أ.الدكتور عبد الرزاق بلعقروز	***جامعة سطيف(عضوا)***
أ. الدكتورة آمال علاوشيش	***جامعة الجزائر2(عضوا)***
أ.الدكتور أحمد كيشي	***جامعة الجزائر2(عضوا)***

السنة الجامعية:2021/2020

إهداء
كلمة شكر وعرفان
مقدمة
الفصل الأول : مفاهيم ومبادئ.....12
المبحث الأول : التمييز بين المفاهيم الإتيقية 15
المبحث الثاني : مبادئ الفكر البيو-إتيقي.....29
المبحث الثالث : مجالات البيو-إتيقا.....40
الفصل الثاني : التأصيل النظري للفكر البيو-إتيقي وظهور اللجان الأخلاقية.....52
المبحث الأول : الجذور الفلسفية للفكر البيو-إتيقي 53
المبحث الثاني : الفكر البيو-اتيقي ومراحل تطوره.....67
المبحث الثالث : قوانين البيو-اتيقا وظهور اللجان الأخلاقية 78
الفصل الثالث : البيو-اتيقا بين التقانة الحيوية والتداعيات الأخلاقية 29
المبحث الأول : تقنيات التحكم في الولادة وتداعياتها الأخلاقية 93
المبحث الثاني :تقنيات المساعدة الطبية على الموت المريح وتداعياتها الأخلاقية..104
المبحث الثالث : مشروع الجينوم البشري ومشكلة اليوجينيا 127
الفصل الرابع : أخلاقيات علوم الحياة بين الممارسة الميدانية والبديل.....147
المبحث الأول : الأخطاء الطبية ومبدأ المسؤولية.....148
المبحث الثاني : التعليم وأخلاقيات علوم الحياة.....162
المبحث الثالث : البيو-سياسة بديل للبيو-اتيقا.....176
خاتمة 186
فهرست المصطلحات 191
البيليوغرافيا.....195

إهداء

– إلى والدي الكريمين على تضحياتهما الجسام.

– إلى إخوتي وأخواتي وأقاربي وكل من ساعدني من قريب أو من بعيد .

– إلى أساتذتي الكرام الذين صح فيهم قول أمير الشعراء:

قُم لِلمُعَلِّمِ وَفِّهِ التَبجيلا كادَ المُعَلِّمُ أَن يَكونَ رَسولا

– إلى زملائي وزميلاتي في المجال العملي، المدرسين منهم

والإداريين وكل العمال بسلك التعليم الشاق والشائك.

– إلى كل تلاميذتي وطلبتي.

شكر وعرفان

* أشكر أستاذي المهيب الدكتور محمد بلعزوقي،
السخي بعلمه، الحازم في مجال تلقين المعارف
والصارم مع طلبته . أشكره على صبره معي
مدى سنوات البحث والتنقيب في شتى
الأمور الخاصة بالأطروحة.

*كما اشكر زوجي الغالي أحمد رشرش الذي ساندني
وساعدني في شتى مراحل البحث والترجمة.

مقدمة

إن الثورات المعرفية الهائلة التي شهدها الإنسان بعد الحرب العالمية الثانية على جميع الأصعدة، أحدثت تغييرا ملموسا على حياته لم يكن ليتوقعه أكثر القوم تفاؤلا. فبداية من الثورة الإلكترونية التي غزت بتطبيقاتها كل ميادين المعرفة الإنسانية، وصولا إلى الهندسة الجينية التي أفرزتها الثورة البيولوجية الجزئية المعاصرة وتقنياتها المتعددة في العلوم البيوطبية، الصيدلة، الفلاحة وغيرها. بيد أن ذلك التطور الهائل بكل ما جاد على الإنسان من منافع ملموسة، قد هدد مصيره واجتثّ بعض ثوابته التي كانت عماد جوهره ونبراس ماهيته. شمل ذلك التهديد مستقبل البيئة والطبيعة، فانعكس سلبا على ما / من يحيط بهما انعكاسا مباشرا. حينئذ لوحظ مدى سيطرة تلك الثورات المعرفية على دماغ الإنسان وسلوكاته، بل وفي إمكانية التحكم في جيناته والتلاعب بها بـ "خلق "(إنشاء) كائنات معدلة جينيا، ما أسفر على تداعيات أخلاقية خطيرة مست كرامة الإنسان وجوهره المتجدّر. عندئذ أضحت بعض المفاهيم على المحك وأشرفت على الزوال، كمفهوم الأمومة والأسرة، ما استدعى إعادة النظر في طبيعة الخطابات الأخلاقية المتوارثة والسائدة عبر العصور .

وما انبثاق الأخلاقيات التطبيقية في المجال الحيوي إلا نتيجة حتمية لذلك التطور المادي الرهيب. فتظافرت الجهود وتفاعلت ميادين عديدة لمعالجة المشكلات الأخلاقية المترتبة عنها، مُكوِّنة بذلك ما يسمى بالبيو–إتيقا.

هذا الفكر البيو–إتيقي بصفته إتيقا معاصرة تُمَثِّل نقطة التقاء حميمي بين الفلسفة والعلم واهتمام لا مثيل له بالإتيقا. تلك الإتيقا التي تكلَّم عنها **باروخ سبيوزا** في كتابه " **L'Éthique**". غير أن الحقبة السبينوزية لم يكن يقابلها الزخم المعرفي الذي توصَّلنا إليه الآن، فمضت الإتيقا دون تجسيد ميداني حتى تَبوّأت مكانتها بعد هذا التطور، كحتمية استدعتها كرامة الإنسان وطبيعته في مجال العلوم الحياتية التي تُشكل المجال الخصب للمعرفة ولتجديد مواضيع الفلسفة.

لهذا ارتأينا التأكيد أن البيو–إتيقا رَهان فلسفيّ بامتياز. والعودة بقوة إلى الإتيقا (**le Retour à l'éthique**) في الآونة الأخيرة، يثبت هذا الرهان .

فالتفكير الإتيقي الحيوي المعاصر الذي نتناوله كخطاب شامل تشترك فيه كل الأطراف: دينية، سياسية، اجتماعية، أخلاقية، نفسية، اقتصادية، قانونية و فلسفية، بغية إيجاد حلول سريعة للمشكلات الأخلاقية الناجمة عن الممارسات العملية في الميدان الحيوي، دون الميل إلى وجهة نظر فكرية معينة. ولكونه يمثل بعدا فلسفيا تُجسده فلسفة العلوم، حين تُثْبِت دور الفلسفة في الواقع العملي.

على هذا الأساس، تتحدد معالم إشكالية بحثنا التي يمكن صياغتها من خلال التساؤلات الآتية:

إلى أي مدى يمكن أن يكون الفكر الإتيقي المعاصر في الممارسات البيو–طبية رهانا لتجديد نشاط الفلسفة واثبات دورها في المجال الحيوي؟ ولأن القوانين البيو–اتيقية جامحة ومكبِّلة لحرية البحوث العلمية في المجال الحيوي، بغية الحفاظ على كرامة الإنسان وقدسية حياته، فهل يعني ذلك عودة الطابو المقدس (سلطة الدين) في ثوب إتيقا معاصرة؟ وهل يمكن تجاوز التعارض بين القيم الإتيقية في ظل احترام الحريات الفردية والحقوق الإنسانية، كمبدإ المحافظة على حياة الفرد وِفق القسم الإبوقراطي وبين رغبته في إنهاء حياته (الموت الرحيم)؟ أو بين مبدإ احترام قرار الشخص وتحقيق رغبته (كرغبة المرأة في الإجهاض أو استئجار رحمها)؟ وبين احترام الكرامة الإنسانية (للجنين)؟ أو بين العمل على تحسين صحة الفرد والعناية به وعلاجه؟ وبين إمكانية التلاعب بجيناته والتحكم في سلوكه ودماغه؟ وهل القوانين البيو–إتيقية حققت الغاية التي من أجلها أنشأت؟

لأجل الإحاطة الشاملة للفكر البيو–اتيقي بِرَهان الفلسفة، وإيجاد مخرج لتلك المشكلات، كان لزاما علينا التساؤل أولا عن طبيعة المفاهيم الواردة في دراستنا والتدقيق فيها وعرض مراحل تطوّرها وتبيان قوانينها ومبادئها، مع ضرورة إظهار التداعيات الأخلاقية الناجمة عن الممارسات التكنوبيولوجية، لإبراز دور الفلسفة في هذا الميدان.

لذا استوجبت دراستنا توظيف خطة وفق أربعة فصول وخاتمة نستنتج منها أهم النتائج التي استوْفيناها كما تقتضيها منهجية البحث الأكاديمي.

في **الفصل الأول:** مقاربة للمفاهيم وللمبادئ، حيث تناولنا مهام الفلسفة في التمييز بين المفاهيم الإتيقية المرتبطة بالفكر البيو-إتيقي، كالأخلاق والإتيقا، ما بعد الأخلاق، الأخلاق الطبية وعلم الواجبات الطبية وكيفية تجاوزها للنطاق الضيق المحصور في السلطة الأبوية (الطبية)، ثم تفاعل عدة ميادين وتداخلها مع مشكلة الفكر البيو-اتيقي. بعدها تطرقنا إلى المبادئ الأخلاقية التي تقوم عليها البيو-إتيقا مع عرض أهم مجالاتها المختلفة بعد ضبط موضوعها الشائك .

الفصل الثاني: تمحورت دراستنا حول التأصيل النظري للفكر البيو-اتيقى وتطور قوانينه، حيث عرضنا الجذور التاريخية والفلسفية لانبثاق الأخلاقيات الحيوية، وكشفنا عن القوانين التي ساهمت في ظهور مختلف اللجان الأخلاقية، الوطنية منها و الدولية التي تضبط مختلف الممارسات في المجال الحيوي باعتبارها ميدان معرفي مستقل قائم بذاته. كما اقتضت الدراسة، الالتفاتة إلى مراحل تطور هذا الفكر منذ نشأته الأولى التي من خلالها برز الخطاب الديني في آخر مراحله .

أما **الفصل الثالث** الذي عنوانه البيو-اتيقا بين التقانة الحيوية والتداعيات الأخلاقية، فهو يدور حول عدة مشكلات أخلاقية ناجمة عن تطبيقات عديدة في الطب والبيولوجيا. عرضنا في البداية تقنيات التحكم في الولادة بمختلف طرقها وتداعياتها الأخلاقية، كاختلاط الأنساب في حال وجود طرف ثالث بين الزوجين. تلتها مشكلة المساعدة الطبية على الموت الرحيم حين يجد الممارس نفسه أمام خيارين متعارضين، هما في الوقت ذاته من مبادئ الواجبات الطبية التي يجب الالتزام بها: تلبية رغبة المريض ومبدأ المحافظة على حياته، وعلاقة هذه المشكلة بنقل وزرع الأعضاء. تطرقنا في الأخير إلى مشكلة الجينوم البشري واليوجينيا: علم تحسين النسل الذي أخذ أبعادا غير إنسانية.

الفصل الرابع تمحور حول أخلاقيات علوم الحياة بين الممارسة والبديل، فقد كان لزاما علينا توضيح ضرورة تفعيل الفكر الإتيقي المعاصر في الواقع العملي(الطبي/ البيولوجي) من خلال مساهمة الفلسفة في بلورة المفاهيم ورغبتها في ترسيخها في المجال الحيوي. تطرقنا في البداية إلى الأخطاء الطبية وعلاقتها بمبدإ المسؤولية الطبية التي تحدد طبيعة العلاقة بين الخطإ والضرر الحاصل. ثم وضَّحنا المساهمة الفعلية في تعليم أخلاقيات البيولوجيا في كل المؤسسات والمدارس، كضرورة لغرس المبادئ الأخلاقية ونشر ثقافة الوعي عند المستجدات والإطلاع على مختلف القضايا التي تمس وجود الإنسان وبيئته ومشاركته في اتخاذ القرارات المناسبة. في الأخير تساءلنا: هل تمكنت البيو–اتيقا من إيجاد حلول للمشكلات المترتبة عن التقانة الحيوية؟ لذا رأى البعض في البيو–سياسة كبديل للبيو–إتيقا.

من خلال تجزئة الإشكالية، تجلى لنا بوضوح اختيار المنهج الذي بدا متعدد الوجوه متوافقا مع طبيعة دراستنا. كان أول وجه اعتمدنا عليه هو المنهج الوصفي الذي يظهر في عرض المفاهيم والمبادئ ومنشأ التفكير البيو–اتيقي. تلاه منهج تحليلي نقدي لأهم المشكلات الناجمة عن الممارسة البيوطبية، يتخلله أحيانا منهج المقارنة بين النماذج السائدة مع غيرها، سواء في المفاهيم أو القوانين أو التطبيقات.

أهمية الموضوع

إن قيمة أية دراسة علمية تُستوحَى من مدى أهمية الموضوع الذي تتناوله ومدى اقترابها من الأسس الثقافية والعلمية المتفق عليها ولو بشكل نسبي. لذا تكمن أهمية دراستنا في إظهار الأبعاد الفلسفية للقضايا العلمية ومسائلها الشائكة، لاسيما علوم الحياة والتقنيات الحيوية وكشف كل ما هو مجهول في الميدان البيوطبي بعدما كان الطبيب يمثل السلطة الأبوية في اتخاذ القرارات العلاجية أو إيقافها، أصبح اليوم في ظل الإتيقا الحيوية المعاصرة –البيو–اتيقا– طرفا بين عدة أطراف تساهم في تحديد الموقف وتحت

شرعية قانونية صارمة تحدُّ من حرية نشاطه وتجاربه. من جهة أخرى، مثل هذه المواضيع تثري الفلسفة بمشكلات ذات طابع عملي تعكس حياة الإنسان اليومية وتسلط الضوء على واقعه، هادفة من وراء ذلك تحديد موقف الفلسفة من المشكلات الأخلاقية و بعض التجاوزات غير المشروعة أخلاقيا، ناجمة عن التطورات في الميدان الطبي / البيولوجي، والتي أضحت كابوسا مرعبا يهدد مصير الجنس البشري والحياة على كوكب الأرض.

لأجل كل هذا، كانت **دوافع اختيارنا لهذا الموضوع** تتأرجح بين دوافع موضوعية وأخرى ذاتية يمكن حصرها كالتالي:

- تبيان دور الفلسفة في مجال العلوم الحياتية، على الرغم من وجود مواضيع كثيرة معاصرة تعالج واقع الإنسان الحديث والتي عالجتها، خاصة وتحديدا، المدرسة الفرانكفورتية في نقدها للمجتمع الإستهلاكي الغربي وإعلان إفلاسه الروحي القيمي. لكن اختيارنا كان في ميدان التقنيات الحيوية لما يحمله من أخطار جسيمة قد تُستغل بشكل سلبي وغير عقلاني، فتهدد هوية الإنسان ومصيره ومستقبل البيئة الطبيعية. وما نشهده اليوم، هو كثرة الأخطاء الطبية بشكل مريب جدّا دون متابعات قضائية تنجر عنها أحكام جزائية ضد مرتكبيها، نتيجة غياب الضمير الخلقي أثناء الممارسات الميدانية والإهمال الطبي. والواقع حافل بالشواهد التي تثبت بشاعة الجرائم الطبية في مستشفياتنا ومختلف المصحات الإستشفائية، الخاصة منها والعمومية، بكمّها الهائل والمتزايد باستمرار. ما أدى إلى تضاعف الأخطاء الطبية وتغاضي أهالي المرضى والمواطنين عموما لطبيعة تلك الجرائم التي غالبا ما يرجعونها إلى مسألة القضاء والقدر. هذا الإعتقاد نابع عن قلّة الوعي والخوف من الخوض في الغيبيات أو ما يعتقدون أنه كذلك، وكذا الجهل بالقوانين. أحيانا يكون نتيجة التخوف من طول سيرورات المتابعات القضائية دون الوصول إلى

إنصاف الشاكي ضد الممارسين المسؤولين عن تلك الأخطاء. لهذا يفضلون السكوت ويتجاهلون الأمر ولا يكترثون .

– هذا الموضوع يُسلّط الضوء على أهم علاقة إنسانية في الميدان، هي علاقة الطبيب بالمريض التي يجب أن تُبنَى على مبادئ أخلاقية من الواجب الإلتزام بها أثناء الممارسة الميدانية.

أما عن **العوائق و الصعوبات** التي اعترضتنا أثناء البحث، عند كل عمل أكاديمي، هو اعتمادنا على كتب كثيرة وملفات عديدة باللغة الفرنسية، اقتضت منا توخي الحذر أثناء الترجمة والقراءة المتأنية لفهم المقصود، مما دفعنا – في بعض الأحيان– إلى نقل العبارات كما هي في المصدر، لتفادي أي انحراف في المعنى. وجدنا أحيانا صعوبات عند محاولة التحقق من النصوص التي تُمثل مواقف فلاسفة كبار، واكتفينا بما هو منقول في المراجع سواء باللغة العربية أو باللغة الفرنسية. تجدر الإشارة هنا إلى أننا وجدنا صعوبة في اقتناء وترجمة الكتب باللغة الإنجليزية لظروف خاصة جدّا. تعاملنا مع ما هو متاح لنا بالفرنسية. هذا لا يبرر النقائص الموجودة بقدر ما تكون حجة علينا وليست لنا. كان بودّنا أن يكون الموضوع أكثر إثراء من حيث المصادر والمراجع بمختلف اللغات الأجنبية الأخرى.

أما فيما يخص **الدراسات السابقة** حول الموضوع، فإنه لم يقع بين أيدينا سوى الدراسات التي قام بها **الدكتور عمر بوفتاس**، خاصة دراسته حول البيو–اتيقا والتي اعتمدنا عليها كثيرا. لم نشأ التركيز على غيرها رغم وجود الكثير من الدراسات في موضوع الحال في الآونة الأخيرة بخلاف مرحلتي الليسانس والماجستير. قد يقول ناقد أن الأجدر بكم كان الإطلاع عليها والخوض فيها، نردّ أن الانغماس في الدراسات التي بهر بها الدكتور **بوفتاش**، كل من غاص فيها وتأملها لم يكن بوسعه الميل عن سواها. كان الإنجذاب العملي والعلمي وحده كفيلا بدحض أي فكرة أو غيرها في الوقت الذي كنّا نريد إثبات

أطروحتنا دون الحياد عن هذا المسار، لأن معرفتنا بموضوعنا، المعرفي كمعطى أولى جعلنا نتشبّث بهذا المسار.

الفصل الأول

مفاهيم ومبادئ

المبحث الأول : التمييز بين المفاهيم الإتيقية

المبحث الثاني : مبادئ الفكر البيو–إتيقي

المبحث الثالث: مجالات البيو–إتيقا

تعتبر مشكلة العلاقة بين الفلسفة والعلم، رغم قِدم طرحها، من بين أهم المشكلات الفلسفية المعاصرة الكبرى. الذي يجسدها مبحث الأخلاقيات الذي تجلى أكثر من ذي قبل، خاصة بعد التطور التقني العلمي في شتى الميادين، كالإنجازات الطبية الحديثة التي جعلته يبرز بشكل لافت في الآونة الأخيرة. ثم أن مخلفات الحربين العالميتين من معاهدات وإلزامات، كمعاهدة نورمبرغ، والتجارب المختلفة على الإنسان والحيوان، وكذا تقنيات البيولوجية الجزئية* وبحوث اليوجينيا (تحسين السلالة الإنسانية) من خلال تقنيات الهندسة الجينية، مشروع الجينوم البشري، تقنيات الاستنساخ وغيرها من التقنيات الحيوية، جعلت الإنسان يدق ناقوس الخطر لكونها تشكل تهديدا مباشرا أو غير مباشر على مستقبله ومصيره وإنسانيته، ما مسّ بالدرجة الأولى كرامته. وأضحى تأطير القواعد الأخلاقية للنشاط الإنساني في الممارسة المهنية – بغض النظر على طبيعتها – أكثر ضرورة من ذي قبل .

إن الاهتمام الشديد بالأخلاقيات حاليا، يجسد نشاط الفلسفة الأخلاقية بثوب جديد، مسايرة للتطور الحضاري التقني والعلمي. ما يثبت ذلك، أنها أصبحت جزء من الخطابات الأكاديمية، حيث غزت كل ميادين الحياة (الصحافة، القضاء، السياسة، الطب والبيولوجيا..) (**Le Retour à l' Éthique**). فإذا كانت **جاكلين روس** قد تحدثت عن الأخلاق النظرية على أنها" محل طلب في كل مكان، تغرس بمشقة معاييرها وقيمها في أرض هي أساسها ومسوغها"[1] فإن الأخلاق التطبيقية قد تجاوزت حد الطلب إلى التأطير القانوني، مادام نشاط الإنسان تحكمه قواعد معينة.

---

* البيولوجية الجزئية: Biologie moléculaire علم يختص بدراسة الجزئيات التي تنقل المورثات أو الجينات **الدنا والأرن ADN etARN** وتقوم بتحليل بنية الجينوم Génome وتغيراته المفاجئة (الطفرات mutations) ومختلف الميكانيزمات السوية أو المرضية للمورثات .وأحيانا تحدد تقنيات دراسة الجينات. نقلا عن :
Larousse , **Larousse médical**, encyclopédie multimédia , la référence en médecine, Movizdb-com .

[1] جاكلين روس، **الفكر الأخلاقي المعاصر**، تر: عادل العوا،(ط1، لبنان :عويدات للنشر والطباعة، 2001) ص 10

فما يشهده العلم من تطور في كل الميادين، خاصة المجال الحيوي وهو موضوع دراستنا، يقتضي الأخذ بمبدإ المسؤولية وتحمل تبعات تطبيقاته التي قد تتعارض مع القوانين والمعتقدات السائدة. لأن أساس كل الأفعال الواعية الحرة نابع من الضمير الأخلاقي .

ولكون دراسة الأخلاق بصفة عامة لا يمكنها تغيير سلوك الإنسان أو طبيعته رغما عنه، إلا أنه بإمكانها تهذيبه وإرشاده إلى ما ينبغي أن يكون دون أن تجبره على فعل ذلك. ففي هذه الحالة، هل يُترك الممارس في المجال الطبي والبيولوجي لضميره الخلقي فحسب؟ أم لابد من قواعد وإلزامات تُفرَض عليه أثناء ممارسته؟ وفي حالة مخالفته لها، هل يتعرض للمساءلة ؟

على ضوء ذلك، انبثقت أخلاقيات معاصرة تحاول البحث في مبادئ وقيم جديدة للحد من بعض التجاوزات غير الإنسانية ناجمة، عن تطبيقات التقنيات الحديثة، لاسيما في العلوم الحياتية. هذا ما يجسّده الفكر الأخلاقي الجديد، المتمثل في الفكر البيو–إتيقي.

فحسب دراسات الباحث الكندي **غي ديوران**، لا يمكن تحديد طبيعة البيو–اتيقا وفهمها إلا قياسا على مصطلحات أخرى وفروع مختلفة ورغبتها الجامحة في التمييز عنها، أو أن تحل محلها، وهي **الأخلاق** و**الإتيقا وما بعد الأخلاق** (**La Morale, l' Éthique et la Méta éthique**).

لهذا نود في إحدى مباحث هذا الفصل أن نميّز بين المصطلحات ونحدّدها. لأن من بين رهانات الفلسفة في هذا الميدان هو إزالة اللبس عنها، حيث نَجد الكثير منا لا يميّز بين المصطلحين: (الأخلاق والإتيقا). بل يَجِدُ صعوبة في تكييفهما إلى اللغة العربية، إذ يرجعونهما إلى معنى واحد.

لذا نتساءل، ما الذي يميّز بين الأخلاق، الإتيقا وما بعد الأخلاق ؟ وهل الأخلاق الطبية مرادفة للأخلاق الحيوية (البيو–إتيقا)؟ وما الذي يميزها عن علم الواجبات الطبية؟

وإذا كانت البيو–إتيقا، كمبحث مستقل عن تلك الميادين السابقة، ففيما تتمثل مبادئها ؟ ومجالاتها ؟

المبحث الأول : التمييز بين المفاهيم الإتيقية

إن كثرة استعمالات مصطلح الإتيقا في الميادين العلمية والأدبية، يثير الالتباس بين أغلبية الناس، خاصة ما يتعلق بعلوم الحياة والتقنيات الحيوية وما يترتب عنها من مشكلات أخلاقية يجعل من تحديد طبيعتها والبحث عن حلول لها أمرا عسيرا، فكان لابد للفلسفة من إزالة اللبس وفك الإبهام من خلال التمييز بين المفاهيم أو إعادة صياغتها وتوسيعها كمهمّة من بين مهامها الأساسية.

لذا، ففهم طبيعة البيو–إتيقا لا يمكن أن يتم إلا قياسا على مفاهيم وفروع أخرى شغلت تفكير العلماء والفلاسفة الذين أدركوا العلاقة بينها بالرغم من تميزها عنها، كالأخلاق، الإتيقا، ما بعد الأخلاق، الأخلاق الطبية و الواجبات الطبية .

إذن فما الذي يميز هذه عن تلك ؟

1- الأخلاق والإتيقا: La Morale et L'Ethique

إن الكثير من الباحثين والمفكرين يستخدمون المصطلحين كمرادفين، في حين نجد اختلافا بينهما:

فمصطلح الأخلاق **La Morale** مشتق من أصل روماني **Moralis**، يقصد بها سلوك الفرد البشري، ويدخل ضمن العادات الفردية، الاجتماعية أو قواعد السلوك. بينما مصطلح الإتيقا **L'Éthique** مشتق من أصل إغريقي **Ethikos** يستخدم للتعبير عن نظام أخلاقي معياري للمجتمع، يعمل على توجيه الأفراد نحو الحق والواجب والفضيلة. فهي تدخل ضمن مجال القيم الاجتماعية[2].

لذا ميّز المحلل النفسي الفرنسي **لورانس بونون Bounon Laurence** بين المصطلحين

---

[2] Philipe Perrot « **de la morale à l'éthique , essai sur Marcel conche** » in Revue de l'association des professeurs de philosophie de l'enseignement public (Mars Avril, 2007) p23.

في كون "الأخلاق تحدد واجبات كل إنسان، بينما الإتيقا هي خطاب يبحث عن تحديد المعايير الإنسانية "[3].

والسبب في استعمال بعض المؤلفين للمصطلحين بنفس المعنى، هو جعل الإتيقا تتمحور حول ثلاثة مضامين:

المضمون الأول يبحث في قواعد السلوك وتحليل القيم وأسسها والبحث في طبيعة مبدإ الواجب لاستخلاص المعايير التي يقوم عليها. الثاني يهتم بالممارسات العملية في الميدان لتحديد القيم والعمل على كيفية تجسيدها في الواقع. أما الثالث، فيعتبر الإتيقا نسقا معينا من التفكير، يختلف من فيلسوف لأخر، كقولنا إتيقا **كانط**، إتيقا المنفعة، وكذلك الاختلاف في العقائد، كالقول: إتيقا مسيحية، تترجم القيم المسيحية وغيرها من المعتقدات، بالرغم من أن البعض حصروا الإتيقا في المضمونين الأوّلين، بينما نجد الأخلاق ترادف علم الخير والشر الذي يهتم بدراسة الأسس الأخلاقية [4].

على ضوء ذلك، يمكن أن نميّز بين المصطلحين من خلال المقاربة الكانطية بحيث أرجع **إيمانويل كانط Emmanuel Kant** الإتيقا إلى الأوامر المطلقة (أوالصارمة) **impératif catégorique**، والموضوعية المجردة من أي فائدة أو غاية مرجوة من الفعل، تُصنّف ضمن الواجبات لذاتها (الواجب من أجل الواجب)، بينما الأخلاق تُرجع إلى الأوامر الشرطية **impératif hypothétique** المرتبطة بالوسائل لبلوغ الغايات، وفي هذه الحالة تكون نسبية، لأنها محصورة ضمن الخطاب الذي يبحث عن المعايير الإنسانية، ما يجعلها قابلة للتغيير أو الرفض[5]. هذا لا يعني أن موقف **كانط** ينطبق على جميع الفلاسفة .

---

(3) Eric Fouassier ,**Morale, éthique et déontologie pour une approche nuancée** (Paris-Sud : Académie Nationale de Pharmacie، Univ ، 2017) p6

(4) غي ديوران ، **البيو –اتيقا الطبيعة، المبادئ ، الرهانات** ، تر: محمد جديدي، (ط1، المغرب : جداول للنشر والترجمة والتوزيع، 2015) ص 41.

(5) Eric Fouassier , **Morale, éthique et déontologie pour une approche nuancée** , p6.

ومن الدراسات الفلسفية أيضا التي تميز بين المصطلحين، نجد دراسة الفيلسوف الفرنسي **مارسيل كونشي Marcel Conche** الذي كرس جزءا كبيرا من كتاباته لدراسة **الأخلاق La Morale** ، حيث يؤمن بإمكانية معرفة الحقائق الأخلاقية بالرغم من عدم وجودها بصفة أبدية. ومادامت تشير إلى حقوق الإنسان، فهو يؤكد أن تأسيس الإتيقا **L'Ethique** يجب أن يكون على الأمور المطلقة وليس على المعتقدات أو الدين أو النظام أو غيرها. والمطلق عنده يتمثل في العلاقة الجدلية بين الإنسان والطبيعة. لأجل ذلك، يؤكد على حرص الفلسفة في البحث عن نقاط الإختلاف بين المصطلحين، بدل البحث عن النقاط المشتركة بينهما.[6] إن كان الأمر كذلك، فما الذي يميز المصطلحين عن ما بعد الأخلاق **Méta-éthique** ؟

- ما بعد الأخلاق: La Méta-éthique

ما بعد الإتيقا فرع من الأخلاق تعمل على نقد وتحليل المعايير والقيم الأخلاقية السائدة. أدخلتها الوضعية المنطقية التي استُلهِمت من مصطلح **أرسطو** "ما بعد الطبيعة " "ميتافيزيقا" واعتبرتها ما بعد الأخلاق.

فهو علم يعلو على الأخلاق المعيارية ويسبقها، إذ يدرس منطق الأحكام الأخلاقية من خلال تحليل منطقي للغة علم الأخلاق ودلالات تلك الأحكام، دون الوصول إلى نتائج محددة تبين ما هو خير وما هو شر. [7]

وتقترح المفكرتان **أوفيلي ديمون Ophélie Démons وجوسلين ماكلور Maclure Jocelyne** في مقالهما **«MÉTA ÉTHIQUE ET PHILOSOPHIE NORMATIVE : DEUX APPROCHES»:**

مقاربتان مختلفتان لما بعد الأخلاق وتهتمان بالأسئلة المعيارية.

-" المقاربة الأولى لـ **روان أوجيان Ruwen Ogien** التي تُعطي الأولوية لمسألة معاني الألفاظ والتراكيب اللغوية ودراسة العبارات، بحيث نجد علم المعاني عندها يُلهِم الفكر

---

[6] Philipe Perrot ، « **de la morale à l'éthique, essai sur Marcel conche** », p23.

[7] م.روزنتال وب. يودين ، **الموسوعة الفلسفية** ، تر: سمير كرم (ط1، بيروت : دار الطليعة للطباعة والنشر، 1974) ص 425

الميتاتيقي ويجعل منه منبعا لما بعد الأخلاق." [8]

-" المقاربة الثانية تجد مصدرها لدى **جون راولس John Rawls** ومن تبعه فيما بعد، وتحمل من جهتها المسائل المعيارية كنقطة انطلاق، دون إهمال التفكير الميتاتيقي أو المعنى في ما بعد الأخلاق، الذين يثاران بألفاظ مختلفة، تتضح أنها شديدة الصلة بها، خصوصا عند المهتمين بالمسائل المعيارية. لكنها تنتهي مع ذلك لما يسميه **راولس « Minimalisme »** الميتاتيقية والتي تتطلب عددا معينا من الإضافات ." [9]

ما يمكن استخلاصه هو وجود تداخل شديد بين الإتيقا وما بعد الأخلاق لا يمكن تجاوزه، هنا تكمن صعوبة تحديد طبيعة الفكر البيو-إتيقي .

2-/-من الإتيقا الطبية إلى الواجبات الطبية De L'éthique médicale à la déontologie médicale :

إذا كان علم الواجبات هو الصيغة القانونية للأخلاق التي تهدف إلى حماية حقوق الإنسان وتحقيق منافعه، فإن هذه الصيغة القانونية نابعة عن إتيقا تعكس سمو الإنسان وتميزه عن باقي الكائنات[10].

على ضوء ذلك نتساءل، هل الإتيقا الطبية مرادفة للواجبات الطبية ؟

أ /- الإتيقا الطبية :/L'éthique médicale -

إذا كانت الإتيقا الطبية تدخل ضمن أخلاقيات المهنة التي تُطبَّق على الذين يشتغلون في مهنة الطب وتفرض الإلتزام بها، فإنها تُحدّد وتُحلّل المبادئ، القيم والنقاشات التي تُشكل رهانا في حالة العلاج ، أو البحث أو في سياسة الصحة العمومية مع تحمل

---

[8] Ophélie Démons et Jocelyne Maclure **« MÉTAÉTHIQUE ET PHILOSOPHIE NORMATIVE : DEUX APPROCHES »** in revue les ateliers de l'éthique, numéro 1 ,Centre de recherche en éthique de l'université de Montréal, 2019,p101

[9] Ophélie Démons et Jocelyne Maclure **« MÉTAÉTHIQUE ET PHILOSOPHIE NORMATIVE : DEUX APPROCHES »**, p 101

[10] Raymonde Moch et al، **Ethique et société** (paris :Armande Colin, ,1997) pp136 -137.

المسؤولية تجاه التداعيات الأخلاقية[11]، لأن العلاقة بين الأطباء والمجتمع قائمة على أساس الثقة، وإن حدث و تمّ خرق الالتزامات الإتيقية، ككتمان أسرار المرضى مثلا، فسوف تنهار تلك العلاقة لا محالة .

لذا فالتساؤلات الأخلاقية التي تُطرح في الإتيقا الطبية، تتمحور حول تبعات التطورات الحديثة لعلوم الحياة والتقنيات الطبية المختلفة، كتقنيات التحكم في الولادة بمختلق صورها، الأبحاث العلمية على الأجنة، الإنعاش وغيرها من التطبيقات المتطورة. فارتباط الإتيقا بالممارسات الطبية يعود إلى عدة أسباب رئيسة منها: أن الطب لا يهدف فقط إلى تخفيف آلام الغير الجسدية والنفسية وتلبية حاجاتهم، بل يمتدّ إلى رؤى أخلاقية بعيدة المدى، كاحترام الإنسان في حد ذاته.[12]

يعتبر الطبيب اليوناني **إبوقراط Hippocrate** من بين الأوائل الذين وضعوا قواعدا للإتيقا الطبية، كعلاقة الطبيب بالمريض التي تقتضي كتمان الأسرار، عدم إلحاق الأذى بالمريض، التفاني والنزاهة. لا تزال هذه القواعد لحد اليوم معمولا بها، حيث يتبين من خلالها التأطير النظري والعملي للممارسة الطبية. هذا ما يفسر كون الطب أكثر المهن اهتماما بالجوانب الإنسانية ودعوة إلى الإلتزام بالقيم والمبادئ الإتيقية .

هناك عدة دراسات حول نشأة الأخلاق الطبية وتطورها، مثل الدراسة التي قام بها الطبيب الفرنسي **جون برنارد John Bernard** الذي يرى أن الأخلاق الطبية مرت بثلاث مراحل أساسية:

-**المرحلة الأولى** تمثل **زمن الجهل Le temps de l'ignorance**: نشهد فيها بروز اتجاهات أخلاقية وفلسفية ترى أن الأخلاق الطبية لم تتطور. فرغم القفزات النوعية التي شهدها الطب في تقنيات العلاج، إلا أن مبادئها لا تزال كما وضعها **إبوقراط**. لهذا نشهد عدم

(11) Céline Lefeve, **Introduction à l'éthique médicale et la bioéthique**,(paris: puf ،2012) pp8-10.

(12) Céline Lefeve, **Introduction à l'éthique médicale et la bioéthique**, p11.

التمييز السلطة الطبية عند الإغريق والسلطة الطبية في العصر الحديث، وتم حصر مهمة الطب في السيطرة على الأمراض والقضاء عليها فحسب [13].

-**المرحلة الثانية** تسمى بمرحلة **التلعثمات** **Le temps des balbutiements** :

التلعثم يكمن في المشكلات الجديدة التي اصطدمت بالطرق القديمة للفكر. لأجل ذلك أقيم بباريس سنة 1966 مؤتمر الأخلاق الطبية، ظهر من خلاله أن الطب القديم غير فعّال ومقدّس لارتباطه بالتعويذات الخاصة بالمذهب الروحي، على خلاف الطب المعاصر الذي أثبت نجاعته وفعاليته بالتزامه بمسؤوليته، هذا ما كتبه الفيلسوف **كانغليهايم Canguilhem** :" من الآن فصاعدا، على الطب من الناحية العلمية والتقنية أن يتقبل فكرة أنه لم يعد مقدسا "[14].

أما المرحلة الأخيرة فتبدأ مع **كلود برنارد Claude Bernard** حتى **جاك مونود Monod Jacques** **وفرانسوا جاكوب François jacob** الذين اعتبروا علم الأحياء شأنه شأن العلوم الفيزيائية والكيميائية خاضعا لنفس القوانين التي تحكم الطبيعة، بمعنى الإقرار بمبدإ الحتمية المطلق الذي يحكم كل الظواهر، سواء كانت جامدة (الفيزياء، الكيمياء، جيولوجيا..) أو حية (البيولوجيا، الفيزيولوجيا)، من خلاله يمكن تفسير الظواهر بطريقة منظمة ممنهجة وفك ألغاز الطبيعة، حيث تم استبعاد التفسير الغائي القائم على الميتافيزيقا خاصة بعد تطور البيولوجيا الجزئية، وبالتالي بروز مبادئ أخلاقية تساير الأسس المعرفية الجديدة. [15] هذا يعني أن الكون عبارة عن آلة كبيرة، ومختلف ظواهره الحية والجامدة هي أجزاؤها، متفاعلة فيما بينها، وفق قوانين ونظام ثابت، تخضع لمبدإ الحتمية المطلق .

---

(13) Jean-Bernard ,**De la biologie à l'éthique** (paris: édition buchet , chastel, 1990)p23

(14) Jean-Bernard ,**De la biologie à l'éthique**, p23

(15) Ibid., pp25-24

إذن فالأخلاق الطبية ترتكز على الجانب المعرفي والجانب السلوكي المهني (الطبي)، كما أنها ذات طابع إلزامي مفروض على الطبيب. لكن في الوقت نفسه فهي لا تستوجب أي عقاب أثناء مخالفة تلك الإلتزامات (الأخلاقيات)، هذا ما يميزها عن الواجبات الطبية. والأمثلة في ذلك لا حصر لها، تبعا لما أوردته جمعية **الطب العالمية** من حالات في مناشيرها، نلتمسها من خلال هذه التساؤلات: هل يعاقب الطبيب الجراح عندما يستعمل تقنيات قديمة تجاوزها الزمن قد تؤدي إلى إطالة مدة العملية ومدة الاستشفاء وتسبب للمريض آلاما إثرها !؟ وهل يعاقب أيضا عندما يتلفظ بكلام مستهجن أثناء العمليات الجراحية، مما قد يؤدي إلى نفور الممرضات منه؟ وهل تعاقب ممرضة متعاقدة مع مؤسسة الأبحاث الطبية تحت إشراف هيئة أخلاقية على اختبار دواء جديد لنوع من الأمراض أو الإلتهابات على مريض ما؟ إلى غير ذلك من الحالات والوضعيات. ألا يمكننا القول حينئذ، أن الأمر يعود إلى ضمير كل واحد منا؟

ولأهمية الإلتزام بالقيم الأخلاقية في الممارسات الطبية، عمدت **الجمعية الطبية العالمية** إلى إدراج الأخلاقيات الطبية ضمن مواد التدريس الإجبارية بمعاهد الطب في جميع أنحاء العالم، لهذا نشرت كتابا بعنوان "**الأخلاقيات الطبية**" توضح فيه أهداف تدريسها ودورها وأهميتها وتمكين الطلبة من إيجاد حلول للأوضاع الشائكة، انطلاقا من قواعد موضوعية، إلى غير ذلك من أسباب نشره.

فقد اعتُبِرت الأخلاقيات فرعا أساسيا في الطب منذ عهد **إبوقراط** الذي من خلال قسمه والتزام الأطباء بمبادئه علنيّا، يظهر ذلك الترابط الشديد بينهما، القائم على وضع مصلحة المريض فوق كل اعتبار، حيث تأثرت مؤخرا بتطور مفهوم حقوق الإنسان. وما يثبت ذلك، هو أن مختلف الاتفاقيات والمعاهدات الدولية الخاصة بحقوق الإنسان، ما هي إلا قاعدة للأخلاقيات الطبية التي تسن وتضبط القوانين التي تفرض على ممارسيها الإلتزام بها وإتباعها في مختلف القضايا التي تواجههم، سواء أثناء علاج المرضى أو أثناء القيام بأبحاث علمية. كما أنها تهتم بالمشاكل التي تعترض الأطباء في حالات

الإعتداء على حقوق الإنسان والتهجير والتعذيب، إضافة إلى قضايا أخرى لها علاقة بوضعية العلاج، وبإحقاق الحق في ذلك، وبالتساؤل، هل هو حق يتمتع به كل الناس؟ كل هذا يوحي إلى ارتباط الأخلاقيات بمسألة الحقوق[16]. يجب التنويه أن هناك اختلافا في كيفية سن القواعد والمبادئ الخاصة بالأخلاقيات المفروضة في المهنة، حسب الإتجاهات الفكرية والدينية والفلسفية الخاصة بكل مجتمع، إلا أن هذا الاختلاف لا يمنع من الاتفاق على حقوق أساسية أخلاقية تتجاوز الحدود الجغرافية، كالحق في الحياة وحق المساواة ومبدإ تكافؤ الفرص في الصحة والعلاج والاستفادة من المنافع واحترام مبدإ الكرامة الإنسانية وكل ما يشكل إنسانية الإنسان. فما يشهده العالم حاليا من فوبيا وتوتر في صراعه مع فيروس كوفيد-19، أو ما يُعرف عموما بالكورونا التي هزت نفوس شعوب العالم، لدليل قاطع على وحدة القيم الإنسانية، بالرغم من أن الصين الشعبية هي مصدر الجائحة التي زهقت مئات الآلاف من الأرواح ولا تزال، إلا أنها ساعدت ايطاليا التي تعتبر حاليا محجورة دوليا- بتوقيت كتابة هذه الأسطر- بمختلف الوسائل الطبية وحتى البشرية منها، حيث تطوّع أطباء صينيون لمساعدة زملائهم الإيطاليين الذين أبانوا عن عجز مادي ومعنوي أثناء محاولتهم الاعتناء بكل المصابين بهذا الداء. مما يعني أن الإنسانية واحدة رغم اختلاف المكان والزمان، كما نوّه لذلك الفيلسوف الفرنسي **ألان Alain** حين اعتبر أن العرق الوحيد والأوحد هو الإنسانية.

ما يمكن استخلاصه، هو أن بعض الأخلاقيات المفروضة على الطبيب مع مرور الوقت، أخذت صبغة شرعية من الأجدر ألاّ يحيد عنها الأطباء أثناء ممارساتهم المهنية إلا في حالات استثنائية. فحسب قرارات المنظمات والجمعيات الطبية العالمية، لا يمكن اتخاذ إجراءات تأديبية ضدهم في حال مخالفة القواعد والتشريعات المفروضة في بلدانهم. هذا ما يقودنا إلى الحديث عن الواجبات الطبية .

---

(16) جون ويليامز، **الأخلاقيات الطبية**، تر: محمد الصالح بن عمار،(بلجيكا : الوحدة الأخلاقية لجمعية الطب العالمية، 2005) ص8.

فماذا نعني بها ؟ و ما الذي يميزها عن الأخلاق الطبية؟

-ب-/ الواجبات الطبية: Déontologie

لو بحثنا عن مضمون مصطلح الواجب، "نجده مرتبطا من حيث الدلالة بالوجوب الأخلاقي في ذاته، بمعزل عن أي قاعدة عمل خاصة" [17]. مع العلم أن **ايمانويل كانط** هو أول من وضع هذا المصطلح من الناحية الفلسفية، بحيث ميز بين نوعين من الواجب: الواجب لذاته الذي لا يخضع لأي شرط وقيد أو قاعدة، على خلاف الواجب في ذاته (الذي يرتبط بغاية ما أو شرط أو ما شابه ذلك).

لكن عندما وُظِّف المصطلح خارج المجال الفلسفي، ارتبط بسرعة بالجانب التطبيقي للمهن، لا سيما المهن الحرة، كالصحافة والمحاماة والطب الأكثر اهتماما بهذا المبدإ، لكونه يتناول الجوانب الإنسانية، حيث تُفرَض الإلتزامات، المبادئ، الضوابط الأخلاقية وغيرها، كضرورة العمل المشترك. لأجل ذلك اقترن هذا المبدأ بالقوانين التي وضعتها الدولة[18].

أما الإستعمال الأول باللغة الفرنسية لمصطلح الواجبات المهنية ذو الأصل اللاتيني، يعود إلى حدود 1825 عندما ترجم كتاب الفيلسوف الإنجليزي **جرمي بنتام Jérémie Bentham** بعنوان :

L'Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science:

الذي يعني بها مجموعة من القواعد والإلزامات، فهي "مرادفة للأخلاق**Casuistique**[19] " تلك القواعد و الإلزامات أصبحت أكثر وضوحا في صيغة منفعية في كتاب آخر بعنوان: "**Déontologie ou science de la morale** " صدر عام 1833، أوضح من خلاله

---

(17) أندري لالند، **موسوعة لالند الفلسفية**، تر: خليل أحمد خليل ، (ط2 ، بيروت: منشورات عويدات ، 2001) ص ص 271 -272.

(18) Lucien Aubert et al, **législation , éthique et déontologie,** nouveaux cahiers de l'infirmière,3 édition , Masson, Paris,2003

(19) Jérémie Bentham , **l'Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science,** George bentham (paris:1825) p200 .

جرمي بنتام Jérémie Bentham أن هدف علم الواجبات هو تعليم الإنسان كيفية تسيير عواطفه، بحيث تجعله قادرا على تحقيق منافعه والعيش في رفاهية. إذ لكل إنسان همومه ورغباته الخاصة به، لا يشاركه فيها أحد، كما يهدف أيضا إلى تعليم كيفية إنتاج منافع أخرى، أو بالأحرى تكون مصدرا لها[20]. بهذا ارتبطت الواجبات بالنظرية النفعية للأخلاقيات التي تتلاءم مع طبيعة الفرد الذاتية .

على هذا الأساس، يمكننا ضبط مصطلح الواجبات الطبية، حسب القانون الجزائري رقم –276 المؤرخ في جويلية عام 1992 كمايلي: "مجموعة من المبادئ والقواعد والاستعمالات التي ينبغي على كل طبيب، جراح أسنان وصيدلي أن يلتزم بها في مهنته ". [21]

على سبيل المثال، تنص المادة رقم 04 من القانون الجزائري" أن أهلية الطبيب تُحدَّد في الدفاع عن الصحة الجسدية والعقلية للمريض والتخفيف من آلامه واحترام كرامته، بغض النظر عن جنسه وعرقه ودينه ووضعه الاجتماعي والإيديولوجي، سواء في حالة السلم أو الحرب." [22]

نظرا لأهمية وضرورة الواجبات الطبية على كل المستويات الصحية أو القانونية، ووفق احتكاكاتنا بطلبة الطب، أدرجت وحدة الواجبات الطبية والأخلاق الطبية ضمن برامج كليات الطب عندنا في الجزائر. ففي السنة الأولى، تدرس وحدة الواجبات الطبية التي تهدف إلى التزام الطبيب بالمبادئ الأخلاقية تجاه المرضى، أو إلى كيفية التعامل مع المواضيع حول التجارب الطبية وتقنيات نقل وزرع الأعضاء وتقنيات التحكم في الولادات، أو ما يسمى بالإنجاب الصناعي. ثم يعاد إدراجها في السنة السادسة من الدراسات

---

(20) Jérémie Bentham , **Déontologie ou science de la morale** ,John Bowring,charpentier (paris: 1834) pp37-38.

(21) Abdelhafid Ossoukine,**l'éthique biomédicale** (édition dar el Gharb : Oran,2000) pp21- 22.

(22) M.Bessaha « **La place de l'éthique et la déontologie médicale dans l'exercice médical en Algérie** » (Alger : colloque international sur les politiques de santé، 2014) ,p13 .

الطبية، يضاف إليها موضوع الإلتزام بمبدإ كتمان أسرار المرضى والمسؤولية الطبية المدنية والجنائية وحالات الإجهاض بنوعيه: العلاجي والقصدي الجنائي، وتدريس الوحدة يستمر حتى السداسي الأخير من التخرج، هذا يثبت ضرورة وأهمية الإلتزام بالمبادئ الأخلاقية في الممارسات الميدانية(الطب).

فالواجبات الطبية إذن، تحتوي على مجموعة مبادئ وقواعد واستعمالات يجب على الطبيب مراعاتها وتطبيقها أثناء الممارسة المهنية. وحسب المجلس الطبي الوطني الفرنسي، فالسؤال الرئيس المطروح في هذا الميدان، تتمحور حول ما ينتظره المريض والمجتمع من الطبيب؟ وحول التوقعات التي قد تكون متعارضة مع تصوراتهم؟ لأن الجواب يكون مرتبطا بالأخلاقيات، ولا يتعلق فقط بسنّ وتشريع القوانين. حيث أن الأخلاق هي من تزوده بالقواعد الملائمة التي يحتاجها، لأجل تحديد متطلباته المهنية، مع الأخذ بعين الاعتبار أفكار الجماعة التي تلعب دورا أساسيا في اتخاذ القرار. لهذا تتم مراجعة قواعد الواجبات الطبية في كل مرة، رغم كونها موضوعة على شكل قانون **Code de déontologie**.[23]

إن قانون الواجبات الطبية**Code de déontologie** بصفة عامة، قائم على مبدإ احترام كرامة الإنسان وحياته والقيم الإتيقية، كالتحلي بالنزاهة، التفاني في العمل، الاستقلالية المهنية والخوض في المسائل الطبية الشائكة، كالموت الرحيم والإجهاض وغيرهما من التقنيات الحديثة الوراثية منها، بالخصوص إذا ما كانت تجاوزاتها غير أخلاقية، ففي هذه الحالة، تطلب الشرعية والصبغة القانونية.[24]

ما يمكن استخلاصه، هو أنه من الصعب وضع حد فاصل بين الأخلاق الطبية والواجبات الطبية، لكون هذه الأخيرة صيغ قانونية ليس إلا، يكون تجسيد الأخلاق الطبية

---

(23) Jean Jacques Ronbouts et al**, Introduction à la déontologie médicale** ,(conseil National de l'ordre des médecins, 2017/2018) p7.

(24) Francis Gold et al, **Repères et situations éthiques en médecine (** paris :édition marketing 1996) p15.

على شكل نصوص دستورية يعاقب عليها القانون في حال مخالفتها، بيد أن الأخلاقيات الطبية في الوقت نفسه متعلقة بالضمير الخلقي، فهي تُترك لحرية الممارس الذي يلتزم بها وجوبا.

فإذا كانت مضامين قوانين الواجبات الطبية تتعدل في كل مرة، مع الإبقاء على المبدإ الجوهري، ألا وهو الأولوية القصوى لمصلحة المريض، فإن سبب التعديل يعود إلى عدم استيعاب المسائل الجديدة التي أثارتها التطورات السريعة في مجال التقانة الحيوية، هذا ما يستدعي الإحاطة الشاملة بكل جوانب القضايا الشائكة مع تدخل ميادين أخرى (سياسية، اقتصادية، فلسفية، دينية، قانونية...) تعمل على سنّ وتشريع المبادئ والقوانين التي تُلزم ممارسيها تطبيقها أو حل المشكلات الناجمة عن التقدم التقني في الميدان. مجموع التأملات الفكرية لتلك الميادين تشكل ما يسمى **بالبيو–إتيقا La Bioéthique.**

وبما أن البيو–إتيقا تعتني بالجوانب الأخلاقية لنتائج العلوم الحياتية، فما الذي يميزها عن الأخلاق الطبية؟

-ج-/ من الواجبات الطبية Déontologie Médicale إلى البيو–اتيقا La Bioéthique

إن التطور السريع في المجال البيوطبي أثار تساؤلات كثيرة حول القيمة الأخلاقية للنتائج المترتبة عن التقنيات الحديثة التي لم تستوعبها الأخلاق السائدة، القائمة على السلطة الأبوية (الطبيب هو سيد القرار)، مما أوجب التفكير في مبادئ وقواعد أخلاقية تساير ذلك التطور وتتجاوز ميدان الطب والبيولوجيا إلى تخصصات أخرى لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالمسائل الشائكة التي لم يستطع لا الطبيب و لا البيولوجي حلّها بصفة منفردة. على إثر ذلك، انبثقت البيو–إتيقا كفكر أخلاقي جديد.

عندئذ نتساءل عن مفهوم البيو–إتيقا ؟

في البداية نشير إلى أن مصطلح **بيو–إتيقا** هو ترجمة لكلمة إنجليزية **Bioethics** استخدمت عام 1970 من طرف العالم الأمريكي البيولوجي المختص في مرض السرطان **بوتر فان رنسلير Potter Van Renslair.** مع العلم أن ترجمة المصطلح باللغة الفرنسية هي

Bioéthique، نشير هنا أن استعمال المصطلح عند الفرنسيين والأمريكيين مختلف: فمصطلح **Bioethics** هي صيغة جمع لأخلاقيات علوم الحياة من الناحية العملية التطبيقية، بينما **Bioéthique** باللغة الفرنسية، هي صيغة مفردة يعني بها الفكر الأخلاقي لتلك العلوم من الناحية النظرية. لأجل هذا لا يزال النقاش حول المصطلح قائما لحد الساعة . فالاستعمال الأول للمصطلح ظهر في مقال للعالم **بوتر فون رنسلير** بعنوان: "**البيو-إتيقا، علم البقاء على قيد الحياة** " والذي نشر في دورية أمريكية وأعيد نشره كفصل في كتاب آخر يحمل عنوان: "**البيو-اتيقا، جسر نحو المستقبل**"، يوضح فيه المشروع الأخلاقي المعياري للعلوم البيولوجية يصبو من خلاله تحسين نوعية الحياة، بعد إدراكه وجود هوة شاسعة بين التقدم العلمي الذي شهدته العلوم الطبية، البيولوجية والمعارف العلمية بصفة عامة، والتأخير في وضع القواعد الأخلاقية التي تساير ذلك التطور. لأجل ذلك " أعلن تأسيس علم جديد: علم البقاء أو الإستمرار على قيد الحياة، وهو علم يرمي إلى إقامة تحالف بين علوم الحياة(**Bio**) والقيم الإنسانية والقواعد الأخلاقية (**Ethics**)." [25] هذا يعني، أن غاية البيو-إتيقا كفرع معرفي جديد، يتجاوز الميدان الطبي /البيولوجي إلى فروع وتخصصات أخرى كنسق فكري شامل .

على هذا المسار، يمتدّ هدف البيو-إتيقا في إيجاد حلول للمشكلات الأخلاقية بطريقة شاملة ومنظمة، وفق مبادئ عامة محتضنة لكل مجالات المعرفة، كمقاربة نسقية علمانية . هذه المقاربة تحدّث عنها المفكر**غي ديوران Guy Durant** في كتابه "**البيو-اتيقا الطبيعة، المبادئ، الرهانات**" إذ يرى أن البيو-إتيقا لا تتوقف فحسب عن البحث في إيجاد حلول بشكل جزئي للمشكلات الأخلاقية، منفصلة عن بعضها البعض، بل تبحث عن التماسك فيما بينها في إطار منظم مترابط، وفي ظل تفاعل مع ميادين أخرى، متفادية بذلك الإحراج الأخلاقي من خلال الإلتزام بالمعايير والمبادئ والقواعد العامة الذي يعتبر

---

[25] عمر بوفتاس، **البيواتيقا: الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيواتكنولوجية**،(المغرب : إفريقيا الشرق، 2011) ص14.

من أبسط رهاناتها. لهذا فالبيو–إتيقا مقاربة علمانية شاملة ونسقية متعددة التخصصات [26]على خلاف وجهة نظر **اندري هيليغرز André Hellegers** الذي حاول تضييق معنى البيو–إتيقا وحصرها في القضايا الطبية والبيولوجية وتداعياتها الأخلاقية فقط .

أما من الناحية اللغوية المحضة، فالمصطلح مركب من لفظين: بيو **(Bio)** يعني علم الحياة و**éthique** تعني الأخلاقيات. بهذا تكون الدلالة اللغوية للمصطلح : التفكير بالقيم الإتيقية التي تخضع لها العلوم الحياتية. ويفضّل البعض ترجمتها بأخلاقيات الطب والبيولوجيا. مع العلم أنه لا يزال هذا المصطلح محل نقاش في الفكر الغربي. فمثلا في الدول الأنجلوساكسونية، نجده مقترنا بالأخلاق الطبية التي تعتني بالمشكلات الناجمة عن التجارب على الكائنات الحية(الإنسان بالخصوص) والتقنيات البيوتكنولوجية ومختلف تطبيقاتها، كالمساعدة الطبية على الإنجاب والهندسة الوراثية. [27]

لأجل ذلك يرى **بوتر فون رانسلير** أن ليس كل ممكن تكنولوجيا وتقنيا يكون سليما أخلاقيا، لذا يوصي بالبحث عن ضوابط أخلاقية للتقنيات الحديثة التي مست الطبيعة بكل كائناتها، الإنسان، الحيوان والبيئة. لأن الحياة برمّتها في خطر.

ففي خضم التعاريف المتعددة، يصطدم الباحث بصعوبة ضبط مصطلح البيو–إتيقا، لذا نجد تعاريفا عدّة، كل تعريف يركز على جانب معين حسب الاتجاهات الفكرية السائدة أو المتداولة وهذا ما يمنح لها هويّة غير ثابتة وقابلة للمناقشة .

نأخذ تعريف **جلبير غوتوا Gilbert Hottois:**

مصطلح البيو–إتيقا يعني مجموعة أبحاث وممارسات وخطابات متعددة التخصصات تهدف إلى توضيح و إيجاد حلول لأسئلة ذات أبعاد أخلاقية أثارها التقدم

---

[26] غي ديوران، **البيواتيقا الطبيعة ، المبادئ ، الرهانات**، ص50.

[27] Henri Brunswic et al ,**Initiation à l'éthique médicale** , p22

والتطور في المجال البيوطبي[28]. هذا يعني أن اهتمامات البيو–إتيقا هي التساؤلات التي أحدثتها التطبيقات البيوطبية والتقنيات العلمية التي تتدخل في حياة وموت الكائن، وكذا في جسد الإنسان ودماغه والتجريب عليه، بل أكثر من ذلك،اهتمت بالمسائل الإيكولوجية التي يطلق عليها بأخلاقيات البيئة ومسائل أخرى.

فالبيو–إتيقا إذن ليست بعلم ولا بمذهب ولا بأخلاق جديدة، بل تطبيقاتها وخطاباتها تجتمع في نقطة تلاقي مع عدة ميادين، من طب، بيولوجيا، علوم إنسانية، اجتماعية وعلم النفس وميادين أخرى ليست بالضرورة علمية، كالفلسفة والدين[29]. لذا قال **غي ديوران Guy Durant** البيو–إتيقا" تشير إجمالا إلى التفكير المهيمن منذ عشرين سنة على مختلف الحقول الفرعية، حول المسائل المطروحة من قبل التقدم البيو–طبي."[30]

ولتأكيد هيمنة هذا الفكر الذي أشار إليه **غي ديوران Guy Durant**، نجد المنهاج العام لتعليم أخلاقيات الطب والبيولوجيا الذي أعدته منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، يبيّن مدى اهتمام المجتمع الدولي بهذا الفكر وضرورة تعميمه في كل أرجاء العالم. ومحتوياته تتمحور حول الأهداف التعليمية للمقرر، التعريف بالأخلاقيات الطبية والبيولوجية، تحديد المسؤوليات الاجتماعية في مجال الصحة، مشاركة المنافع وحماية الأجيال المقبلة، البيئة، المحيط الحيوي، التنوع البيولوجي وغيرها من الوحدات المقررة بحجم ساعي محدد.

المبحث الثاني :مبادئ الفكر البيو–اتيقي

لكل علم مبادئ وأسس يقوم عليها، لذا نتساءل عن المبادئ التي تقوم عليها البيو–إتيقا في معالجة قضاياها الأخلاقية المترتبة عن التطبيقات الحديثة للتقنيات الطبية

---

(28) Gilbert Hottois et Jean –Noel Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique**, (Belgique : De Boeck université, 1993) p124

(29) Gilbert Hottois et Jean –Noel Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique** , p124.

(30) غي ديوران، **البيو–اتيقا الطبيعة، المبادئ ، الرهانات**، ص35.

والتكنولوجية المتطورة. ولكون هذا الحقل المعرفي الجديد تتلاقى فيه تخصصات متعددة تتجاوز ميدان الطب والبيولوجيا إلى القانون، الدين، السياسة، الفلسفة والأخلاق، يصعب تحديد المبادئ التي يمكن أن تستند إليها .

لقد تعددت الآراء واختلفت وجهات النظر حول تحديد المبادئ الرئيسة للفكر البيو-اتيقي،لاختلاف مذاهب وفلسفات مُنَظِّريها. فالكندي **غي ديران** في كتابه "**البيواتيقا..الطبيعة، المبادئ، الرهانات**" يرى أن الفكر البيو-اتيقي لا يبحث عن مبادئ صورية مجرّدة، مستقلة عن الواقع، بل يرغب في قواعد ومبادئ تساير الواقع الراهن بكل متغيراته. فالبيو-إتيقا حسبه تقوم على مبدأين، أحدهما ذاتي والآخر موضوعي :

- مبدأ احترام الحياة الإنسانية ومبدأ احترام الاستقلالية الفردية الذاتية، إلا أن هذين المبدأين لا يلغيان المبادئ المؤكدة والقواعد التي تتضمنها مختلف النظريات الإتيقية الكبرى، كمبدإ المنفعة، مبدإ الكونية و مبدأ العدالة والمساواة. [31]

هناك دراسات أخرى تُظهر لنا مبادئ غير التي ذكرناها، والأرجح أن تكون صاحبة الإجماع الكلي من طرف المنظمات العالمية واللجان الأخلاقية، لأنها مستمدة من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. نلمسها في دراسة الدكتور المغربي **عمر بوفتاس** حول البيو-إتيقا، حيث أوضح أن الفكر البيو-إتيقي تجاوز الطابع النظري الصوري للفلسفة الأخلاقية الكلاسيكية إلى البحث عن مبادئ ذات صبغة عملية تقوم باستنباط القرارات الطبية الصائبة من أصعب الوضعيات، وتوصل إلى أن الفكر البيو-إتيقي ما هو إلا مزيج بين النظريات الفلسفية القديمة والحديثة، وأن الاتجاهات البيو-اتيقية مرتبطة بشكل أو بآخر بالمبادئ، كالإتجاه المبدئي* الذي استقى تسميته من أربعة مبادئ أساسية يمكن أن تكون منطلقا ومرجعا للأطباء والباحثين في ميدان الطب والبيولوجيا، وهي مبدأ الإستقلال الذاتي، مبدأ الإحسان، مبدأ عدم الإساءة ومبدأ العدالة [32].

---

[31] غي ديران ، **البيو-ايتقا، الطبيعة، المبادئ، الرهانات**، ص ص 63-64.

* التيار المبدئي: مصطلح مترجم من الإنجليزية principlism كثير التداول في أمريكا الشمالية -وأحيانا باحتقار-

- مبدأ العدالة :

يعتبر هذا المبدأ بمثابة العمود الرئيس للفكر الأخلاقي الجديد، ذي الأبعاد الكثيرة : اقتصادية، سياسية و اجتماعية، لكونه أحد المواضيع الهامة التي ارتكزت عليه الفلسفة الأخلاقية على مر العصور. فإذا رجعنا إلى الفلسفة الإغريقية القديمة نجد أن للعدالة اتجاهين، من جهة فهي تعبِّر عن جوهر القوانين الطبيعية، ومن جهة أخرى، توضح وجود نظام مثالي اجتماعي. وهذه الصيغة الثنائية بين الحقوق والنظام (القوانين) تمتد إلى العصر الوسيط الذي يصبغها بالشرعية الإلهية، أي تأخذ طابعا دينيا. ومع بروز المدارس السكولائية، نجد اللوغوس قد أخذ بعدا انطولوجيا في جميع أشكال أنظمة المجتمع بما فيها السياسة[33].

أما في العصر الحديث، نجد نظرية الفيلسوف الأمريكي الليبرالي **جون رولز** التي نلتمس من خلالها أبعادا أخلاقية وقيما إنسانية تتماشى مع موضوع بحثنا من زاوية مغايرة في المجال الحيوي. فإذا كان شعار مذهب المنفعة (من أمثال**ج. س.مل J.S.Mill**)، **الخير الأكبر**"**لأكبر عدد من الناس**" كإحدى القواعد التي تقوم عليها العدالة حسبهم، بحيث يعطي الأولوية للمنفعة الجماعية، فإن نظرية **جون رولز** تُعّدُ بمثابة الحل البديل لتجاوز النقائص السائدة في النظرية السابقة. فهي تهتم أساسا بالمبادئ الأساسية في كيفية توزيع مختلف المنافع توزيعا عادلا من خلال البحث عن طرق تجسيد مبدإ المساواة في تحديد الحقوق والواجبات في ظل وجود الفروق الفردية [34]. لكن مبدأ المساواة في المجال الحيوي لا

يوضح المنطلق الميتودولوجي للبيو–اتيقا التي ترجع في الأساس إلى مبادئ عالمية لتحديد وتحليل ومعالجة المشكلات الأخلاقية التي ظهرت أثناء الممارسة العملية الطبية ، ويعتبر Tom Beauchamp et James Childress من مؤسسي هذا التيار وأوضحا مبادئه في كتابهما "مبادئ أخلاقيات الطب والبولوجيا. نقلا عن :

Gilbert Hottois et Jean –Noel Missa,**Nouvelle encyclopédie de bioéthique** ,p662

[32]عمر بوفتاس ، **البيواتيقا: الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيواتكنولوجية** ،ص ص 91–92

[33]Gilbert Hottois et Jean –Noel Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique**, p662

[34]جاكلين روس، **الفكر الأخلاقي المعاصر**، ص ص97–99.

يجد ضالته إذا ما طُرحت مسألة الأولوية في العلاج والرعاية وفق الحالة الطارئة والخطورة.

فإذا كان مفهوم العدالة منصبا على مجموعة من المعايير الأخلاقية التي تُوَضِح توزيع الموارد الطبية بطريقة عادلة، و تبيّن المنافع والمخاطر الخاصة بالسلوكيات المهنية الطبية، فكيف يتم توزيع الموارد بطريقة عادلة في مجال زرع الأعضاء مثلا ؟ مع العلم أن هناك عجز في تلبية حاجيات المرضى الذين ينتظرون متطوعين. فكيف يتم تحقيق العدالة فيما بينهم في هذه الحالة !؟

فالعلاقة الظاهرة بين هذا المبدإ والفكر البيو–اتيقي تتجلى في المشكلات التي أثيرت في الميدان، فإذا ما طُرِحت مشكلة توزيع الموارد بطريقة عادلة، كيف يتم عندئذ توزيع الرعاية الصحية ونفقاتها بطريقة عادلة داخل المجتمع. هذا ما أشار إليه مؤسس المبادئ لأخلاقيات الطب والبيولوجيا **توم بوشامب Tom Beauchamp** في كتابه المشترك مع **جيمس تشايلدرس James childress.** ففي أمريكا، ينفق بشكل فضيع على إجراءات عديمة الجدوى مِمَّا يشكل إهدارا للموارد التي يمكن أن تستفيد منها أقليات المجتمع والمهمشون من الرعاية الصحية. بالمقابل نجد حكومات أخرى تعاني عجزا في مواردها، خاصة أن نفقاتها في ميدان الصحة العامة، قليلة جدا. لهذا فمن الضروري التفكير في مبادئ عامة يمكن من خلالها توزيع المزايا والأعباء بطريقة عادلة، سواء على الصعيد الإقليمي أو العالمي. من هذا المنطلق، تأخذ العدالة صبغة الضرورة الأخلاقية للوصول إلى نظام رعاية صحة عادلة، يقوم على نموذج مناسب للعدالة الإجتماعية القائمة على تكافئ الفرص، بأن يحظى السود بنفس المعاملة[35].

[35] توم بوشامب، « **مبادئ أخلاق الطب الحيوي باعتبارها مبادئ عامة** » ، مجلة الكترونية في دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق(قطر: 2014) ص 45

لأجل ذلك، وضعت قواعد لمبدإ العدالة حسب تقرير **بلمونت Rapport belmont*** من خلالها يمكن تحقيق مبدإ الإنصاف في العناية وهي خمسة قواعد:

- " المساواة بين الناس في الحقوق والواجبات .
- لكل شخص حاجياته الخاصة.
- كل شخص وقدراته الخاصة.
- كل شخص وإمكانياته في المجتمع. وأخيرا لكل شخص ما يستحق."[36]

ما يمكن قوله في الختام، أن هذا المبدأ وكل ما يحمله من معاني الإنصاف والقيم الأخلاقية، كنبذ التمييز العنصري، يجسده شعار منظمة الصحة العالمية "**تحقيق الصحة للجميع**".

2- مبدأ الاستقلالية: Principe D'Autonomie

إذا كانت أخلاقيات مهنة الطب الكلاسيكية ترتكز أساسا على العلاقة بين الطبيب والمريض وتعطي السلطة في اتخاذ القرارات للطبيب، فإن الأخلاقيات التطبيقية الجديدة تقتضي منه احترام مبدإ الاستقلالية الذاتية. هذا المبدأ يقتضي قدرة الفرد على اتخاذ القرار دون أدنى ضغط أو قيد.

لذا يعتبر مبدأ الإستقلال الذاتي من المبادئ العامة التي نصت عليها القوانين الوضعية الدولية المستمدة من القوانين الطبيعية.[37] فهو مبدأ نابع من مبدإ **الكرامة الإنسانية** الذي يمثل جوهر وحقيقة الإنسان، لأجل ذلك، اعتبر **ايمانويل كانط Emmanuel Kant** عدم احترام استقلالية الشخص انتهاكا لمبدأ الكرامة الإنسانية واعتباره وسيلة وليس غاية، من ثمة كانت صيغة الأمر المطلق للفعل كمايلي:" افعل الفعل بحيث تعامل

---

* تقرير بلمونت : تقرير وضعته اللجنة الوطنية لحماية الإنسان موضوع البحث الحيوي الطبي والسلوكي بهدف التعرف بصفة عامة على المبادئ الخاصة بأخلاقيات البحث العلمي.

[36] Maud Rouchouse et Elodie lemoine, **les principes de la réflexion éthique**,(Rhône-Alpes :espace éthique,2013)p27

[37] صالح فواز « **مبدأ احترام الكرامة الإنسانية في مجال الأخلاقيات الحيوية (دراسة قانونية)** » ، من مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27،العدد الأول (دمشق :2011) ص252.

الإنسانية في شخصك وفي شخص كل إنسان سِواك، باعتبارها دائمة وفي الوقت نفسه غاية في ذاتها، ولا تعاملها أبدا كما لو كانت مجرد وسيلة ".[38]

فالشخص المستقل إذن، هو الشخص الذي يمكنه التفكير حول أهدافه الشخصية ويقرر بنفسه القيام بالفعل بوعي تام. أما في المجال الطبي، فتقول عنه الباحثة **فاليري قاتو Valérie Gateau :**

"هو متعلق بإجبارية احترام القدرات على اتخاذ القرار والإختيار، ويفرض على الطبيب إعطاء معلومة واضحة للمريض واحترام اختياره في الخضوع أو عدم الخضوع للعلاج الذي يقترحه"[39]. فالوعي الذي يوليه المريض أثناء اتخاذ قراراته تتيح للممارسين وللطبيب على وجه الخصوص هامشا من المناورات تجعله في منأى عن الترددات التي قد تنجر عنها الأخطاء والتجاوزات الطبية .

لذا قرار المريض واحترام إرادته فوق كل اعتبار بغض النظر عن أية أحكام يمكن أن تصدر عليه مادام خاضعا للقرارات الطبية. لهذا يحتاج هذا المبدأ إلى قدرة الفرد على اتخاذ القرار دون تدخل أي طرف آخر والتحرر من كل قيد يمكن أن يكون عائقا أمام حريته واختياراته[40].

حسب **توم بوشامب** و**جيمس شلدرس** هناك شرطان أساسيان :

الأول يتمثل في الحرية (انعدام الضغوطات الخارجية).

والثاني في الفعل (القدرة على الفعل بطريقة قصدية) [41]. لكن يفترض من الشخص المستقل الإقرار بقدراته وملكاته بما في ذلك حقه في تكوين وجهة نظر خاصة به وحقه في الاختيار واتخاذ الإجراء الذي يراه مناسبا، وفق منظومة القيم و الإعتقادات الشخصية

---

[38] ايمانويل كانط، **تأسيس ميتافيزيا الأخلاق**، ص11.

[39] Valérie Gateau, « **Introduction à la Bioéthique, organes, historique philosophique** » collection de demain, Paris, 2006

[40] توم بوشامب، **مبادئ أخلاق الطب الحيوي باعتبارها مبادئ عامة**، ص45.

[41] Maud Rouchouse et Elodie lemoine, **les principes de la réflexion éthique**, p15.

لديه[42]. لذا يأخذ بعين الاعتبار الإفصاح عن المعلومات، التحقق من الإستيعاب الكامل للشخص، رغبته في المشاركة في البحث، مساعدته ودعمه عند عملية اتخاذ القرار المناسب[43]. لكن السؤال الذي يتبادر إلى أذهاننا، هل يجب احترام إرادة المريض بصفة مطلقة أم هناك استثناءات ؟

ماذا نقول عن شخص يرفض العلاج ؟ هل لديه رغبة في طلب الموت الرحيم؟ هل نُلبي له هذه الرغبة ونحترم قراره واختياره بوضع حد لحياته؟ أم أن هناك استثناء في عدم احترام خِياره والإلتزام بمبادئ الواجبات الطبية؟ هل يحق للطبيب إجراء عملية يرفضها المريض؟ هل نتغاضى عن هذا المبدأ وبالتالي يكون حينئذ استثناء في عدم احترام القواعد؟

على هذه التساؤلات، تجيب الباحثة **سيلين لوفيف** * **Céline Lefève** بالرغم من أن هذا المبدأ يقوم على احترام كل الاختيارات الخاصة بالمريض على أساس ألا أحد يمكنه تحديد الخير في مكانه، فهذا الإختيار يعتبر" فعل لاعقلاني في طلب الموت الرحيم، إرادة من يطلبها، في حقيقة الأمر ليست مستقلة، فهو اختيار لاعقلاني، لأنه يأخذنا إلى إلغاء الحقيقة، مثل المضرب عن الطعام الذي يرفض الإنعاش....فالشخص الذي يطلب الموت الرحيم وكذلك الذي يطلب منه تجسيد هذه الرغبة، يجسّدان الفعل اللاأخلاقي". [44] هذا لا يعني أن موقفها محل اتفاق بين جميع المفكرين، فهو أيضا قابل للنقاش، إذ يحمل في سياقه تناقضا منطقيا أو يخالف مبدأ ما.

مع العلم أن مبدأ العدالة يقوم على قواعد أساسية أهمها :

"– البحث عن الخير الأعظم لأكبر عدد من الناس.

---

[42] توم بوشامب، **مبادئ أخلاق الطب الحيوي باعتبارها مبادئ عامة** ، ص 45

[43] المرجع نفسه ، ص 46

* Céline Lefève:أستاذة محاضرة في تاريخ الفلسفة والطب، مديرة مركز George Canguilhem وباحثة في مركز SPHERE

[44] Céline lefeve, **Introduction à léthique médicale et la bioétique, (** paris: , Puf, 2012) p37.

– تحقيق المساواة في المبادلات .

– دحض فكرة التمييز أو التفريق ورفضها.

– نبذ الصراعات المنفعية قرب سرير المريض.

–التزام الشفافية في سيرورة الإختبارات." [45]

ما يمكن قوله في النهاية، أن هذا المبدأ على الرغم من أنه أهم مبادئ التفكير البيو–إتيقي حاليا، إلا أنه يعتبر مبدأ نسبي ولا يمكنه أن يكون غير ذلك مطلقا، لكونه يتضمن استثناءات في تطبيقه، كرفض قرار إنهاء الحياة رغم وجود حرية اختيار الفعل، مثل ما هو مسموح له تماما في معاملاتنا كأن نكذب وألاّ نقول الصدق في موقف معين، بهدف تجنب الموت أو إنقاذ حياة شخص ما! فالضرورات تبيح المحضورات، حسب القاعدة الفقهية.

– مبدأ الإحسان Principe de Bienfaisance

إن غاية مبادئ الفكر البيو–اتيقي ليس فقط احترام حرية الفرد واستقلاليته وتحقيق العدالة، بل تهدف إلى فعل الخير والإحسان. لهذا عُرف هذا المبدأ بأنه " فعل أخلاقي يهدف إلى الخير ويمتد إلى المساهمة في خير الغير." [46]

وحسب **تقرير بلمونت**، يقوم الفعل الأخلاقي على قاعدتين :

"– ألا تسبب الضرر (متعلقة بالإستفادة).

– مضاعفة المنافع وتجنب الأضرار بقدر الإمكان (متعلقة بالمنفعة)". [47]

هتان القاعدتان تعودان إلى المذهب المنفعي السائد في الدول الأنجلوساكسونية.

---

[45] DABOUIS Gérard **« Introduction aux principes de Bioéthique . qui est légitime pour décider ? »**, université médicale virtuelle francophone, support de cours, 2009.p09 http://campus.cerimes.fr/chirurgie-generale/enseignement/ethique/site/html/3.html,p

[46] Gilbert Hottois et Jean –Noel Missa,**Nouvelle encyclopédie de bioéthique,** p96.

[47] Maud Rouchouse et Elodie lemoine, **les principes de la réflexion éthique**, p21

بهذا يكون الفعل أخلاقيا عندما نحكم عليه بنفعيته، وتحقيق العدالة تكون بتحقيق أكثر المصالح لأكبر عدد ممكن من الناس. الهدف منه هو تحقيق السعادة وتجنب الكثير من الألم. غير أن هذا المبدأ أثار الكثير من التساؤلات بسبب التداخل الموجود بينه وبين مبدإ الاستقلالية الذاتية، كقضية التوفيق بين إرادة المريض (استقلاليته) ومصلحته الطبية المعارضة لها[48]. فالراغب في الموت الرحيم، يلقى بمعضلة أمام الطبيب: هل يلبي رغبته ويحترم مبدأ الاستقلالية؟ أم يعمل على تجسيد مبدإ القسم الإبوقراطي (المحافظة على حياته في كل الأحوال)؟

كان مبدأ الإحسان سابقا هو الذي يُرجح الكفة لمبادئ وقواعد **ابوقراطHippocrat** المعارضة أحيانا لإرادة الفرد، لكونها تخالف مصلحته الطبية، كحالة قتل الأجنة أو الإجهاض وغيرهما. حاليا، تم الأخذ بمبدإ الإستقلالية لانتشار وتبلور مفهوم الحرية على الفكر الإنساني (مثال ذلك، الثورة الفرنسية التي طالبت بحقوق الإنسان، الثورات التحررية التي شهدتها معظم دول العالم) حينئذ أصبحت إرادة المريض فوق كل اعتبار، وشهدت هذه الفترة قفزة نوعية، بانتقال المجتمع من السلطة الأبوية إلى المجتمع الديمقراطي، القائم على احترام حرية الأفراد[49].

حسب دراسة **توم بوشامب**، مبدأ الإحسان يختلف عن مبدإ عدم الضرر، فهو يعارض من يقول بأن المبدأ الأول يشمل المبدأ الثاني. فعدم الضرر هو الامتناع عن فعل يتسبب في وقوع ضرر ما. بينما الإحسان يستلزم الفعل الذي يعود بالفائدة على الآخرين. لهذا لا توجد شمولية مبدإ على آخر، غير أنه من ناحية القيمة والأهمية يمكن القول أن الالتزام بعدم إلحاق الأذى بالآخرين أهم من الالتزام بنفعهم، مثل قتل مريض يحتضر، لأجل الحصول على أعضائه بغية إنقاذ آخرين، هذا الفعل غير مبرر رغم أنه

---

(48) L'encyclopédie libre, **« critique de l'anthropocentrisme par la bioéthique utilitariste»,** http//;fr Wikipedia.org/wiki/Bio/C3/A9 éthique

(49) DABOUISGérard,**« Introduction aux principes de la Bioéthique. Qui est légitime pour décider ? »** p8

يَعمّ بالفائدة الكبيرة على المرضى. ويتجلى مبدأ الإحسان والخير في منع وقوع الضرر ومنع أسبابه ومراعاة مصالح الآخرين في الواجبات الأخلاقية في الطب، التمريض، الصحة والبحوث عموما. من بين قواعد هذا المبدأ الذي يتجاوز كف الأذى والضرر، هو وجوب العمل على المساعدة [50] الذي قد" يمتد إلى الوعد بحلّ مشاكل المريض، مع مراعاة حدود الممكن. الإحسان إذن يعكس ماهية الخير بالنسبة للإنسان "[51].

ما يمكن استخلاصه، هو أن عدم إلحاق الأذى بالمريض هدف كل المبادئ الأخلاقية، سواء الكلاسيكية أو المعاصرة، شعاره "**العمل لأكبر فائدة ممكنة للمريض**[52]".

4- مبدأ عدم الإساءة Principe de Malfaisance

يعتبر هذا المبدأ مكملا لمبدإ الإحسان الذي تطرقنا إليه من خلال التداخل الظاهر بينهما. فهو من أهم المبادئ في أخلاقيات مهنة الطب، حيث تعود جذوره إلى القسم **الإبوقراطي** الذي يتمحور حول عدم إلحاق الضرر والأذى بالمريض تحت شعار"لا تقترف ضررا" أو"أولا وقبل كل شيء لا تسبب ضررا".[53] لهذا يحظى بأهمية قصوى في مجال أخلاقيات الطب إلى درجة أن بعض المشرعين للمبادئ الأخلاقية والأطباء، يقدِّمونه على مبدإ الاستقلالية الذاتية في حالات وجود إمكانيات للضرر والأذى على المرضى، "مثل المريض الذي يطرح بعض الأسئلة وحين تحصله على الإجابة الحقيقية، قد يكون في هذا خطورة عليه. عندئذ يكون من الخطإ الجسيم إخباره بالحقيقة. ويتم التغاضي عمّا يبدو حقه، لأن هذا الحق قد يلحق به ضررا جسيما وبأسرته وبالناس أجمعين. كما أنه و من حقه الذي تستوجبه الثقة التي أولاها لطبيبه وللمبادئ الإنسانية العامة، أن يتم حمايته من

---

[50] توم بوشامب، **مبادئ أخلاق الطب الحيوي باعتبارها مبادئ عامة** ، ص47.

[51] Gabrielle Bureau et al, **Valeurs et principes éthiques** FADOQ-ROCA :centre universitaire de Santé et de service ,2017) p8.

[52] غي ديوران ، **البيو-اتيقا ..الطبيعة ، المبادئ، الرهانات**، ص84.

[53] Camille Abettan, **Petit guide d'éthique clinique**, (espace éthique Languedoc-Roussillon ,2015) p5.

أي شيء يؤذيه." [54] الذي أشرنا إليه في المبدإ السابق، أنه يتعارض أحيانا مع مبدإ الإحسان الذي يثير الكثير من التساؤلات في الميدان الطبي/الصحي. هل من حق الطبيب الموافقة على إجهاض امرأة يُشَكِّل حملها خطرا على صحتها وعلى حياتها؟ أو الإبقاء على حياة الجنين باعتباره روح لا يجب قتلها؟ وهل يحق له أن يقتل أحد التوأمين بهدف إنقاذ حياة الآخر؟ وما هو الفرق بين أن نعمل على إثارة إحداث الموت وبين أن نترك الشخص يموت؟ ثم ما هو الفرق بين الضرر الذي يحدثه الطبيب دون قصد وبين الخطإ الطبي ؟ ما الفرق أيضا بين أن نتوقف عن علاج مريض ما وبين تأخير علاجه؟ في خِضم هذه التساؤلات، تمّ التمييز بين المبدأين (الإحسان وعدم الإساءة) على أساس أن فعل الخير لا يرادف عدم إلحاق الضرر، وأن عدم التسبب بالضرر هو بصفة عامة إلزام أخلاقي .

فقد حدد **توم بوشامب Tom Beauchamp** مجموعة من القواعد الأخلاقية من خلالها يتم تعزيز مبدإ عدم الإساءة، من بينها:

" – لا تقتل.

– لا تسبب ألما أو معاناة للآخرين.

– لا تسبب العجز للآخرين ".[55]

غير أن هذا المبدأ مع التطورات الحديثة في المجالات الطبية والصحية وحتى البيولوجية، قد تم تجاوزه من خلال التجارب على الإنسان سواء كان موافقا عليها أو مرغما، كما شهدنا ذلك أثناء الحربين العالميتين وما نجم عنهما من تداعيات أخلاقية أدت إلى تأسيس منظمات عالمية وإبرام معاهدات (نورمبرغ مثلا) واتفاقيات ومواثيق لوضع مبادئ أخلاقية صارمة. رغم ذلك، هناك استثناءات لعدم الالتزام بهذه المبادئ عند تعارضها مع مصلحة المريض وصحته. تكون في هذه الحالة مبررة منطقيا وأخلاقيا

---

[54] توم بوشامب ، **مبادئ أخلاق الطب الحيوي باعتبارها مبادئ عامة** ، ص 47.

[55] المرجع نفسه ، ص 47.

وبالتالي، التفكير في إضافة مبادئ أخرى مكملة لها، لسد الثغرات والنقائص التي تتجلى أثناء الممارسات التطبيقية ولاسيما الطبية منها.

على هذا الأساس، كان لزاما على تلك المبادئ أن تأخذ الشرعية و الصبغة القانونية. لكن و رغم ذلك، فقد وُجِهت للتيار المبدئي عدة انتقادات، لكون مبادئها تقليدية لا تواكب المستجدات. لهذا طالبت الدول الأوربية اللاتينية، خصوصا فرنسا، بإدخال تعديل جوهري للتيار، وأتَتْ بنموذج جديد بديل عنه، يُعرف بالنموذج البيو–اتيقي الأوربي اللاتيني، الذي يقوم على مبادئ حقوق الإنسان، مع إعطاء الأولوية للنزعة الأخلاقية الكانطية التي تقوم على مبدإ "الكرامة الإنسانية" عِوض النظرية النفعية. هذا لا يعني أن أن النموذج المبدئي قد تمّ إقصاؤه بصفة نهائية من هذه البلدان، بل يعني فقط أن المجال قد فُتح، سواء في أمريكا أو في أوروبا، لنماذج جديدة ومقاربات بديلة أهمها: ما تقوم على أساس تقدير مسؤولية الأطباء والباحثين، وما تعيد الاعتبار للنساء، وأخيرا تلك التي تراهن على التعاطف مع المرضى والتأكيد على حقوقهم وغيرهما[56].

لأجل هذا نتساءل عن مجالات هذا الفكر الأخلاقي الجديد وحول ماذا يدور موضوعه.

المبحث الثالث: مجالات البيو–إتيقا

إن الحديث عن مجالات البيو–إتيقا يقودنا إلى البحث عن موضوعها والتساؤل عن مضمونها.

1/– موضوع البيو–إتيقا:

مازال الجدال والنقاش قائمين حول ضبط موضوع البيو–إتيقا، لكون هذه الأخيرة هي نتيجة تفاعل عدة ميادين معرفية وتخصصات شتى (طب، بيولوجيا، أخلاق، فلسفة، علوم إنسانية ، علم النفس، علم البيئة ...)، لذا يصعب حصر موضوعها بشكل دقيق. الصعوبة تزداد عندما يشاع في بعض الأوساط العلمية والممارسات الطبية، أن الباحث

[56] عمر بوفتاس، « **الأخلاقيات التطبيقية ومسألة القيم** » سلسلة الإسلام والسياق المعاصر، العدد 115(المغرب : الرابطة المحمدية للعلماء، 2012)

الأمريكي **اندري هيليغرز André Hellegers** هو أول من استعمل مصطلح البيو–إتيقا وحصرها في مجال الحياة والصحة، على خلاف مقاربة زميله **بوتر فون رانسلير** التي تتجاوز ميدان البيوطبي إلى كل الموجودات الحية (الإنسان، الحيوان، الطبيعة). غير أن هذا لا يمنع من إجماع كثير من الباحثين حول موضوعها وفق أبحاث الكندي **غي ديوران** الذي حددها في ثلاثة أقسام:

القسم الأول : مواضيع أساسية تمثل النواة المركزية: وهي المواضيع التي ترتبت عنها تداعيات أخلاقية ناجمة عن تطبيقات التقانة الحيوية، كالموت الرحيم، الحق في الموت، مشكلة وقف العلاج، الإصرار على العناية، بالإضافة إلى موضوع الإجهاض ومختلف التقنيات والتجارب المتعلقة بها وما تثيره من مشكلات إتيقية كتشخيص للأجنة لما قبل الولادة ومختلف التجارب عليها وما يترتب عنها من تقنيات، كالموت الرحيم للجنين، التحليل الجيني، الاستشارة الوراثية و المعالجة الجينية، كما تتناول موضوع تعقيم المعاقين الذي يدخل ضمن علم تحسين النسل أو اليوجينيا، إضافة إلى موضوع الإخصاب الصناعي أو المساعدة الطبية على الإنجاب بمختلف تقنياته، كالتلقيح الصناعي، أطفال الأنابيب أو التلقيح خارج الرحم، استئجار الرحم و بنوك الحيوانات المنوية. [57]

هذا القسم تفرعت منه تقنيات أخرى مشابهة لما هو سائد، ترتبت عنها تداعيات أخلاقية يمثلها القسم الثاني .

القسم الثاني الخاص بحالات مرتبطة بمواضيع النواة المركزية: وهي مواضيع ناجمة بصفة مباشرة عن التقسيم الأول وما تثيره من مشكلات أخلاقية كالمساعدة الطبية على الإنتحار الشبيه بالموت الرحيم أو المساعدة الطبية على الانتحار، كما تتمحور مواضيعه أيضا حول مشكلة نقل و زراعة الأعضاء، إضافة إلى مشكلة تغيير الجنس، مشكلة تخصيص الموارد المحدودة وكيفية توزيعها وسياسة الصحة[58].

---

[57] غي ديوران، **البيو–اتيقا الطبيعة، المبادئ ، الرهانات**، ص ص 58–59.

[58] المرجع نفسه،، ص ص58–59.

القسم الثالث يتناول: مواضيع قريبة من القسم الأول (المركزية) : وهي مواضيع متمايزة عن بقية الأقسام إلا أن الفكر البيو–اتيقي يفرض نفسه فيها، كمنع الحمل بمختلف وسائله (طبيعية، هرمونية، تقنية)، تنظيم نمو وكثافة التوزيع السكاني، مشكلة النمو الديموغرافي، الأبحاث المتعلقة بالأسلحة البيولوجية و الكيمياوية، تطورها، مشكلة التلوث البيئي، عقوبة الحكم بالإعدام ومشكلة التعذيب. [59]

من خلال عرضنا لهذه المواضيع يمكن القول أن مضمون البيو–إتيقا تجاوز كثيرا المعنى الذي حصره **أندري هيليغرز** في: الصحة والحياة. إلا أنه توجد بعض الدراسات تحصر موضوعها فقط في:– تقنيات التحكم في الولادة (الإنجاب الصناعي)– مشكلة الهندسة الجينية – آليات التحكم في الجملة العصبية .

– السيطرة على تقنيات التحكم في الولادة (السيطرة على الإنجاب الصناعي):

مشكلة العقم والإنجاب تعتبر إحدى الظواهر التي تعاني منها الكثير من الأسر في مختلف المجتمعات، لهذا كانت عمليات **التلقيح الصناعي** وسيلة لتجاوز تلك المشكلة التي تعتبر إحدى أشكال المساعدة الطبية على الإنجاب، كالتلقيح الداخلي والتلقيح الخارجي (أطفال الأنابيب). فهي عمليات طبية وعلاجية يتم فيها – في الوقت نفسه – إدخال الحيوانات المنوية إلى المسالك التناسلية للمرأة بهدف الإخصاب والإنجاب. وترتب عنها عدة تداعيات أخلاقية سنتطرق إليها في الفصول اللاحقة، لأن ما يهمنا هو تحديد موضوع ومجال البيو–اتيقا وليس البحث في طبيعة المشكلات الناجمة عن تلك التقنيات .

فالسيطرة على تقنيات الإنجاب يمتّد إلى السيطرة على علم الوراثة ومختلف تقنياته والتحكم في الجملة العصبية .

– السيطرة على الوراثة ومشكلة الهندسة الجينية:

تعتبر الهندسة الوراثية جزءا من الثورة البيولوجية الحديثة التي أثارت الكثير من

---

[59] غي ديوران، **البيو–اتيقا الطبيعة، المبادئ ، الرهانات** ، ص 59.

الجدل. فبعدما عرفت البشرية في عهد سابق الهندسة المعمارية والهندسة العسكرية والبحرية، جاء الآن دور الهندسة الوراثية التي ساهمت تقنياتها في حل مشكلات الإنسان في الزراعة، الصيدلة، العلاج الجيني وغيرها. غير أن ما ترتب عن تطبيقاتها أثار الكثير من المشكلات الإتيقية، ولهذا دُقَّ ناقوس الخطر- سنتعرض إلى التداعيات الأخلاقية المترتبة عن التطبيقات الحديثة في هذا التخصص في الفصل اللاحق- فالهندسة الوراثية حسب **جاكلين روس** "تمثل مجموعة من الطرق الموصلة إلى المعرفة المباشرة للمادة الوراثية وتحويرها." [60]

يمكن تعريفها أيضا، بأنها "ذلك الإستخدام للمعارف في مجال المورثات بغرض إنجاب أطفال نتوقع أن تكون لديهم أمراض وراثية أو عيوب وراثية معينة، ما يؤدي إلى التحكم جزئيا في أطفال المستقبل"[61]. فهذا التعريف الأخير، يظهر لنا مدى اهتمام العلم الوراثي بهذا الجانب من خلال التحكم في جينات الإنسان للوصول إلى جيل خال من العيوب الوراثية والتشوهات الخلقية. لكن تحت رقابة شديدة، خاصة بعدما رفع قرار وقف التنفيذ في مؤتمر **اسيلومار*** 1975، كما تقول **جاكلين روس** "أخذت الهندسة الوراثية الخاضعة لقواعد دقيقة تنمو وتتقدم في ظل حراسة صارمة"[62]. هذا يعني أن الالتزام بمبدإ المسؤولية في المشروع البيو-إتيقي أمر ضروري سنتطرق إليه في الفصول اللاحقة.

- التحكم في الجملة العصبية :

مما لاشك فيه أن دماغ الإنسان أشد تعقيدا من أي عنصر في العضوية، فالدراسات الحديثة للجملة العصبية، خاصة بعد تطور علم النفس

---

[60] جاكلين روس، **الفكر الأخلاقي المعاصر**، ص 213.

[61] احمد محمود صبحي، محمود فهمي زيدان ، **فلسفة الطب**، (بيروت : دار النهضة العربية،1983) ص 184.

* اسيلومار: أعلن في ندوة بالولايات المتحدة وقف تنفيذ التجارب الطبية على البشر وتعليق البحوث المتعلقة بالهندسة الوراثية.

[62] جاكلين روس، **الفكر الأخلاقي المعاصر** ، ص 113

مما لاشك فيه أن دماغ الإنسان أشد تعقيدا من أي عنصر في العضوية، فالدراسات الحديثة للجملة العصبية، خاصة بعد تطور علم النفس العقاقيري** وتطور العلوم العصبية وتفرعها، أكدت وجود تباين في الأدمغة الإنسانية، وأن التيارات الكهربائية العصبية في الدماغ ليست واحدة. فكل نوع منها ينشأ من نشاط فكري أو نفسي معين، وبالتالي أصبح بإمكان العلماء أن يصنفوا تلك التيارات الكهربائية والعصبية وتوليدها بطريقة آلية وتمريرها إلى الدماغ الساكن، بحيث تولِّد نشاطا محددا، تنتجه عادة أو تنشأ عنه. هذا ما أثبتته التجارب العديدة التي أقيمت على القردة عند الجوع والتحكم في الردود العقلية والنفسية من انفعالات الفرح أو الحزن وغيرها،إضافة إلى التجارب التي أقيمت على الثيران المتصارعة والتحكم في هيجانها وهدوئها بعد غرسها بأقطاب كهربائية[63].

فمختلف التدخلات على مستوى الدماغ الإنساني تثير الكثير من التخوفات حول مستقبل الحياة الإنسانية إذا ما أسيء استغلالها، سواء في إطار نتائجها أو في إطار ممارسيها. هذا ما حذر منه **جون برنارد** الذي يرى أنه يمكن للطب إحداث تغيير على مستوى دماغ الإنسان أو إصلاحه أو تعديله أو ينظم انتقاله إلى مكان آخر، وبالتالي توقع مخاطر رهيبة لا تخطر على بال أحد، من خلال علم النفس العقاقير وتفرعات علوم الأعصاب، وبفضل عمليات جراحية والاستعانة بعلم الكيمياء أو بمناهج علم النفس [64].

فموضوع البيو–اتيقا إذن، يعكس العلاقة الوطيدة بين الفلسفة والعلم بصفة عامة والذي تظهره جليا مجالاتها.

** علم النفس العقاقيري : العقار هو أي مادة إذا أخذت داخل البدن أحدثت تغييرا سواء بصفة مؤقتة أو بصفة دائمة في مختلف الوظائف الفيزيولوجية أو المشاعر أو السلوك ،وسوء استخدام ذلك العقار قد يؤدي إلى نتائج وخيمة كالتلف في الجسم او السلوكات الضارة على الفرد وعلى من يحيط به. نقلا عن سعيد محمد الحفار « **البيولوجيا ومصير الإنسان** »، ص ص 74–75.

[63] زهير الكرمي، « **العلم ومشكلات الإنسان المعاصر**»، عالم المعرفة، العدد5،(الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1978) ص ص 230–231.

[64] Jean Bernard, **De la biologie à l'éthique**, p142.

2-/ مجالات البيو-اتيقا:

لقد تم تقسيم مجالات البيو-إتيقا من قبل الباحثين في الميدان إلى ثلاث مجالات ترتبت عنها ميادين معرفية متخصصة متمثلة فيما يلي :

- أخلاقيات العيادة:

يندرج هذا النوع من المجالات ضمن أخلاق قضايا التصنيف الأول الذي أشرنا إليه مع تقسيم الباحث الكندي **غي ديوران Guy Durant**والتي سماها مواضيع النواة المركزية. أهم ما يميزها هو الصعوبة في اتخاذ القرارات الحاسمة فيها، لأنها تتعلق بالسلوكيات والتصرفات التي تستوجب الالتزام بها أمام المريض وكل من لديه علاقة وطيدة به. فقد ربط الباحث الأمريكي **دافيد روي David Roy** * هذه الأخلاقيات العيادية بكل ما يواجه الأطباء والفرق الطبية من شكوك واختلافات ذات طابع قيمي ومشكلات إتيقية أمام أسرة المريض أو أثناء العمليات الجراحية أو في مكتب الاستشارة الطبية أو في العيادة. لأجل ذلك، تستعين أخلاقيات العيادة بمبادئ إرشادية تضعها المؤسسات العلاجية أو اللجان الأخلاقية، يطلق عليها "البيو-إتيقا العيادية"، أو"أخلاقيات العيادة" ويحملان المعنى نفسه دون أي تمييز بينهما.(65)

من بين القرارات التي من الصعب الفصل فيها في هذا النوع من القضايا الخاصة بأخلاقيات العيادة، مثل كيفية المحافظة على سر المريض وهل يحق البوح بسره لعائلته أو أقاربه؟ وفي المقابل، هل يحق للمريض معرفة حقيقة وضعه الصحي الخطير؟ وما هو الموقف العام الذي يجب اتخاذه تجاه المرضى في حالة التمرد والعصيان، فهل يحق للطبيب تكبيلهم؟ وكيف يتم التصرف تجاه الأطفال الحديثي الولادة المشوّهين خلقيا بصفة خطيرة؟ هل يحق الإبقاء على حياة مريض ميؤوس من شفائه في العناية المركّزة

---

* David Roy : هو باحث كندي من أصل أمريكي(2015/1937) رياضي ولاهوتي، مهتم بأخلاقيات العيادة ، يمثل الاتجاه البيو-اتيقي في كندا، أسس مركز البيو-اتيقا في مونتريال وترأسها حتى 2008،كما ترأس مجلة علمية موجهة لمرضى السرطان والأمراض الخطيرة.

(65)عمر بوفتاس، **البيواتيقا: الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيوتكنولوجية**، ص ص 28-30.

وبتكاليف خيالية، الإصرار على مواصلة العلاج رغم معرفة النتائج مسبقا؟ إلى غير ذلك من القضايا التي تنتظر اتخاذ قرارات حاسمة.

لأجل ذلك، قام **دافيد** رويDavid Roy بتأسيس مركز البيو–اتيقا برفقة مدير معهد الأبحاث السريرية **جاك جينست**Jacques Genest بمونتريال عام 1976، الذي يضم أساتذة الأخلاقيات والعاملين في ميدان الصحة والوظيف العمومي للنظر في القضايا التي أثيرت في الساحة الفكرية للفصل فيها[66]. تتمحور الأخلاقيات العيادية حول ثلاثة أطراف رئيسة هي: المريض – الطبيب – المجتمع، غير أن المريض يحتل المركز الأول من حيث الاهتمام والعناية تحت شعار "مصلحة المريض فوق كل اعتبار". لذا كان الاهتمام بسنّ القوانين والتشريعات التي تعمل على حفظ حقوق تلك الأطراف أمرا حتميا، وإلا أصبحت مجرد شعارات جوفاء وآمال مستقبلية تنتظر التحقيق والتجسيد في الواقع، خاصة في دول لا تملك إمكانيات للدعم المادي في المستشفيات والمراكز العلاجية، ليس فقط من حيث الوسائل، بل من حيث التكوين للممارسين في ميدان الطب والصحة أيضا.

لهذا تعمل الأخلاقيات العيادية على تعزيز علاقة الثقة بين الطبيب والمريض وتوفير سبل التواصل بين جميع الممارسين في المؤسسات الطبية والصحية لضمان الخدمة الحسنة للمرضى وتلبية حاجياته، من معاملة إنسانية ورعاية وعطف ومختلف صور العناية به، كما تعمل على الحد من الأخطاء الطبية المرتكبة في حق المريض، سواء الناجمة عن التلوث من عدم التعقيم داخل العيادات أو في وسائل العلاج المستخدمة أو أخطاء في التشخيص والتحاليل وغيرها[67].

لذا تستعين هذه الأخلاقيات العيادية بجملة من المبادئ الإرشادية والتوجيهات من خلال لجانها الأخلاقية ومؤسساتها لأجل ترسيخها، لأن الأسس الإتيقية التي تقوم عليها

---

[66] Emmanuel HIRSCH ، « **Ethique hospitalière et relation du soin** » ، in revue Laennec, tome 51, espace éthique, Paris, 2003,pp7-21

[67] محمد محيي الدين أحمد، **الأخلاق التطبيقية بين الفلسفة والدين**، (المنيا : دار النشر يسطرون،2017) ص ص 44-45.

تلك العلاقة التي تربط بين الطبيب والمريض تأخذ أبعادا نفسية واجتماعية من الواجب استيعابها وفهمها. أولا، لأن المريض لا ينتظر من الطبيب العلاج فقط، بل يأمل منه أيضا أن يدعمه معنويا ونفسيا. ثانيا، لأن للمريض تصورات مختلفة عن مفاهيم الأطباء حول طبيعة الأمراض وأسبابها والمضاعفات التي قد تنجم عن العلاج أو غيرها والتي لا يدركها المريض. فمن الواجب على الممارسين في الميدان إدراك هذا التباين الإجتماعي الثقافي، المعرفي لكي لا تهتز تلك العلاقة.

-أخلاقيات البحث العلمي:

إن اهتمام الإنسان بأخلاقيات العلم في تزايد مستمر خاصة في الآونة الأخيرة، إما نتيجة للإعلانات المروِّجة للمسائل الأخلاقية المريبة المترتبة عن العلم، كالتجارب السرية التي أجرتها الولايات المتحدة الأمريكية أثناء الحرب الباردة، أو تجارب الهندسة الجينية ومشروع الجينوم البشري واستنساخ الأجنة البشرية أو الحيوانية، أو نتيجة التفكير بضرورة التزام العلم بالأخلاقيات لضمان سلامة واستقرار البحوث العلمية، وإيجاد الحلول لمختلف الصراعات، سواء في المختبرات أو المحاكم أو الجامعات أو المستشفيات، نتيجة للتجاوزات والانحرافات المعرفية والخلقية في الميدان[68]. هذا يعني ضرورة الالتزام بالقيم الأخلاقية في الممارسة العملية أو العلمية لإشعار الإنسان بالطمأنينة وتوليد الثقة بالتجارب الكثيرة التي تقام على الكائنات الحية، خاصة الإنسان. مع العلم أن موضوع التجريب على الإنسان هو أول مجال أثير الجدل فيه والنقاش بين الأوساط الفكرية تحت إشراف لجان أخلاقية سواء محلية أو دولية.

وبهذا تتميز أخلاقيات البحث العلمي عن أخلاقيات العيادة (كعلم قائم بذاته). هذا ما يفسر (أيضا) ارتباط البيو-اتيقا بهذا النوع من الأخلاقيات في بداية نشأتها .

---

[68] ديفيد ب.رزنيك،« **أخلاقيات العلم** »، ترجمة عبد النورعبد المنعم ، عالم المعرفة، العدد 316(الكويت: المجلس الثقافي للفنون والآداب ، 2005) ص ص14-16

إذن، أخلاقيات البحث العلمي تعني التفكير الأخلاقي في الأبحاث والتجارب العلمية التي تتخذ من الإنسان وعناصر جسمه موضوعا لها، وهو التساؤل عن المبادئ والقيم وطرح معضلات تتأرجح بين حماية الأشخاص وتطوير المعارف[69]. من هنا كان اهتمام الهيئات الدولية بسن القوانين والمبادئ التوجيهية التي على أساسها تؤطر مختلف التجارب العلمية التي تقام على البشر. فبالرغم من اختلاف طبيعة البحوث العلمية من حيث اختلاف مواضيعها وأساليب البحث فيها، إلا أنها تتفق في المبادئ العامة التي يجب إتباعها والإلتزام بها في كل فروع الميادين التي تتضمن معاييرا للبحث و قواعدا للسلوك.

وتستند أخلاقيات البحث العلمي على مبدإ احترام الحقوق، الكرامة والحرية، سواء من جهة الممارسين للمهنة، أو من جهة المشاركين في البحوث، أو من جهة الفئة المستهدفة للبحث. غير أن **مبدأ عدم إلحاق الضرر** هو الركيزة الأساسية للإعتبارات الأخلاقية أثناء الممارسات العملية. بيد أن هناك بعض الاعتبارات المتعلقة بالسلوكيات الأخلاقية، تتضمن:- **المصداقية** التي تقتضي النزاهة في النتائج ونقل المعلومات بصدق.- **السلامة** التي توجب أخذ الاحتياطات أثناء القيام بالبحث التجريبي والتي تحمي الممارسين أو الفئات المستهدفة للبحث عن كل أنواع الأخطار الجسدية أو الأخلاقية.- **الخبرة** التي تساعد كثيرا في عملية البحث.- **الثقة** التي تعزز العلاقات بين أفراد و فرق البحث تضفي الدقة على النتائج. **- الانسحاب**، هذا العنصر الذي يجب أن يأخذ بعين الاعتبار حق المشاركين الباحثين في الانسحاب في أي وقت، ما لم يكن ذا أهمية. - **الموافقة**، يجب أن يكون هنالك ضمان مسبق للحصول على موافقة الأشخاص الذين يودّون العمل معا.- **التسجيل الرقمي**، يفترض أخذ الموافقة المسبقة من الأشخاص المستهدفين في البحث قبل أخذ أي تسجيل صوتي أو فديوهات. - **التغذية الراجحة**، التي تفترض تزويد المشاركين بمختلف التقارير الكاملة والتوصيات لتجنب حدوث أي ضرر

---

[69] عمر بوفتاس، **البيواتيقا: الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيواتكنولوجية**، ص ص 28-30.

جسدي أو معنوي. – **الأمل الكاذب /المزيف**، يجب تجنب إعطاء وعود كاذبة حول تغيير الأمور جراء نتائج البحث – **مراعاة مشاعر الآخرين**، بالنسبة للمشاركين في البحث الذين قد يتعرضون للشعور بالانهزامية والاستسلام للمرض مثلا. – تفادي **استغلال المواقف** لصالح أغراض شخصية.– **سرية المعلومات** التي تهدف بادئ ذي بدئ إلى حماية هوية المستهدفين أثناء البحث[70]. كل الاعتبارات تعتبر من المبادئ الأساسية لأخلاقيات البحث العلمي، دون أن ننسى حقوق الحيوان التي تقتضي من جهتها اعتبارات إتيقية أخرى يجب الالتزام بها. [71]

على هذا الأساس، فالرقابة الديمقراطية التي تمارسها الوكالات الحكومية على الأبحاث العلمية، والتساؤل حول مدى مشروعية التجارب والأبحاث التي تقام على البشر، والمبادئ والمرجعيات التي تفرض على الممارسين مع وجوب إتباعها، أمر حتمي. هذا ما جعل البيو–إتيقا ترتبط بالقضايا الملموسة ذات طابع عملي، متعلقة مثلا بالشروط التي تجعل التجارب على البشر مقبولة من الناحية الأخلاقية، ومدى ارتباط الأخلاقيات بالعلم التكنولوجي[72].

–أخلاقيات السياسة الصحية :

أخلاقيات السياسة الصحية هي تفكير متعدد التخصصات حول البعد الأخلاقي لكل القضايا التي تهم الموضوعات حول الصحة، مثل حق المواطنين في معرفة تنظيمات هذا المجال، مدى احترام حرية وكرامة الأفراد في حملات إشهار التدخين، مدى التزام مبادئ العدالة والمساواة في دخول مراكز العناية الصحية، ثم التساؤل التلقائي، هل هنالك

---

[70] وائل صلاح نجيب، « **دليل ميثاق أخلاقيات البحث العلمي وحقوق الملكية الفردية** » ،(كلية العلوم النوعية ، جامعة المنيا) ص ص 6–12.

[71] وائل صلاح نجيب، « **دليل ميثاق أخلاقيات البحث العلمي وحقوق الملكية الفردية** » ، ص ص 6–12.

[72] مصطفي النشار، **الأخلاق التطبيقية وتطوير الدرس العربي**،(ط1، مصر: دار روابط للنشر وتقنية المعلومات، 2018) ص ص 188–189

حق في الصحة أم أن الأمر لا يتعدى الحق في العلاج؟[73] هذه أخلاقيات أقل تطورا من أخلاقيات العيادة وأخلاقيات البحث العلمي من حيث التنظير الأخلاقي، لذا فهي تستدعي إنشاء لجان أخلاقية متخصصة، على غرار اللجان الخاصة بالميدانين السابقين بغرض العمل على تطويرها.

لأجل ذلك تضع السلطات الطبية مجموعة من القواعد والقوانين الموجهة لصالح السكان وفق مبدإ المساواة دون تمييز ولا تفاوت، حيث نشهد فيها ثلاث مستويات أساسية: [74]

الصحة العمومية: تبحث في الشروط والعوامل الملائمة، الهادفة لتحقيق الصحة الجيدة للسكان، وذلك من خلال حمايتهم ووقايتهم وتحسين بيئاتهم.

فدراسة الصحة العامة تفيد في التخطيط المسبق والسليم للمدن، في وضع خطط مستقبلية لوزارة الصحة العمومية وما تحتاجه من إمكانيات وتجهيزات بحيث تحدد مستوى الوعي الصحي لدى المجتمع، مستوى التلوث البيئي وما يسببه من أمراض وانتشار القوارض والحشرات في منطقة معينة، نسبة انتشار الأمراض المعدية ومدى احتياجها للميزانيات لمكافحتها والوقاية منها[75]، كما هو الحال في الجزائر وفي كل دول العالم، حيث تقوم بأخذ كل التدابير اللازمة لحماية المواطنين من جائحة كوفيد -19، دون تمييز.

منظومة العلاج: تتمثل في مختلف المبادئ العامة التي تعمل على كيفية تقديم العلاج الفعال وتحقيق الصحة في أي منطقة [76].

---

[73] عمر بوفتاس، **البيواتيقا: الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيوتكنولوجية** ، ص ص59-60 .

[74] المرجع نفسه ، ص ص32-33.

[75] إبراهيم أباظة وآخرون، **مبادئ الصحة والسلامة العامة**، (الأردن : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، 2019) ص ص15-16.

[76] محمد محيي الدين أحمد، **الأخلاق التطبيقية بين الفلسفة والدين**،(مصر: مؤسسة يسطرون ، 2017) ص46.

-**توزيع الموارد الصحية**: توفير الموارد الخاصة بالصحة سواء كانت مادية أو بشرية في منطقة ما من طرف السلطات الصحية. وعليه فإن السياسة الصحية تأخذ على عاتقها، من خلال مؤسساتها الثلاث، حق المواطن في معرفة تلك التنظيمات الموكول إليها خدمته والتحقق من مدى احترام حرية المريض وحماية كرامته، مع الحرص على تحقيق مبدإ العدالة والمساواة سواء في العلاج أو في الخدمة العلاجية، والتحقق من الالتزام بالمواثيق والمبادئ الأخلاقية أثناء الممارسة، سواء في القطاعات العامة أو الخاصة، مع تسليط العقاب على كل من يخالف أو يتلاعب بالقيم المفروضة[77].

أخلاقيات السياسة الصحية تهتم إذن بالقضايا المستعجلة التي أثارتها التقنيات الحيوية والاكتشافات العلمية حتى لا تقع في أيدي مستهترين يسيئون استخدامها على جميع الأصعدة، الاقتصادية منها والسياسية و العسكرية..الخ.

ما يمكن استخلاصه، هو أن عرضنا لموضوع البيو-إتيقا ومجالاتها لا يعني أننا أحطنا بشكل كامل بالفكر البيو-اتيقي. لأن البيو-اتيقا نوعان حسب **غي ديوران Guy Durant** : بيو-اتيقا محدودة ويطلق عليها ميكرواتيقا **Micro-éthique** وهي تعتني بالقرارات الشخصية للمرضى، للمتدخلين و تعتني بالحوارات والقرارات المتخذة في النهاية من قبلهم، إضافة إلى الاهتمام بالباحث وعلاقته بالآخرين من المشاركين في البحث. النوع الثاني: هو بيو-اتيقا شاملة، يطلق عليها الماكرواتيقا **Macro-éthique** تعتني بالشروط البنيوية لترقية الأفراد والمجتمعات، بالأطر الاجتماعية، الاقتصادية، السياسية والثقافية للقرارات الشخصية[78]. فهذان النوعان بتقسيماتهما، يعتبران إشكالا فلسفيا لمن يود الخوض فيه .

فمجال البيو-إتيقا يتسع أكثر فأكثر، نتيجة تطوره السريع، لذا نتساءل عن المراحل الأساسية التي مرت بها البيو-إتيقا منذ انبثاقها، نتساءل أيضا عن أي مدى يمكن أن تأخذ مبادئها الصبغة القانونية .

---

[77] محمد محيي الدين أحمد، **الأخلاق التطبيقية بين الفلسفة والدين** ، ص46.

[78] غي ديوران، **البيواتيقا الطبيعة، المبادئ والرهانات**، ص ص59-60.

الفصل الثاني

التأصيل النظري للفكر البيو-إتيقي وظهور اللجان الأخلاقية

المبحث الأول : الجذور الفلسفية للفكر البيو-إتيقي

المبحث الثاني : الفكر البيو-اتيقي ومراحل تطوره

المبحث الثالث : قوانين البيو-اتيقا وظهور اللجان الأخلاقية

المبحث الأول: الجذور الفلسفية لأخلاقيات علوم الحياة:

لكل فكر نواة ولكل نواة أرضية تساعدها على المخاض، على التبلور وعلى النشأة، كما هو شأن الفكر البيو–إتيقي. هذا الفكر هو أحد أنواع التفكير الإنساني. لم يُولد دفعة واحدة، بل له أصول نتطرق لها باقتضاب دون إهمالها أو إنكارها حتى نجسد الموضوعية التي نتوخاها في مبحثنا هذا وعبر باقي الفصول .

عصر اليونان القديم:

فلاسفة مميّزون كان لهم الفضل في بلورة وصقل الفكر الأخلاقي الجديد، هدفهم الأسمى هو الوصول إلى السعادة باعتبار أن المنظومة الأخلاقية لدى اليونان ترتكز على هذه الغاية بالأساس. **فأفلاطون**Aplaton مثلا، يعتبر أن القيم الأخلاقية مطلقة ثابتة مرتبطة بالفضيلة التي هي ملازمة للمعرفة. فهو يرى ألا فرق بين قيمة أخلاقية ما والعمل وفقها. وحتى لا نخوض في التقسيمات الطبقية الثلاث، أو الموازنة بين مقتضيات الفضائل والفوارق بين الطبقات التي من شأنها أن تؤدي إلى طرح أخلاقي واجتماعي قد يبعدنا جوهريا عن موضوعنا، رغم أن مبدأ العدالة عند **أفلاطون** Aplatonيتحقق بالموازنة بين الحقوق والواجبات المرتبطة بالفضيلة والسعادة التي تتولى الدولة تجسيدها.

فمن خلال مدينته الفاضلة، أراد **أفلاطون**Aplaton الوصول إلى تحقيق تحسين النسل وتحديده أيضا، لكي يبقيَ مدينته صغيرة. والزواج في هذه المدينة غرض مؤقت حسب حاجة الدولة **لتحسين النسل** وفق قواعد معينة كالمعمول بها لدى الحيوانات، وتكون تحت مراقبة حتى يتسنى للدولة منع الزيادة الكبيرة في عدد السكان. إذا ما تمت ولادة أطفال ضعاف في البنية، مشوّهين، عديمي الفائدة، فاسدي الأخلاق ومرضى مزمنين، يتم التخلص منهم، لأن غاية الدولة هي تحقيق السعادة التي لا تتم إلا باحتفاظ السكان بقيمهم الخلقية والبدنية. [79]

---

[79] يوسف أبو الحجاج ، **أفلاطون مؤسس الفلسفة الغربية**، (القاهرة : لدار الذهبية للنشر والتوزيع ، 2018) ص ص 23–25 .

ولقد مثل أرسطو**Aristote**مع أفلاطون**Aplaton**مرحلة الذروة التي وصلت إليها الفلسفة اليونانية قبل مرحلة الانحطاط. فقد قسم الفلسفة إلى قسمين: نظرية وأخرى عملية. فللطب مكانة كبيرة في تقسيمه الذي يدرجه ضمن العلم الطبيعي. ولقد أولى اهتماما شديدا بعلم الأحياء الذي كانت له مواقف وآراء فيه. ولم يكن اهتمامه منصبا على تقسيم الفلسفة ومواضيع المعرفة، بل ساهم في إنشاء أصل علم الأحياء. توصل أرسطو**Aristote** بعد دراسات مكثفة على كائنات حية " أنه لا يوجد أي تباين بين الحيوانات والنباتات، غير أنه يجب إتباع الطبيعة التي تتصاعد بدرجات وتتواصل بفروقات دقيقة غير قابلة للإدراك. من نباتات أقل اكتمالا إلى نباتات في غاية من التمام، ومن هنا إلى الحيوان الأكثر كمالا، يبتدئ سلسلة الكائنات المليئة بالحيوية إلى المخلوقات الجامدة." [80] هذا يعني أن الآراء حول الترتيب التنوعي لمختلف الكائنات عند أرسطو تمثل البوادر الأولى لتأسيس نظرية التطور.

فحداثة علم الأحياء آنذاك وعدم استعمال التشريح على الإنسان في أيام أرسطو**Aristote**، ترتبت عنه أخطاء وظائفية عضوية، كعدم تمييزه بين الأوردة و الشرايين، واعتقاده أن للرجل ثمانية أضلاع فقط في كل جهة وتجاويف جمجمته وأسنانه أكثر من المرأة، إضافة إلى اعتقاده أن العضو الذكري في عملية التكاثر يحيي ويقوّي الجنين فقط ، فلم يعرف أن علم الوراثة أثبت أن السائل المنوي يَمُدُّ الجنين بالصفات الوراثية وليس تخصيب الرحم فحسب. هذا لم يمنع كونه أول من ساهم في إنشاء علم الأحياء ودفعه إلى التطور لاحقا. فقد سبق علماء كثيرين في الوصول إلى بعض القوانين، كقانون **فون باير*** **Van Bayer** المشهور، بأن الصفات العامة في الجنس (العين والأسنان مثلا) تظهر

---

[80] Aristote, **HISTOIRE DES ANIMAUX, A L'USAGE DES JEUNES GENS, et de ceux qui ont de goût pour l'Histoire Naturelle**, (Hambourg : Nouvelle Edition, 1799) p12

* فون باير هو عالم ألماني (1917/1835) تحصل على جائزة نوبل في الكيمياء،ومخترع الفينول فتالين

في الجسم الحي قبل الصفات الخاصة بنوعها(شكل وتركيب الأسنان)أو بأفرادها (اللون الأخير للعين). [81]

كما أثبتت الأبحاث والدراسات الحديثة صحة ملاحظاته حول الحيوانات التي رفضها مؤقتا بعض علماء الأحياء: أنه كلما كان النوع أو الفرد أكثر تطور وتخصص كلما قلَّ عدد نسله، ويكون بهذا قد سبق تعميم **سبنسر Spenser** قبل ألفي سنة على الأسماك التي تضع أعشاشها وأسماك القرش أو كلب البحر التي تعتز بخلاص جنينها[82].

إن إسهامات **أرسطو Aristote** لم تقتصر على علم الأحياء فحسب، بل وصلت إلى علم الأجنة أيضا. ودراساته المستوحاة من أعمال الطبيب **إبوقراط** حول وصف تطور الكتكوت أثارت إعجاب علماء الأجنة عبر العصور إلى يومنا هذا. كما أنه أثار بعض المشكلات الوراثية التي طرحت لاحقا مع **جريجور مندل Gregor Mendel:** فقد تزوجت امرأة برجل زنجي، فكان كل أولادهما من البشرة البيضاء. غير أنه لكن ظهرت صفة الوالد في الأحفاد، لذا تساءل **أرسطو Aristote**عن مكان اختفاء السود في الجيل الوسط[83]. هذا التساؤل الأرسطي رغم أنه لم يحصل في طياته على إجابة، جعل منه المؤسس الأول لعلم الأجنة ولعلم الأحياء أيضا. لهذا آمن الفلاسفة منذ عهد أستاذهم الأول أن الأسئلة في الفلسفة أهم من الأجوبة.

- إبوقراط Hippocrate(370/460)ق .م

إن الممارسة الفعلية والعملية للأخلاق الطبية كانت مع **إبوقراط Hippocrate**، أشهر حكماء وأطباء اليونان. ما يهمنا من عرضنا هنا، ليس سيرته الذاتية، فهي موجودة في كتب التاريخ وغيرها، وإنما كيف ساهمت أفكاره في التأسيس للفكر الأخلاقي الجديد المتمثل في الفكر البيو–اتيقي.

---

[81] ويل ديورانت، **قصة الفلسفة**، تر: فتح الله محمد المشعشع،(ط2، بيروت: مكتبة المعارف، 1972) ص 108.

[82] المرجع نفسه ، ص109.

[83] راجي عباس التكريتي، **السلوك المهني للأطباء**، (ط2، بيروت : دار الأندلس ، 1981) ص ص 94-95.

تجدر الإشارة هنا، إلى أن **إبوقراط Hippocrate** من بين الأوائل الذين ربطوا الأمراض بالأسباب الطبيعية في الوقت الذي أرجعت فيه –آنذاك –إلى تفسيرات خرافية .

لقد أولى **إبوقراط Hippocrate** اهتماما شديدا للمعاملات وللجانب الأخلاقي لمهنة الطب مع إعادة الاعتبار للعلاقة النبيلة بين الطبيب والمريض حين أوصى بأن تجتمع في الطبيب صفات أخلاقية، عقلية وجسمية، كالذكاء، قوة الذاكرة، الرؤية الجيدة، الطبع الجيد، صحة الجسم، الخُلق الحسن، سلامة القلب، عفة النظر وصدق اللسان. كما يجب على الطبيب كتمان أسرار مرضاه والرغبة في شفائهم أكثر من رغبته في تقاضي الأجور، وتفضيله في علاج الفقراء قبل الأغنياء، ثم التفرغ لمنفعة الناس أولا وأخيرا، وغيرها من الصفات التي يجب إتباعها ليكون الطبيب عنصرا مثاليا في خَلقه وخُلقه، في نظافته في بيئته. لقد كان **إبوقراط Hippocrate** بوصاياه نِعْمَ الطبيب الفاضل، الذي رفض استبدال الفضيلة بالمال أو تجميعه أو مضاعفته، لأنه يمارس مهنة الطب لأجل معالجة المساكين والفقراء[84].

فممارسة الطب عند **إبوقراط Hippocrate** إذن لها أبعاد أخلاقية وعلمية، هدفها نشر الفضيلة والعلم والقيم الأخلاقية. لهذا كان يُلزم تلامذته أن يقسموا بقسمه المشهور ويلتزموا به.

لقد اختلفت الدراسات حول تاريخ تعيين هذا القسم، غير أن الأرجح كان في حدود القرن الخامس قبل الميلاد، إذ يشكل لبّ القوانين الأساسية في علم الواجبات الطبية، يؤدّيه الأطباء المتدربون قبل الإنخراط في النقابة الطبية.[85] يتضمن هذا القسم الإلزامات التي يجب على الطبيب التحلي بها، مثل بعض القواعد الأخلاقية، المعاملات، الآداب والإبتعاد عما يناقضها. فبالرغم من وجود إختلاف حول صياغته عبر الأزمنة إلا أن

---

[84] ابن أبي اصبيعة، **عيون الأنباء في طبقات الأطباء** ،(ط1 ، بيروت: دار مكتبة الحياة، 1995) ص 47.

[85] Abdelhafid Ossoukine, **L'éthique biomédicale**, p30.

مضمونه متفق عليه، يؤديه الأطباء المتدربون قبل الانخراط في النقابة الطبية، يتضمن مجموعة من الالتزامات والعهود التي يفرضها الطبيب على نفسه منذ أقدم العصور، لكون الطب عنده أشرف الصنائع كلها. لهذا وضع جملة من الوصايا لمن أراد تعلم صناعة الطب، مثل الطبيعة الجيدة، الحرص الشديد، الرغبة التامة وعدم الضجر في التعليم. هذا هو نص القسم بصريح العبارة :

« Je Jure par Apollon médecin, par Esculape, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivant :Je mettrai mon maitre de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir, et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ;je tiendrai ses enfants pour des frères ,s'il désirent apprendre la médecine je la leur enseignerai à mes fils, à ceux de mon maitre, et aux disciples liés par un engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre ;je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice ;je ne remettrai à personne du poison ,si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ;semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif ;je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté ;je ne pratiquerai pas l'opération de la taille ;je la laisserai aux gens qui s'en occupent. Dans quelque maison que je rentre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves(…)Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession ,honoré à jamais parmi les hommes ;si je le viole et que je parjure ,puis –je avoir un sort contraire. »[86]

هذا القسم يمثل ناموسا مثل النواميس الأخرى التي يطلق عليها مصطلح الواجبات الطبية أو قوانين الطب وغيرها من المصطلحات. وهو نص موجز، ليس بنفس المعنى الذي يتناوله الأطباء في عصرنا الحالي. فلا يجب تضييق مجال التقنيات الطبية وتقييدها باسم الأخلاق الفلسفية أو الدينية. فالقسم الإبوقراطي هو مفهوم فن التطبيب الذي يجسد

[86] Laurent Ayache, **Hippocrate**, (1 édition , paris: presses universitaires, 1992)pp 72-73.

الممارسة الميدانية للطبيب، فليس معنى ذلك أن القول بالقسم يعني أن نصبح أطباء شرفاء ومحّقين، بل معناه أن يصبح الممارس طبيبا فاضلا بأتمّ معنى الكلمة[87].

لم يعد يُأخذ بهذا القسم حاليا، إلا أن بنوده الأساسية مازالت قائمة، كتحريم الإجهاض، التأكيد على شُكر المعلمين، المعاملة الحسنة بين الممارسين للمهنة، كتمان أسرار المرضى وغيرها. كما أنه يتضمن قواعدا تُشكل لبّ القوانين الأساسية في علم الواجبات الطبية" ينبغي أن يكون المتعلم للطب في جنسه حرا، في طبعه جيدا، حدي السن، معتدل القامة، متناسب الأعضاء، جيد الفهم، حسن الحديث عند المشورة، عفيفا شجاعا، غير محب للفضة مالكا لنفسه عند الغضب، لا يكون تاركا له في الغاية، لا يكون بليدا... ينبغي أن يكون مشاركا للعليل مشفقا عليه، حافظا للأسرار... ينبغي أن يكون محتملا للشتيمة... ينبغي أن يكون حلق الرأس، معتدلا سويا...وقاصا لأظافر يديه.... ينبغي أن تكون ثيابه بيضاء نقية لينة، لا يكون في مشيه مستعجلا، لأن ذلك دليل على الطيش، ولا متباطئا، لأنه يدل على فتور النفس. إذا دعى إلى المريض فليقعد متربعا ويختبر منه حاله بسكون وتأن، لا بقلق واضطراب، فإن هذا الشكل والزي والترتيب عندي أفضل من غيره." [88]

لكن ما يتم تعديله في كل عصر، هو ما يتناسب وخصوصية ذلك المجتمع. لنأخذ على سبيل المثال، الحضارة الإسلامية في العصر العباسي، كانت قد حذفت بعض الأسماء اليونانية الوثنية بالخصوص(كالقسم بالإله أبولو الطبيب وباسكلبيوس* وهيجا** وباناسيا ***) فعُوِّضت بأسماء تراعي الطابع الإسلامي والعقيدة.

أما في المجتمع اليهودي، فقسم الطبيب **موسى بن ميمون الأندلسي** الذي وضعه على شكل دُعاء، يدعو من خلاله إلى السمو والترفع عن التفاهات ومغريات الحياة

---

(87) Laurent Ayache, **Hippocrate**. p7.

(88) عامر النجار، **في تاريخ الطب في الدولة الإسلامية**،(ط3، القاهرة :دار المعارف، 1994) ص ص 36-37

* إله الطب – **ربة الصحة – ***ربة الشفاء

المادية، ويدعو إلى عمل الخير وتحقيق العدالة الإنسانية وهذا بعض من نصه:" ربي إملأ نفسي حُبا عميقا لفن الطب ولجميع الناس، ولا تسمح بأن يُلَوِث التعطش للربح والمجد الباطل فني، فإن أعداء الحق والظالمين يستطيعون بسهولة أن يقصونني عن انجاز واجبي الشريف في صنع الخير والصلاح نحو عبادك..." [89]

أما في العصر الحالي، نشهد التقليل من أهمية هذا القسم والالتزامات الطبية، لأن مهنة الطب تجاوزت الحدود المحلية إلى العالمية حيث تسمح لأي طالب في الطب أن يزاول مهنته في أي بلد آخر. لهذا كان لابد من التفكير حول قسم عالمي شامل كامل ومناسب لكل عصر يؤدّى قبل ممارسة المهنة. ومن بين الأقسام الحديثة، نجد **قسم جنيف** الذي تتمحور بنوده حول:

«– وجوب التحلي بالضمير الخلقي والكرامة أثناء ممارسة المهنة.

– فرض الإحترام المتواصل للأساتذة ووجوب الإعتراف بالجميل.

– التعامل فيما بين الأطباء يكون أخويا.

– وجوب الإلتزام والتعهد بالتضحية لأجل خدمة الإنسانية.

– جعل مصلحة المريض وصحته فوق كل اعتبار.

– الإلتزام بمبدإ العدالة الإنسانية بغض النظر عن المعتقد أو الجنس أو العرق أو الحزب، وجعل خدمة المريض، الواجب الأول للطبيب.

– كتمان أسرار المريض حتى بعد موته.

– الالتزام بمبدإ الاحترام المطلق للحياة الإنسانية منذ نشأتها في جميع الأحوال والظروف حتى ولو كان ذلك تحت التهديد، وعدم استعمال المعرفة الطبية لمخالفة القوانين الإنسانية.

[89] عباس التكريتي، **السلوك المهني للأطباء**، ص107.

– الالتزام بمضامين ذلك القسم يجب أن يكون نابعا من إرادة حرة والعمل بها بكل شرف". [90]

ما يمكن استخلاصه هو أن هذه الالتزامات لا تخرج عن إطار الروح العامة للقسم الإبوقراطي، مما يعني أن الطبيب ملزم بالخضوع لبنود القسم. فوصايا **إبوقراط** بمثابة دستور صالح لكل العصور من الناحية النظرية. وقسم الطبيب حاليا في إطار النقابة العامة للأطباء في الدول العربية يؤكد ذلك .

" **اقسم بالله العظيم**

*أن أراقب الله في مهنتي ...

* وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها. في كل الظروف والأحوال باذلا وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

*وأن أحفظ للناس كرامتهم وأستر عورتهم وأكتم سرهم

* وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلا رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والخاطئ، والصديق والعدو

*وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان.. لا لأذاه.

*وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى

* وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقية مما يثنيها تجاه الله ورسوله والمؤمنين .

والله على ما أقول شهيدا"[91]

---

[90] Henri Brunswic et al, **Initiation à l'éthique médicale** (,2édition paris: librairie, ,2002) p221

[91] أحمد محمود صبحي و محمود فهمي زيدان، **فلسفة الطب** ، ص 170

لكن من الناحية العملية، هناك تناقض واضح بين الممارسة الميدانية مع تلك المبادئ والبنود، ترتب عنه مشكلات أخلاقية إزاء التطبيقات الحديثة، سواء في الطب أو البيولوجيا، وسنتعرض لتلك المشكلات في الفصل القادم.

معاهدة نورمبرغNürenberg

من بين أهداف البحوث الطبية هو التخلص من الأوبئة والأمراض والسيطرة عليها. سبل تحقيق ذلك، يكون بالتجارب على الإنسان والحيوان. على هذا الأساس انبثقت المشكلات الأخلاقية. فإذا كانت التجارب لا تزال مستمرّة لحد اليوم على الحيوان بالرغم من وجود معارضين من جمعيات حقوق الحيوان والرفق بها، فإن التجارب على الإنسان أثارت الكثير من ردود الأفعال المناهضة لها والتي تنبئ بوجود الخطر على كل الكائنات الحية، بل تدق ناقوس الخطر على مستقبل الإنسانية في الأزمنة القادمة.

أول ردّ فعل قوي شهدته البشرية تجاه إجراء التجارب على الإنسان التي ساهمت في بلورة الفكر البيو–اتيقي لاحقا، هو **معاهدة نورمبرغ Nürenberg** .

فقد كشفت الحرب العالمية الثانية عن تورط أطباء، سواء مدنيين أو عسكريين نازيين في سياسة القمع، الاضطهاد والتطرف السياسي مع مجرمي الحرب العسكريين. إذ قاموا باستغلال المعارف الطبية في سياسات التعذيب، لاسيما في تحسين النسل أو السلالة الإنسانية. ففي ألمانيا، نشهد ارتباطا قويا بين البحث اليوجيني (علم تحسين النسل) وميدان السياسة العامة. فقد كانت تُجلب الأعضاء الداخلية للموتى الأطفال، والهياكل الهضمية لمئتي يهودي إلى معهد **فيشر** الذي يتدرب فيه أطباء تابعون لفرقة الأمن الألمانية (إ س إس) من معسكرات الاعتقال، بل وصل الأمر إلى تعقيم الآلاف من الناس، ما مهّد لقيام معسكرات الموت[92]. لقد أدت هذه التجاوزات غير الإنسانية إلى

---

[92] دانييل كيفلس، «**من تحت المعطف اليوجينيا: السياسة التاريخية للطاقم الوراثي البشري** » ، من كتاب **الشفرة الوراثية للإنسان**، تأليف دانييل كيفلس وليروي هود ، تر: أحمد مستجير، سلسلة عالم المعرفة، العدد 21(الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب والفنون ، 1997) ص21.

الإساءة البالغة لسمعة الطب والعلوم بصفة عامة والبيولوجيا بصفة خاصة، الأبحاث الوراثية بالتمييز العنصري والتعقيم والهراء العلمي إلى درجة أنه يُنعت كل من في هذا الميدان بالإنسان المؤذي [93].

فالتجارب والأبحاث العلمية والطبية التي أقيمت على الإنسان من طرف أطباء نازيين تجاوزوا القيم الأخلاقية والإنسانية، نددت بها المحكمة العسكرية الدولية، على إثرها توصلت إلى وضع مبادئ عامة كأساس لأي بحث تجريبي على الإنسان. من هنا انبثق ميثاق **نورمبرغ** عام 1947 الذي تمحور حول أخلاقيات الطب والتجارب العلمية على البشر. هذا الميثاق حدد المبادئ الأساسية التي تعتبر بمثابة قواعد لتوجيه وإرشاد الأطباء في مهنتهم وأبحاثهم العلمية. تظهر لنا عشرة مبادئ أساسية خاصة بإجراء التجارب على البشر تقتضي الموافقة عليها من المعنيين أنفسهم ومن الأخصائيين كشرط أولي ومطلق. حسب الترجمة التي قام بها **فرانسوا بايل François Bayle** * من الإنجليزية إلى الفرنسية. أولها: القدرة القانونية الكاملة على اتخاذ القرار بإرادة حرة، دون وجود قيود أو إكراهات، مع الوعي بمدى تأثير تلك التجارب، طبيعتها، مدتها، الغرض منها، الوسائل المستخدمة، المخاطر المنجرّة على ذلك مع تحمّل العواقب التي قد تضّر بمصلحته الشخصية، مما يعني وجود إلتزامات وتحمل المسؤولية[94].

من بين المبادئ المفروضة أيضا نجد: اتخاذ الحيطة في إجراء أي تجربة والحذر من أن تسبب أضرارا، سواء مادية أو معنوية على المتطوعين. كما يجب تجنب المخاطرة في إجرائها إذا كانت ستؤدي إلى الوفاة أو الإعاقة. يشترط أن تقام التجارب على أشخاص مؤهلين فقط، يكون لديهم الحق في إيقافها في حال عدم تحمل سيروتها، سواء

---

[93] دانييل كيفلس، **«من تحت المعطف اليوجينيا: السياسة التاريخية للطاقم الوراثي البشري»** ، ص22.

* فرانسوا بايل : طبيب نفسي في البحرية الفرنسية ، تم تعيينه في اللجنة العملية لجرائم الحرب عام 1946 لدراسة وتقديم تقارير عن التجارب النازية.

[94] Amiel P, « **"Code de Nuremberg" :traductions et adaptations en français** » in Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice (Paris : Belles Lettres, 2011) http://descobayesetdeshommes.fr/Docs/NurembergTrad,p6

عضويا أو معنويا، وعلى العالم المسؤول عن البحث الطبي أن يتوقع إيقاف التجارب في أي وقت إذا ترتب عنها ضرر قد يؤدي إلى الوفاة أو العجز.[95] تلك المبادئ التي سطرتها معاهدة **نورمبرغ** امتدت إلى معاهدات أخرى ومواثيق لا تخرج في مضمونها الأساسي عن سابقاتها، هذا المضمون هو التجريب على الكائن البشري الذي يقتضي أهم مبدإ في الفكر البيو-اتيقي ألا وهو **الموافقة الواعية**، كإعلان **طوكيو*Tokyo** ثم إعلان **هلنسكي****Helsinki وبعدها إعلان **مانيلا** ***Manila**. فالموافقة الواعية للشخص على إجراء التجارب هو مبدأ رئيس في صون وحرمة الجسم الإنساني إلى جانب كونه قاعدة أخلاقية فرضتها **محكمة نورمبرغ Nürenberg** ، تعبر عن ضرورتها في تبرير السلوكات الطبية[96].

فمختلف التجارب العلمية عامة والطبية والبيولوجية خاصة، وفق ذلك المبدإ و تلك القاعدة لا يمكن أن تقام إلا بالموافقة الواعية للشخص الذي يدرك تماما طبيعة تلك التجارب وعواقبها على حياته، سواء الصحية أو النفسية. ما يؤكد ذلك، تأسيس لجان للإتيقا وطنية ودولية**Comités d'Ethique** لحماية الإنسان من التطبيقات الطبية والبيولوجية وتوجيه سلوك العلماء وتقييدهم، وكذا تحديد الأنشطة والبحوث المسموح بها، على رأسها: وجوب الحصول على موافقة المريض واحترام قراره قبل أي عمل من أعمال الرعاية. ما

---

(95) Amiel P, « **"Code de Nuremberg" : traductions et adaptations en français »,** pp 6-7

* إعلان طوكيو: عام 1975 الذي يتمحور حول التعذيب والمعاملة الفظيعة اللاإنسانية المفروضة على المعتقلين، لأن الطب وجد لخدمة الإنسانية، سواء الجسمية أو العقلية ، والطبيب ملزم بتحقيق مبدإ الاحترام المطلق للحياة الإنسانية حسب البند الإبقراطي. نقلا عن: Henri Brunswic et al, **Initiation à l'éthique médicale** ,p223

** إعلان هلسنكي:عام 1964 يتمحور حول مبادئ أخلاقية تهدف إلى توفير توصيات تقود الأطباء والأبحاث في الطب البيولوجي، وتوصي بان تكون كل تجربة تقام على إنسان محددة بوضوح في مؤتمر البحث العلمي،نقلا عن: رجاء سلامة وآخرين، **البيوطيقا**، (ط1،، دمشق: دار بترا للنشر والتوزيع ، 2010) ص85.

*** إعلان مانيلا :1980 متعلقة بالتنوع البيولوجي وحماية المعارف والابتكارات والممارسات لدى المجتمعات الدولية والمحلية التي تجسد أساليب الحياة التقليدية ذات الصلة بصيانة التنوع البيولوجي. صاغته منظمة الصحة العالمية OMS ومجلس المنظمات العالمية للعلوم الطبيةCIOMS، وهو يؤكد خاصة على احترام المبادئ الأخلاقية في البلدان النامية . نقلا عن المرجع نفسه (**البيوطيقا**) ص 85.

(96) Henri Brunswic et al, **Initiation à l'éthique médicale** , p55.

يشكل لبّ العلاقة الوطيدة بين الطبيب والمريض وضمانا لاحترام كرامة المريض. حسب **د.فرانسواز بوشيه سولينيه**[****] **Françoise Bouchet Soulinier**، مصلحة المريض فوق كل اعتبار، فحتى وإن كان الطبيب ملتزما بواجبه نحو المريض فلا يحق له أن يقرر بدلا عنه. لأن مثل هذا الفعل قد يؤدي إلى دعاوى قضائية لطلب التعويض في حال مخالفة القوانين الوطنية الخاصة في ميدان الصحة.[97] وفي حال قصور أو عجز المريض على اتخاذ القرار الحاسم حول وضعه الصحي، سواء لأسباب طبية أو قانونية، يكون الطبيب مسؤولا من الناحية الأخلاقية عن نوعية القرارات الطبية التي يتخذها وكيفية العمل وفقها. قد تتعارض تلك القرارات أحيانا مع القوانين الإدارية وتتوافق مع القيم الأخلاقية، لذا يجد الطبيب نفسه أمام التزامين صارمين في شكل قواعد أخلاقية محددة[98].

كل هذا يدل على وجود قيود قانونية وُضِعَت لكبح حرية البحث الطبي والتقني، هذا ما أكدته المنظمات والمعاهدات والمواثيق الداعية إلى حماية الحقوق الإنسانية من كل النواحي، كمنظمة أطباء بلا حدود **Médecins sans frontières**. ظهرت على اثر محاكمات نورمبرغ عدة مفاهيم إضافة إلى "**الموافقة الواعية** " مفهوم "**الجريمة ضد الإنسانية**."

إن مصطلح **الجرائم ضد الإنسانية** حديث النشأة في عُرف القانون الدولي. فحسب المادة (6/ج) من ميثاق نورمبرغ:" الجرائم ضد الإنسانية" هي القتل عمدا والنفي والاستعباد وغير ذلك من الأعمال اللاإنسانية التي ترتكب ضد السكان المدنيين قبل وأثناء الحرب، أو أي أحكام تبنى على أسس سياسية أو عنصرية أو دينية في تنفيذها، أو

**** Françoise Bouchet Soulinier ،دكتورة في القانون وقاضية ، كما تدير قانونيا منظمة أطباء بلا حدود (MSF) وعضوة في هيئة تحرير المجلة الدولية للصليب الأحمر، لها مؤلفات عديدة منها القاموس العملي للقانون الإنساني.

[97] فرانسواز بوشيه سولينيه، **القاموس العملي للقانون الإنساني**، تر محمد مسعود،(دار العلم للملايين، 2006) ص14. مأخوذ من الموقع الإكتروني: https://ar.guide-humanitarian-law.org/content/article/5/khlqywt-mhn-ltbw

[98] فرانسواز بوشيه سولينيه، **القاموس العملي للقانون الإنساني** ، ص 14.

فيما يتعلق بأي جريمة داخل نطاق اختصاص المحكمة، سواء كُوِّنت أو لم تُكَوَن انتهاكات للقانون الوطني للدولة التي وقعت فيها مثل هذه الجرائم والانتهاكات." [99]

وحسب المادة (7/ج) من نفس الميثاق، "حددت نطاق الجريمة ضد الإنسانية في كل أشكال العنف، سواء الجسدي أو النفسي أو الاغتصاب، وكل أشكال الاضطهاد والاستغلال والتمييز العنصري، وتقييد الحريات والقتل العمدي والإبادة وغيرها من الأفعال اللاإنسانية التي تمس الصحة الجسدية أو النفسية أو الكرامة الإنسانية "[100].

إيمانويل كانط Emmanuel Kant(1724/ 1805)

أول ما يثار إلى ذهن الدارس من خلال قراءة العنوان هو عدم وجود أي علاقة بين الفكر الأخلاقي عند **كانط** والفكر البيو-إتيقي المرتبط بالطب و البيولوجيا والبيئة. إلا أن الأساس الذي تقوم عليه الأخلاق الكانطية، هو من بين أهم المبادئ التي تستند إليها البيو-إتيقا حاليا، ألا وهو مبدأ **الواجب الأخلاقي** الذي هو عماد الأخلاق الطبية ومبدأ **الكرامة الإنسانية** الذي تسعى إليه كل المنظمات الوطنية والعالمية والمواثيق والأخلاق التطبيقية المعاصرة للحفاظ عليه.

لو قمنا بتقييم الأفعال الإنسانية أخلاقيا من وجهة نظر كانطية، نجد ما هو مطابق للواجب الأخلاقي ومنها ما هو متعارض معه. الأولى تُصنَّف ضمن دائرة الفضيلة والثانية تدرج ضمن دائرة الرذيلة، مع العلم أن بعض الأفعال قد تكون متطابقة مع الواجب إلا أنها غير أخلاقية. فكيف ذلك؟

إن الواجب الأخلاقي غير منفصل عن الإرادة الخيّرة التي هي عماد الأخلاق الكانطية. فتلك الإرادة الخيّرة هي التي تميز الإنسان عن الحيوان، فهي ملَكة اختيار الفعل المطابق للعقل العملي، والأفعال الأخلاقية النابعة من صوت العقل العملي مستقلة عن

---

[99] المحامي داود درعاوي، **تقرير حول جرائم الحرب والجرائم ضد الإنسانية**، (رام الله : الهيئة المستقلة الفلسطينية لحقوق المواطن، 2001) ص 31

[100] المرجع نفسه، ص 33-34.

الميول والنوازع[101]. بمعنى أن أخلاق ايمانويل **كانط** Emmanuel Kantهي أخلاق العقل التي تستبعد تدخل العواطف في إصدار الأحكام المختلفة.

فالواجب الأخلاقي نابع من صوت الأوامر الأخلاقية التي هي، إما أمرا مطلقا أو أمرا شرطيا."فجميع الأوامر المطلقة هي صيغ شكلية يتم بها تحديد الفعل الذي يكون فعلا ضروريا بمقتضى مبدإ إرادة خيرة على نحو من الأنحاء." [102]

فهي أوامر تأتي على شكل إلزام "**يجب**" الذي يلزمنا بأن نقوم بالفعل دون النظر إلى نتائجه أو انتظار منفعة أو غرض ما، لكونها تدعو إلى التجرد من النوازع الذاتية من ميول وعواطف وأحاسيس. لهذا قال ايمانويل **كانط** "الأمر المطلق يعبر عن فعل مطلوب لأجل ذاته لا تربطه صلة بهدف آخر وضرورة موضوعية." [103]

أما الأوامر الشرطية المتمثلة في الأفعال التي يرتبط تنفيذها بشرط ما، أو غاية ما، وأفعالها مجرد وسيلة لتحقيق أهداف معينة، كأن نقول مثلا لا تكذب حتى تكون مصدر ثقة بين جميع الناس، لهذا قال: "الأمر الشرطي يعبر على أن الفعل يكون خيرا بالقياس إلى مقصد ممكن أو واقعي" [104]. هذا الصنف من الأفعال لا يُعدّ أخلاقيا، حسب وجهة نظره.

إن ما يميز الواجب الأخلاقي هو صفته الكلية العامة والمطلقة، النابعة من العقل. لهذا اتخذه **كانط** قانونا عاما تسري عليه كل الأفعال، وعبر عنه في هذه الصيغة التي تحمل الأمر المطلق "لا تفعل الفعل إلا بما يتفق مع المسلّمة التي تمكنك في نفس الوقت

---

[101] ايمانويل كانط، **تأسيس ميتافيزياء الأخلاق**، تر:عادل العوا، (ط1، بيروت: عويدات للنشر والطباعة،2001) ص ص 77-78.

[102] المرجع نفسه ، ص 81 .

[103] المرجع نفسه ، ص80

[104] المرجع نفسه، ص 93.

من أن تريد لها أن تصبح قانونا عاما." [105] لهذا يعتبر الواجب الكانطي بمثابة قانون أخلاقي منزّه فطري قبلي.

فبالرغم من الإنتقادات التي وجهت إلى نظرية الواجب الأخلاقي إلا أنها تؤكد على أن طابع الأخلاق موضوعي محض، بعيد كل البعد عن الطابع الذاتي المتغير، تصلح أن تكون أساسا للدين بعدما حرر الأخلاق من سيطرة الكنيسة، والتأكيد على عدم صلاحية الأوامر والنواهي الدينية في أن تصير قوانينا تلزم الناس من دون أن ينتظروا الثواب أو العقاب من الله، لأجل ذلك قال **إيمانويل كانط** " (...) إن الأوامر الأخلاقية المطلقة لا يمكن أن تنطبق على الإرادة الإلهية ولا على الإرادة المقدسة بوجه عام."[106] وليس هناك من شك أنه ساهم في بلورة الفكر البيو-إتيقي .

صفوة القول، إن الواجب الأخلاقي الكانطي الذي يحمل الصبغة الصورية والصفة الكلية والعامة التي تسري عليه كل الأفعال، أصبح إلزاما خاصا في كل ميدان، كميدان الطب والبيولوجيا، مثل واجب الطبيب نحو مريضه أو واجبه نحو زميله، أو نحو عمله....الخ، قياس ذلك كل الميادين التي تفترض الالتزام بأخلاقيات المهنة. على ضوء هذا، نشهد قفزة نوعية في الانتقال من الطابع العام الشمولي إلى الطابع الخاص الجزئي. لأجل ذلك تجرئنا للخوض في مراحل تطور الفكر البيو-إتيقي .

المبحث الثاني: البيو-إتيقا ومراحل تطورها

في ظل التغيرات الجذرية التي مست كل ميادين الحياة، ظهر فرع جديد من الأخلاق التطبيقية جعل الفلسفة تؤدي دورا أكثر واقعية. فلم يعد دورها يقتصر فقط – وبنسبة كبيرة – على الجانب النظري والتجريدي، بل تسعى لدراسة العقبات الأخلاقية التي ما انفكت تواجه الممارسين ناهيك عن مدى خروجها بحلول فعلية عبر مواقف عملية.

---

[105] ايمانويل كانط، **تأسيس ميتافيزياء الأخلاق** ، ص 93

[106] المرجع نفسه ، ص13.

ولعلّ ظهور مختلف اللجان الأخلاقية الوطنية والدولية والمنظمات العالمية لحقوق الإنسان، يمثل نماذجا معبرة عن انتقال الأخلاق من الطابع النظري إلى الطابع العملي في ظل ثورة التقانة الحيوية المتقدمة .

فهل للتفكير الفلسفي دور في انبثاق الفكر البيو-إتيقي وتطوره ؟

يتفق غالبية الباحثين على أن البيو-إتيقا مرت بثلاث مراحل هي: المرحلة الأخلاقية، المرحلة القانونية الفلسفية والمرحلة التجارية والاقتصادية.

- المرحلة الأولى: المرحلة الأخلاقية اللاهوتية

بدأت هذه المرحلة عند نهاية الستينيات إلى أواخر السبعينيات من القرن العشرين. حينما شهدت الأوساط الفكرية في أمريكا تحولات جذرية في المفاهيم والقيم، بعد التجاوزات اللاأخلاقية واللاإنسانية في الميدانين الطبي والبيولوجي، كما تناولته الصحف والمجلات عند نشرها لشهادات المرضى وأهاليهم الذين نقلوا ما تعرض له نزلاء المستشفيات والمصحات الإستشفائية من استغلال وانتهاك لحقوقهم، مست كرامتهم وقيدت حرياتهم في اتخاذ قراراتهم الشخصية حول خضوعهم للعلاج أو رفضه، على أساس أنه غير مؤهل لمعرفة مصلحته. بمعنى أن المريض خاضع لسلطة الطبيب في استعمال الأدوية أو الفحص أو العلاج أو المشاركة في التجارب العلمية. في وقت سابق، كانت الأخلاق الطبية الكلاسيكية خاضعة للسلطة الأبوية الإبوقراطية وللتعاليم الدينية التي تعتبر جسد الإنسان مقدسا. فهو ملك لله ولا يجب التصرف فيه، ولكون الطبيب هو الوحيد المُخَوَّل له التعامل مع جسد المريض ويحق له التصرف فيه عند اشتداد المرض عليه، فقد أعطت له الكنيسة هالة قدسية، لهذا يلجأ الأطباء المسيحيون إلى الرهبنة، مع العلم أن عملية التبشير المسيحي مرتبطة بالطب.[107]

وتعتبر البروتستانتية أول الديانات التي صنعت الحدث البيو-اتيقى على يد الكثير

---

[107] عمر بوفتاس ، **البيواتيقا: الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيوتكنولوجية**، ص ص 76-77.

من المفكرين** المهتمين بالقضايا الأخلاقية، شاركهم في ذلك مفكرون يهود عند تأسيسهم وبلورتهم للفكر البيو–اتيقي، حيث تم نشر أفكارهم التي أصبحت مكشوفة لدى الجميع، بعدما كانت منحصرة بين المنتمين لفريق البحث، بل إلى الطب العيادي الذي ولّد وضعيات لا إنسانية كانت سببا مباشرا لمآسي الكثيرين، ومن ثمّة انبثق الفكر البيو–إتيقي كنتيجة حتمية لتلك الممارسات.(108)

مثل هذه المعاملات اللاإنسانية التي تعرضت لها بعض فئات المجتمع في وقت من الأوقات كالسجناء والمصابين بأمراض عقلية وغيرهم كانوا قد خضعوا لتجارب وأبحاث علمية غير أخلاقية .

لقد انطلق رجال الدين اليهود والمسيحيين من حملة أخلاقية دينية كلاسيكية، وفكر إنساني يقوم على مفاهيم ذات طابع ديني قوي، مثل قيم الإحسان، الشفقة، التعاطف مع المريض، وعلى استنكار الممارسات اللاإنسانية التي ما انفكت تتزايد نسبتها في المجال الطبي/البيولوجي.(109)

أما العامل الثاني لإنبثاق الفكر البيو–إتيقي، فهو تلك التساؤلات التي طرحتها التقنيات الحديثة الطبية وما أسفرت عنه من ضرورة تغيير بعض الأفكار والمفاهيم الأساسية حول معنى الحياة، الموت، الكائن الإنساني وتقنيات زراعة الأعضاء التي أثارت الكثير من التساؤلات الأخلاقية، مما استوجب إعادة النظر في صياغة الخطابات الأخلاقية الكلاسيكية والدينية، لعجزها عن تقديم إيضاحات أو أجوبة لتلك التساؤلات المطروحة في ميدان الطب والبيولوجيا. وبهذا نشهد بروز مؤسسة فكرية جديدة لم يكن لها

** وهم : جوزيف فليشر- joseph Fletcher - وبول رامسي Paul Ramsey -J.Childress - W.May J.Gustafson Ch.Curran وانضم اليهود إلى قائمة المهتمين بالقضايا البيواتيقية الذين ساهموا في تأسيس الفكر البيواتيقي أمثال ، W.Reich F.Rosner I.Jkobovitz ، D.Bleich ،R.Mc cormick ،Ch.Curran . حسب **Hubert Doucet في:**
« **Religion** et Bioéthique, Réflexions sur l'histoire de leur relation »

(108) Hubert Doucet , « **Religion et Bioéthique, Réflexions sur l'histoire de leur relation »**

(109) عامر عبد زيد ، «**البيوتيقا والفلسفة والقانون** »، من كتاب **البيوتيقا والمهمة الفلسفية**، ص76.

إسم في البداية*،وتأخذ في الحسبان موقف المشاركين في الحوار في جميع الميادين لإستحداث نوع جديد من التفكير،هدفه دمج العلوم البيوطبية بمنظومة القيم الإنسانية.(110)

ما يمكن استخلاصه، هو أن هذه المرحلة شهدت بداية الإنفصال عن الأخلاق الطبية الكلاسيكية، وبداية تحول الفكر الأخلاقي اللاهوتي القائم على الوصاية الدينية إلى فكر أخلاقي جديد، يتجاوز الطابع الكلاسيكي إلى الطابع العلماني بغية العثور على لغة مشتركة، كما يعتقد **غي ديوران Guy Durant**. إنها تحاول إيجاد أجوبة ترضي جميع الأطراف دون تمييز إيديولوجي أو ديني. فلا يعني أبدا أن المتديّن أو العلماني أو المؤمن لا يحق له أن يبدي رأيه، بل يفعل، شريطة ألا يجعل معتقده أو إيمانه منطلقا أساسيا لتبريره. لذا يجب أن يكون أساس الحوار قائما على العقل، لا غير.(111)

الخلاصة الثانية التي توصّلنا إليها في هذه المرحلة، هي الجواب على السؤال الذي طرحه **هوبر دوسي Hubert Doucet** في البداية، بأن الدين ذو مكانة عالية في بلورة الفكر الأخلاقي الجديد وغياب دور الفلاسفة في مجال الأخلاقيات الطبية والبيولوجية. غير أن بقاءهم بعيدون عن الأحداث لم يكن مستديما، حيث استيقظت الفلسفة من سباتها واقتحمت الميدان بقوة ، هذا ما سنعرضه في المرحلة الثانية من تطور الفكر الأخلاقي الجديد.

-المرحلة الثانية: المرحلة القانونية الفلسفية

في هذه المرحلة نجد أن مقاربة **غي ديوران Guy Durant** قد تحققت وأصبحت البيو-إتيقا مؤسسة علمانية، قانونية، سياسية، بعد انضمام رجال القانون والفلاسفة إلى الخطاب البيو-إتيقي وتراجع الخطاب الديني. تبدأ هذه المرحلة من أواسط السبعينيات إلى نهاية الثمانينيات، حيث نلحظ من خلالها الإنشغال الأمريكي **بالقرار الطبي** كانشغال

* مصطلح البيو-اتيقا لم يظهر إلا في حدود 1970.

(110) Hubert Doucet , « **Religion et Bioéthique, Réflexions sur l'histoire de leur relation** »

(111) غي ديوران، **البيواتيقا الطبيعة، المبادئ والرهانات**، ص ص48-47

أساسي، إلى جانب مواضيع أخرى كشروط الاستفادة من العلاج الطبي، تحديد بعض المفاهيم الأساسية كالموت والتمييز بين أنواعه (الموت البيولوجي/موت الدماغ ...) الفحص الوراثي وغيرها من القضايا التي استدعت إنشاء لجان خاصة تُحدد المعايير الأخلاقية تجاهها، سواء محلية أو دولية ذات طابع تعددي للخطاب الأخلاقي الجديد. بهذا نشهد انتقال الفكر البيو-إتيقي من المحيط الأمريكي إلى أوروبا، خاصة الدول الناطقة باللغة الإنجليزية.[112] لهذه الأسباب أخذ الفكر الجديد صبغة عالمية في ظل غزو العولمة لكل ميادين الحياة .

فقد تم تأسيس أول جمعية تهتم بالإتيقا عام 1961 في مستشفى سياتل **Seattle** بالولايات المتحدة الأمريكية للنظر في المشاكل المتعلقة بتقنيات تصفية الدم صناعيا وإعداد إجراءات اختبار للمرضى المؤهلين لذلك العلاج. كما أُنشِئت في فرنسا جمعيات إتيقية محلية بالمعهد الوطني للصحة والبحث الطبي عام 1974، بعدها في المستشفيات، المصحات، المعاهد البحثية والتنظيمات العلمية، هدفها الأساسي : مراعاة البعد الإنساني الإنساني أثناء الممارسات الطبية أو في الأبحاث الطبية والبيولوجية[113].

ما يميز هذه المرحلة، هو بروز دور رجال القانون في الخطابات الإتيقية حين أعطوا للمبادئ الأخلاقية صبغة شرعية أضحت فيما بعد قواعدا قانونية. من هنا أصبحت قضايا الطب من بين اهتمامات الدولة التي حددت جوانبها الأخلاقية، بهذا نلحظ الترابط بين الطب والسياسة، كما لوحظ أيضا اهتمام الفلاسفة بعقلنة المشروع البيو-إتيقي.

في هذه المرحلة حُدِدَت المبادئ الأساسية للبيو-إتيقا وتمّ التركيز على حق المريض في تقرير مآله وربطه بمبدإ "الإستقلال الذاتي". هذا المبدأ يأتي على رأس المبادئ البيو-إتيقية من حيث الأهمية والأولوية التي شيدّها **التيار المبدئي**، بهذا تم استبعاد رجال الدين

---

[112] عمر بوفتاس، « **موقع البيواتيقا في إطار المعرفة المعاصرة**» ،http//www.aljabriabed.net/n40_03bufta htm

[113] رجاء وآخرون، **البيواتيقا**، (ط1، دار بترا للنشر والتوزيع: سوريا، 2010) ص87.

من الخطاب البيو–إتيقي – كما أشرنا إليه مع **غي ديوران Guy Durant**– وتمّ استبدال قيم الإحسان والشفقة والتعاطف بالمبادئ السابقة.[114]

يظهر من خلال هذه المرحلة، العلاقة الوطيدة بين القانون والأخلاق، كظاهرتين مترابطتين لا يمكن التمييز بينهما، ويقترن الفكر البيو–إتيقي بمتطلبات الحداثة التي تتميز بهيمنة الجانب القانوني حيث أخذت المبادئ الأخلاقية صبغة قانونية بعدما واكبت الأخلاق القانون، ثم أن القوانين وحدها كفيلة بتحديد المعايير الأخلاقية العامة، بدلا من إصدار الأحكام الأخلاقية على الحياة الخاصة للأفراد في ظل مجتمع يَحْصر الأخلاق في نطاق اختيارات الفرد . وبالتالي ارتبطت الحقوق بالأفراد أكثر من ارتباطها بالمجتمع ، نظرا لسمة الفردانية السائدة في المجتمع الأمريكي.[115] ما يعني استبدال النزعة الدينية الإنسانية بنزعة حقوق الإنسان، وتحويل المبادئ الأخلاقية الخاصة بميدان الطب والبيولوجيا إلى تشريعات قانونية مفروضة على الممارسين في ذلك المجال، وتُعرِض كل من ينتهك حقوق المرضى أو المس بكرامتهم للعقوبات المختلفة حسب طبيعة المخالفة المخالفة.

فعديد المسائل المختلفة التي أثاره التقدم التقني وتطبيقاته في المجال البيوطبي وجد فيها القانون نفسه محصورا في قرار كيفية استخدام تشريعاته. هل يُسمح بتلك التطبيقات، أم أنه يجب عليه منعها للحفاظ على القيم والنظم السائدة في المجتمع؟[116]

فالبيو–اتيقا إذن، تحولت في هذه المرحلة إلى مؤسسة تثير اهتمام رجال القانون، بعدما كانت في البداية تجمع بين الأطباء والباحثين وعلماء الدين لأجل التحاور حول القضايا الأخلاقية الجديدة التي أثارها التقدم العلمي والتقني في الميدان البيوطبي. ثم

---

[114] عمر بوفتاس، **البيواتيقا: الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيواتكنولوجية**، ص84.

[115] Hubert Doucet, « **Religion et Bioéthique, Réflexions sur l'histoire de leur relation** ».

[116] سعيد محمد الحفار، « **البيولوجيا ومصير الإنسان**» ، عالم المعرفة، العدد 38،(الكويت:المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1978)، ص 210.

انخرط الفلاسفة في النشاطات البيو-اتيقية وانضموا للمشروع البيو-اتيقي في التغير الذي حصل عند طريقة معالجة القضايا الأخلاقية الجديدة بالاستناد إلى الواقعية في التفكير، تحري موضوعية التحليل المستقاة من الفلسفة البراغماتية، المناقشة، انتهاج طرق الاستنباط والاستنتاج في تناول الموضوعات التي هي أيضا محل نقاش، أيضا في الفلسفة التحليلية[117].

ما يمكن استخلاصه من هذه المرحلة، أن التفكير الفلسفي والقانون يحتلان مكانة هامة في الفكر البيو-اتيقي الذي أصبح خطابا علمانيا يتراجع على إثره علماء الدين أمام علماء الأخلاقيات الذين يستندون إلى القانون والفلسفة عند بلورة وصياغة مواقفهم .

لذا نتساءل هل احتفظ القانون بنفس الدور بعد نهاية الثمانينيات؟

-المرحلة الثالثة :هيمنة الطابع التجاري والاقتصادي:

هي مرحلة انتقال البيو-اتيقا من طابع قانوني إلى طابع اقتصادي حيث أصبحت القضايا الإقتصادية من ضمن اهتمامات الفكر البيواتيقي. تبدأ هذه المرحلة من أواسط الثمانينيات إلى يومنا هذا.

أخذت البحوث الطبية والبيولوجية منحى آخر في طرح تساؤلاتها التي واكبت اتجاها اقتصاديا حين بحثت عن تبرير لمشروعيتها والمعايير التي تقاس بها تلك البحوث. هل ستعم الفائدة على المجتمع كله، أم على النخبة، أم على الباحث فحسب؟ وهل سيؤدي هذا إلى حل المشكلات الخاصة بالتطور والتنمية؟ هل ستكون في خدمة العالم بإسره، أم تتوسع الفجوة بين الدول المتقدمة والدول النامية؟ هذه المعايير االمضبوطة على مستوى بعض البحوث، كالهندسة الوراثية وزراعة الجينات هي التي ساهمت في تطوير القاعدة المادية للعلوم الطبيعية[118].

---

[117] عمر بوفتاس، **البيواتيقا: الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيواتكنولوجية**، ص 86.

[118] مصطفى ناصف،« **الوراثة والإنسان** » ، عالم المعرفة، العدد 100، (الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1986)، ص161.

والسؤال الذي شغل الفكر البيو–اتيقي في هذه المرحلة يتمحور حول محدودية الموارد في ميدان الصحة والعناية. بدأ توجيه النقد للخطاب القانوني و للتيار المبدئي، على رأسها مبدأ الاستقلال الذاتي الذي أخذ النصيب الأكبر من النقد. ويتلخص موضوع هذه المرحلة في التحكم بالأسعار التي أصبحت، حسب تعبير العالم الاجتماعي الأميركي **روني فوكس René fox** شكلا من الأوامر الأخلاقية المطلقة. فهناك ملاحظتان يمكن الاعتماد عليهما للإحاطة بمشكلة محدودية الموارد. **الملاحظة الأولى** تتمثل في بلورة اللغة البيو–اتيقية، حيث تمّ تغيير استعمال الاستقلال الذاتي، الموافقة الواعية، الحق في تقرير المصير، الحق في العلاج والعناية، السيطرة على الأمراض وغيرها من العبارات الخاصة بالميدان، وحلّت محلّها عبارات ذات صبغة اقتصادية مثل توازن الميزانية، الموارد المحدودة، العقلنة الاقتصادية، العلاقة بين التكلفة والربح وغيرها من العبارات الاقتصادية. ثم أن موضوع محدودية الموارد ليس جديدا . فقد طرح منذ بداية التكنولوجية الحديثة: كموضوع زراعة الأعضاء الذي يطرح المشكلات نفسها وإمكانية مضاعفة منابع الموارد المراد الحصول عليها. غير أن محدودية الموارد بسنوات التسعينيات، أخذت محدودية الموارد اتجاهات أخرى. آنفا كان التفكير منصبا على كيفية وضع حد للشحّ وقلّة الموارد. أما الآن فيتعلق الأمر بكيفية توزيعها و إبراز التقنيات العملية لفعل ذلك. مع التساؤل، هل توجد إمكانيات مالية لتحقيق ذلك ؟ بل أصبح التساؤل حول نوعية النظام الصحي المزمع تطويره ؟ مع الإبقاء على سعر الخدمات رغم ما يمكن أن ينجر عنه من اختلالات في الأسعار. فالسؤال المتعلق بقلّة الموارد، يستوجب الخوض في بعض المفاهيم الأساسية حول معنى الحياة والموت والصحة[119].

والملاحظة الثانية، هو الإشارة إلى انبثاق فكر جديد في العقد الأخير. إذ أن التكنولوجية بكل زخمها وازدهارها، يمكن أن تتمخض عنها نتائج مستعصية، مثال

(119) Hubert Doucet, « **Religion et Bioéthique, Réflexions sur l'histoire de leur relation** »,

الشيخوخة، الموت والحلم الذي يراود البيوطبي في إطالة مدة الحياة التي تعتبر مغامرة اقتصادية باهضة الثمن، تستنفذ كل الموارد الاقتصادية وتلغي التقدم الذي تمّ تحقيقه تبعا لذلك. لكن في المقابل، الإقبال على فكرة الموت سَيُولِّد الكثير من البؤس والشقاء على الفرد، ينجر عنه توتر اجتماعي. فالمجتمع الأمريكي على وجه الخصوص قد يعرف كيف يمدد الحياة، لكنه في عجز تام على معرفة كيفية تطوير الأهلية نفسها، وكيفية مواجهة عواقب الشيخوخة. فالحُلم غير المحدود له انعكاسات غير متوقعة[120]. فالأقاويل التي ذاعت مؤخرا إثر جائحة كوفيد-19 خير دليل على ذلك. إذ حسب أطباء معروفين في مجال الصحة والمخابر كـ"**نيكولاس مارك** (**Mark Nicholas** الأمريكي"، يرى أن انتشار هذا الفيروس هو في واقع الأمر محاولة من أعلى المستويات للتخلص من المسنين دون الخوض في صحة أو بطلان هذه الأقاويل، فإن مجرد التخمين سلبا في نفقات الشيخوخة المقدرة بملايير الدولارات، يُعدُّ في حد ذاته هاجسا يؤرق ساسة الدول المتقدمة .

ما يميز هذه المرحلة هو تميّز الخطاب القانوني عن الخطاب البيو-اتيقي، نظرا لاختلاف طبيعة القضايا التي يعالجها كل منهما، مما يوحي إلى وجود فراغ قانوني وعدم اهتمامه بالجانب الإنساني القيمي، إذ كان النقاش والجدال حول مشروعية أو عدم مشروعية مختلف الأنشطة الاقتصادية التي تعرفها تقنيات التحكم في الولادة والأبحاث وأشكال الاستغلال الاقتصادي لمنتجات الجسم الإنساني، من دم وبويضات ونطاف وخلايا جذعية الغضروف والمورثات وأعضائه، بالإضافة إلى قضايا أخرى ذات طابع اقتصادي، مثل محدودية الموارد والتسابق نحو براءات الاختراع في إطار اكتشافات الهندسة الوراثية والعلاقة بين التكاليف والأرباح في مجال البحث العلمي. بهذا أضحى تحول العلماء والباحثين في مجال الطب والبيولوجيا إلى رجال أعمال ومستثمرين في

(120) Hubert Doucet, « **Religion et Bioéthique, Réflexions sur l'histoire de leur relation** »

المجال[121]. مما يعني غياب بعض القيم والآداب الإنسانية وإجتثاثها من مضمونها الذي طغى عليه الطابع القانوني والسياسي وتزايد الإستغلال الإقتصادي في الميدان.

إثر ذلك، ظهرت اتجاهات أخرى غير الاتجاه المبدئي الذي اعتبره البعض اتجاها كلاسيكيا فيه الكثير من النقائص والثغرات، كالاتجاه النسوي* والتيار الذي يرتكز على دراسة أحوال الضمير **Casuistique**** وغيرها من التيارات التي تتبنى مقاربات أخلاقية جديدة مغايرة لما هو سائد، والتي ساهمت كثيرا في تطور الجانب النقدي للبيو-اتيقا.

إذا كانت مقاربة **غي ديوران** علمانية استبعدت رجال الدين كما تُظهره المرحلة الثانية لتطور الفكر البيو-اتيقي، فإن المرحلة الأخيرة تطلعنا بالعودة القوية للخطاب الديني في إيجاد الحلول لمختلف القضايا المترتبة عن التطور السريع في المجال البيوطبي. فإذا كان **هوبر دوسي Hubert Doucet** قد طرح سؤالا عن مكانة الدين في الفكر البيو-اتيقى في بحثه **عن تاريخ العلاقة بين البيو-اتيقا والدين**، فإننا نجيبه ونقول بأن الدين يلعب دورا مهما في بلورة الفكر الأخلاقي الجديد، سواء في إيجاد الحلول أو مساعدة المرضى من الجانب الوجداني. فلا ينحصر دور الدين في البيو-اتيقا فقط بل في التاريخ الإنساني بكل حيثياته.

لقد أقيم يوم دراسي في كلية الطب بفرنسا (**Aix Marseille**) تحت إشراف لجنة أخلاقيات العناية والديانات **Éthique des soins et religions** في21 فيفري 2018 يحمل موضوع **La Bioéthique: qu'en disent les religions ?** (البيو-إتيقا، ماذا تقول عنها

---

[121]عمر بوفتاس ، **البيواتيقا، الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيواتكنولوجية**، ص ص87-88.

* التيار النسوى : يقوم بتحليلات القضايا البيو-اتيقية بما يتماشى مع مصلحة المرأة لكن مع الإحتفاظ بعملية التحكم في جسدها وتحفظاتها عن مبدإ الإستقلالية في اتخاذ القرار. نجد بعض الإتجاهات تعطي قيمة للخاصية النسوية في حين أن البعض الآخر يلغي كل الإنذارات المختلفة للمرأة، مع العمل على عدم تشجيع كل أنواع الاستغلال عن:
Gibert Hottois et al, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique,** p459

** التيار Casuistique : اتجاه يقوم بتحليل وإعداد منهجي لحالات محسوسة واقعية أو صورية بأخذ بعين الإعتبار في الوقت نفسه القواعد العامة حالة بحالة وخصوصيات كل منها. نفس المصدر :
Gibert Hottois et al, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique**, p159

الديانات ؟) هذا الملتقى يُظهر أهمية دور الأديان والمعتقدات في الفكر البيو–اتيقي، له هدفان: الأول هو التحليل بطريقة عملية من خلال وضعيات معيشة ومن وجهة نظر الطب التنبئي ووجهة نظر الدين والإيمان. الهدف الثاني هو اكتشاف الترابط الموجود بين الدين والبيو–إتيقا من خلال مقاربات فلسفية ودينية لاهوتية[122].

فحسب دراسة **غي ديوران Guy Durant**، الإيمان المسيحي واللاهوت ينتجان قواعدا ومعاييرا إتيقية خاصة، بالرغم من المنظور البيو–اتيقي العلماني، إلا أن البيو–اتيقا ترغب في أن تكون منتدى الدين المسيحي. ويظهر دور الدين عند المرضى أثناء اقترابهم من الموت، كما أنه يساهم في تحقيق اتزان الشخصية، لكونه يمثل الجانب العميق منها و أن الأخلاق مبدأ أسمى **Fondement suprême** وتبرير نهائي، فالدين يمثل حافزا **Stimulant** مهما للبحث العقلي والممارسة المسؤولة، و يدرج التفكير البيو–إتيقي أيضا في نطاق تراث إنساني وشخصاني لا يمكن إغفاله[123].

بحيث يضمن لجميع الأشخاص الحق في إبداء آرائهم مهما كانت دياناتهم أو إيديولوجياتهم، لكون المشكلات مشتركة والرهانات تهم المجتمع[124].

لهذا السبب، اشترك المواطنون الفرنسيون في الملتقى الدراسي مع الأطباء ورجال الدين، مما يثبت أن الجميع لهم حق المشاركة في إبداء آرائهم، بالرغم من استنكار الكثيرين عودة الدين إلى الخطاب البيو–اتيقي الذي سَيُفقده طابعه العلماني والحداثوي.

ما نستخلصه في هذه المرحلة، أن عودة الدين إلى صلب المشروع البيو–اتيقي، هو نتيجة ضغط الاهتمامات الاقتصادية التي أصبحت تشغل ذهن العاملين في المجال البيوطبي والطابع المادي الذي طغى على العلاقة بين الطبيب والمريض، والتزايد الشديد

---

[122] Amphi HA1, « **La Bioéthique: qu'en disent les religions ? Éthique des soins et religions »,** Aix Marseille Université Amphi HA1 – Hôpital de la Timone Adultes, Mercredi 21 Février 2018.

[123] غي ديوران، **البيواتيقا :الطبيعة ، المبادئ والرهانات** ، ص 127.

[124] المرجع نفسه، ص 129

لاهتمام علماء الدين بالقضايا البيو–اتيقية، والمعضلات التي أفرزتها الثورات الأخيرة والتي عرفتها ميادين الإنجاب الاصطناعي، الهندسة الوراثية، زراعة الأعضاء وغيرها من التقنيات الحديثة. حتى علماء الإسلام شاركوا في الحوار البيو–اتيقي من خلال ندوات مختلفة، لهذا الغرض أُنشئت مجمعات فقهية شبيهة باللجان الأخلاقية الأمريكية أو الأوربية في مستوى تشكيلها، أي تضم أطباء، علماء بيولوجيا، علماء النفس، الاجتماع، الاقتصاد، القانون وغيرهم[125]. سنتطرق إلى مواقف علماء الدين، المسلمين منهم والمسيحيين تجاه القضايا البيو–اتيقية في الفصل اللاحق.

يمكن القول أن الفكر الكلاسيكي لا يمكنه استيعاب القضايا الجديدة المترتبة عن الممارسات الطبية والتكنولوجيات الحديثة، لذا ظهرت أخلاقيات الطب والبيولوجيا "البيو–اتيقا" كجزء من الأخلاقيات التطبيقية التي تهدف إلى تنظيم الممارسات المختلفة داخل شتى ميادين العلم والتكنولوجيا، مع كل ما يرتبط بها من فعاليات اجتماعية، اقتصادية، مهنية وغيرها. ما يمكن قوله هو أن نشأة المصطلح في حد ذاته محل اختلاف بين تصورين: الأول مقاربة **بوتر Poter** الذي تعد شمولية تتعدى مجال الأخلاقيات الطبية والبيولوجية إلى مجالات الأخلاقيات التطبيقية (أخلاقيات البيئة والأخلاقيات المهنية) والمقاربة الثانية هي **لهيلغرز André Hellegers** تخص مجال أخلاقيات الطب والبيولوجيا التي تعتبر إمتدادا لأخلاقيات الطب الكلاسيكية. فهي مؤسسة تتميز عن الأخلاق الطبية وعلم الواجبات الطبي. و يظهر أثر المقاربتين السالفتين **(بوتر/هيلغرز)** جلّيا في مراحل تطور الفكر البيو–اتيقي. فإذا كانت المرحلتان الأولى والثانية تظهران مقاربة شمولية للبيو–اتيقا فإن المرحلة الأخيرة تجعل مقاربة **بوتر** تتراجع أمام مثليتها **لهليغرز** بالتركيز على أخلاقيات الطب والبيولوجيا والصحة .

---

[125] غي ديوران، **البيواتيقا :الطبيعة، المبادئ والرهانات**، ص 129.

الفكر البيو–اتيقي مّر بمراحل: كل مرحلة توضّح الصبغة السائدة فيها. مرة أخلاقية لاهوتية ومرة قانونية، فلسفية ومرة اقتصادية، ثم العودة إلى الطابع الديني تحت ضغط النزعة المادية والمذهب البراغماتي. هذا لا يعني حصر هذا الفكر في الجانب العملي فحسب، لأن هذا الفكر له جانب تنظيري يسعى إلى وضع مبادئ عامة وقوانين توجه سلوك الممارسين في الميدان البيوطبي.

المبحث الثالث: قوانين البيو–إتيقا وظهور اللجان الأخلاقية

إن الحديث عن قوانين البيو–اتيقا هو الحديث في سياق العلاقة الموجودة بين الفكر البيو–إتيقي والقانون .

الميدان الأول يمثل مجموع القواعد التي توجه السلوك الإنساني ذا الصبغة الفردية، بينما الميدان الثاني هو مجموع القواعد التي تنظمها السلطة المعنية، موجهة لتنظيم المجتمع، إلا أن هدفهما واحد هو الخير العام والمصلحة العامة للإنسان.

غير أن التطورات والتقنيات الحديثة في مجال الطب والرعاية الصحية خاصة والمجال البيوطبي الذي يستخدم الموارد والمنتجات الحيوية (كالقرنيات، النخاع الشوكي، الأنسجة الجلدية...) والتقنيات الحديثة في التحكم بالولادة وما تتضمنه من عمليات وطرق متنوعة كالتلقيح الصناعي، أطفال الأنابيب، استئجار الرحم، بنوك التبرع بالبويضات والنطاف، بنوك الأعضاء البشرية أو الحيوية من دم وجلد..إلخ، البحوث التي تقام على الأجنة، اليوجينيا، مشروع الجينوم البشري أو الكأس المقدسة الذي يهدف إلى القضاء على الأمراض الوراثية وغيرها، كل هذا يستدعي وضع قوانين تُلزِم الممارسين في الميدان تطبيقها تفاديا لإنزلاقات محتملة. هذه الضوابط القانونية تسمى بقوانين البيو–اتيقا **les lois de la bioéthique**، حيث نشهد ارتباط أخلاقيات الطب والبيولوجيا بالقانون، حينئذ ظهر مصطلح البيو–قانوني **Bio droit** أو القانون البيولوجي بعد تأكد السياسيين بضرورة إعطاء الطابع الإلزامي لذلك الميدان .

تجدر الإشارة إلى أن هناك فرق بين **القانون الطبي/البيولوجي /Bio Droit** و**الطب الشرعي La Medecine légale.** فالطب يستعين بالقانون لتسوية المشكلات الإتيقية المترتبة عن تطبيقاته، والقضاء يستعين بالخبرات البيوطبية لحل المشكلات القانونية .

غير أن اهتمامات الميدانين البيولوجي/ القانوني متشابكة مع بعضها البعض. فالقانون ينظم أنشطة الأحياء ويحقق لهم الأمن والحماية. البيولوجيا تدرس قوانين الحياة وتقوم على اعتبارات وحقائق بيولوجية خالصة ينطلق منها القانون كمادة خام، يعيد طرحها من جديد وفق سيرورة التقنيات والتداعيات الأخلاقية المترتبة عنها، كعمليات نقل و زراعة الأعضاء التي أثارت تساؤلات كثيرة: [126] متى نعتبر الإنسان ميتا؟ هل يجوز لنا التصرف في جسده بشكل كلّي أو جزئي؟ عند حياته أو عند مماته؟ هل يحق للطبيب أن يضع حدا لحياة مريض ميؤوس من شفائه، تلبية لرغبته، إما شفقة عليه أو رحمة به، وبالتالي الاستفادة من أعضائه؟ هل يحق للبيولوجي وللطبيب إجراء تجارب على المحكوم عليهم بالإعدام أو المعاقين أو المجانين، كفئران تجارب لتفادي حرب بيولوجية مثلا، أو للإستعداد لها أو لتجنّبها؟ وهل يحق قانونيا وإنسانيا تأجير سيدات لحمل الأجنة (الأم بالوكالة أو استئجار الرحم)؟

أسئلة عديدة تنتظر أجوبة وحلولا مناسبة، خاصة مع التطورات السريعة في الميدان الطبي/ البيولوجي،التي من خلالها تتفاقم المشكلات الأخلاقية الناجمة عنها، على القانون أن يساير ويواكب التطور بسَنّ قواعد ملائمة لذلك، ثم النظر في مدى وجوب تدخل الدولة في التخطيط والتنظيم للأبحاث البيولوجية الوراثية منها خاصة .

إن المقابلة بين المجال القانوني وعلم البيولوجيا من الناحية العملية التطبيقية، تظهر جلّيا في ثلاث قضايا أساسية هي[127] :

- إنجاز مخططات لتنظيم السكان.

---

[126] سعيد محمد الحفار، « **البيولوجيا ومصيرالإنسان** » ، ص ص 205-206.

[127] المرجع نفسه، ص ص 205-206.

- الطب الوراثي والعلاج الجيني .
- الهندسة الجينية والكأس المقدسة (مشروع الجينوم البشري).

على سبيل المثال القانون الخاص بحماية الأشخاص المتطوعين في الأبحاث البيوطبية ينص على عدم جواز القيام بأي بحث بيولوجي/طبي على الكائن الحي خاصة الإنسان:

"- إذا لم يأخذ بعين الإعتبار آخر المستجدات المعرفية العلمية والتجارب الكافية قبل العيادية .

- عدم وجود تناسب بين مصلحة المتطوعين والجانب المنفعي للأبحاث .

- اقتصار العمل على توسيع المعرفة العلمية للإنسان والأدوات الجديرة بتطوير وتحسين ظروفه." [128] يضاف إلى هذا القانون شرط الكفاءة الطبية والتقنيات المتطورة لأجل التطوع للبحث التجريبي، كما ينص عليه المرسوم 2-2009 و المرسوم 3-2009 الصادر في1988 ومفاده : " البحث البيولوجي/الطبي لا يمكن أن يقام إلا : تحت مؤسسة إدارية ومراقبة طبية ذات كفاءة عالية وتقنية متطورة، بغية ضمان سلامة الشخص المتطوع للبحث ." [129]

فأي مشروع تعديل يخص المسائل الإتيقية يجب أن يكون مسبوقا بمناقشات علنية قبل أن يفضي إلى قانون مدوّن. فآخر قانون فرنسي متعلق بالبيو-إتيقا كان مؤرخا يوم 7جويلية 2011 . فبعد نشأة البيو-إتيقا في السبعينيات، كانت الفكرتان الأساسيتان اللتان تعتبران بمثابة أداتي توصيل لتبنّي قوانين الإتيقا هما:

- إلزامية تكييف القواعد مع الإجراءات المنبثقة من البحث بالتساؤل عن مدى قبولها الأخلاقي والإجتماعي دون إهمال الأخطار المترتبة عن ذلك .

---

(128) Henri Brunswic et al , **Initiation à l' éthique médicale**, p225.

(129) Ibid., p225.

– حصر الآراء المتعددة والمتميزة بتفتحها، الغاية من ذلك هو تحصيل أكبر قبول ممكن. فتبني شتى النصوص كان بدعم من استشارات سابقة من المؤسسات التي ما فتئت تتزايد من سنة لأخرى. [130] لهذا أصبحت مشاركة المواطنين ضرورية منذ تعديل قانون2011 ، ولم تعد المناقشات حكرا على المختصين.

على هذا الأساس، طرحت المفكرة الفرنسية **دومنيك ثوفين Dominique Thouvenin** المختصة في الشؤون القانونية الجنائية بمعهد العلوم القانونية و الفلسفية بالسربون أسئلة مفادها: لماذا كان ضروريا تَبنّي قوانين البيو–إتيقا ؟ كيف كانت نشأتها ؟ كيف كان العبور من القوانين الثلاثة (اقتراع 1994) إلى قانون6أوت 2004 الخاص بالبيو–إتيقا؟ ما هي رهانات إعادة النظر في هذا القانون؟ ما هو الوضع الحالي لتبني قانون مستقبلي؟ كانت إجابتها كالتالي:

« – تبني قوانين البيو–اتيقا كان أمرا ضروريا، لأن التطبيقات التكنولوجية للإكتشافات التي تمت بفضل البحوث البيوطبية، خلُصت إلى ضرورة وضع هذه القوانين المسماة "البيو–اتيقية ". السلطات العمومية الفرنسية ارتأت أن يكون الحوار مؤسساتي بإعطاء آراء حول "المسائل الأخلاقية "المطروحة عند البحث في نطاقات البيولوجية والطب .عندئذ تقرر الإنتقال "من الإتيقا إلى الحق " وأدركت وجوب تكييفه و إنشاء ضوابط قانونية مبتكرة. غير أنه اتضح أن هذه المسألة جد معقدة: ثمان سنوات مرت منذ وضع أول تقرير أفضى إلى عدة نصوص تلتها خمسة تقارير دامت لأكثر من سنتين من النقاشات، ومخاض برلماني عسير أفضى إلى تبنّيها سنة 1994. هذه المماطلة الزمنية راجعة إلى اختلافات حول المساعدة الطبية، حول الإنجاب وحول ذلك الوهم الذي يرى أن القواعد القانونية ما هي إلا محاولة لإعطاء الشرعية لتلك القواعد الأخلاقية. » [131]

---

[130] Dominique Thouvenin « **Les lois françaises de bioéthique, Leur construction, leurs évolutions » ,in** revue médecine/ sciences, Paris, 2019 , pp 63-68 / https://doi.org/10.1051/medsci/2018318

[131] Dominique Thouvenin « **Les lois françaises de bioéthique, leur construction, leurs évolutions »** , pp 63-68.

أما عن كيفية نشأة القوانين، تضيف المفكرة الفرنسية قائلة:« لقد وضعت بعض المشاريع أمام الجمعية الوطنية يوم 22مارس 1992، تدخل على إثرها تدابير في القانون المدني معلنة على المبادئ العامة المؤسِّسة للحالة القانونية لجسم الإنسان قصد تأمين كرامة الشخص وحماية الإرث الجيني كلية، ومن خلاله العنصر البشري بتحديد إطار قانوني عند استعمال التجارب الجينية واختبارات الإنطباق الجيني بغية الحفاظ على الحقوق الأساسية للفرد. » [132]

حينئذ، أدخلت أنظمة في قانون الصحة العمومية خاصة بالمنع واستعمال العناصر وأعضاء الجسم البشري والإنجاب،« وأُدخِلت أيضا التدابير المنظمة للمعطيات الإسمية، غايتها في ذلك البحث في المجال الصحي. هذه التدابير تبلورت في قانون 17-18 بتاريخ 06جانفي 1978. تمحورت حول الإعلام الآلي وبطاقات المعلومات والحريات التي من بين أهدافها:حق الأشخاص في حماية خصوصياتهم توازيا مع التطور الضروري لإحاطاتهم الطبية ». [133]

أما بشأن القواعد المستنبطة من القوانين الثلاث فتضيف:« تم تطبيقها عام 1994 وهي تقوم على قواعد عامة مطروحة مكوِّنة من مبادئ كبرى تعترف بحقوق كل فرد وتصبو لحمايته. فأسبقية الفرد حسب طرحها غيرت الوضعية. ولم يتم إيداع مشروع للقانون، إلا في 20جوان 2011. الاهتمام كان مركزا على تطبيقات الاستنساخ البشري لأنها كانت ولا تزال موضوع مناقشة حامية الوطيس». [134] أما التغيرات المحدثة، فجاءت على ثلاث ترتيبات:

- القواعد التي يمكن استعمالها على التطبيقات الطبية أو البحث والتي تكون مادتها الجسم البشري أو الجنين، كماهية بيولوجية تم توحيدها، ما أدّى إلى إنشاء الوكالة

(132) Dominique Thouvenin « **Les lois françaises de bioéthique, leur construction, leurs évolutions** », pp 63-68.

(133) Ibid.., pp 63-68.

(134) Ibid.., pp 63-68

البيوطبية ABM والتي من بين اختصاصاتها الحي البيولوجي أو" غرس الأعضاء – الاستنساخ – علم الأجنة – وعلم الوراثة"

– شرعية النشاطات الطبية كانت مرتبطة بمزاولة غايتها الوحيدة المسموح بها آنذاك وفق القانون المؤرخ يوم 29جويلية 1994 تحت رقم:94-954 . أما قانون، 2004 أباح إمكانية تغيير الغاية لبعض الحالات فقط، خاصة لدى زوجين لم يعد لديهما مشروعا أبويّا. هذان الأخيران بإمكانهما إعطاء الموافقة حتى يكون " جنينهما" المستحدث قصد الإنجاب " مشروع بحث" .

–هذا القانون أبقى على منع البحث الخاص بالجنين. لكن سمح بالمقابل بإجازة لمدة خمس سنوات» .[135]

أما عن الرهانات المستقبلية لإعادة النظر في قانون 06 أوت 2004، فتجيب المفكرة الفرنسية دومينيك قائلة:

« النظام الإنتقالي للبحوث الخاصة بالجنين والمُبعد عن القانون، أفضى إلى إعادة النظر في حيثياته شهر فيفري 2011. فالقواعد يجب أن تكون متبناة في الآجال المحددة، كذلك الأصناف العديدة للتقييم، ذات الطابع العلمي أو المتعلقة بتطبيق قانون 2004، وكذا دراسات لمجلس الدولة الفرنسي التي تهدف إلى إعادة النظر في القانون. ولقد تم إعادة التعريف بالمشكلات الفلسفية والتساؤلات الإتيقية. مما أدى –للمرة الأولى – إلى إقامة وضعيات عامة للبيو–إتيقا قصد مباشرة مناقشات عامة بمشاركة المواطنين. الغرض المعلن والصريح هو ألا تكون المناقشة حكرا على الخبراء. فبعض التغييرات التي طرأت على القانون رقم 814-2011المؤرخ بـ 17 جويلية 2011 كانت على خلفية السماح بـ: المنع المتقاطع للأعضاء **don croisé d'organes** مع إلزامية إخبار أفراد العائلة المفترض أن تكون معنية بالإنحرافات الجينية للمرأة الحاملة أو الناقلة. عندئذ، تكون إجراءات

(135) Dominique Thouvenin « **Les lois françaises de bioéthique, leur construction, leurs évolutions** », pp 63-68.

الوقاية أو الرعاية مقترحة لِـ : إمكانية الحفاظ على الخلايا الأنثوية قصد الخصوبة مستقبلا »[136].

لقد وُجِهت انتقادات كثيرة لهذه المناشير والمراسيم من طرف بعض العياديين والمعلقين القانونيين نظرا لوجود إبهام وغموض في البنود مع تناقض نصوصها، رغم التقدم الذي أحرزته من الناحية القانونية. لأجل ذلك عمد المجلس الوطني للطب والبيولوجيا والتشخيص لما قبل الولادة، لتطبيق هذه القوانين بصفة رسمية لأن الضرورة العاجلة إقتضتها. فـ"أول مرسوم ظهر في الجريدة الرسمية يوم 07ماي 1995 كان ينص على إلزامية التحكم بالمؤسسات والمنظمات المنفذة لعملية بتر الأنسجة والخلايا الخاصة بالجسم الإنساني ووضعها تحت تصرف المهيبين، مع الحث على تنظيم المراكز الخاصة بعمليات الإنجاب الصناعي بنوعيه، والتشخيص لما قبل الزرع للأمراض الوراثية..." [137].

إن ما عرضناه من مراسيم وقوانين، يدّل على المواجهة المستمرة بين القانون والبيولوجيا. غير أن التقدم السريع الذي مس التطبيقات والممارسات الطبية والبيولوجية خلق تأخرا في ميدان القانون الذي لم يستوعب بعد، طبيعة القضايا الجديدة الناجمة عنه. هذا ما يظهر في القرارات التي تتغير في كل مرة، عندما تظهر مشكلة أخلاقية جديدة لابد من مواجهتها. الأمر يزداد تعقيدا وصعوبة عندما تتدخل الدولة في التنظيم والتخطيط في البحوث الجينية. لقد شهدت فترة الحرب العالمية الأولى والثانية مثل هذه التدخلات عند محاولة تحسين السلالة البشرية أو اليوجينا. هذه من بين إشكاليات البيو–اتيقا التي سنتطرق إليها في الفصل اللاحق .

---

(136) Dominique Thouvenin **«Les lois françaises de bioéthique, leur construction, leurs évolutions »** ,pp 63-68

(137) Henri Brunswic et al , **Initiation à l' éthique médicale**, p234

لكن، لا يمكن تجاهل وجود قضايا أخلاقية تمت معالجتها بالقانون وعن طريق المحكمة، كقضية **كارين آن كوينلان Karen Ann Quinlan** التي أثارت جدلا واسعا في الوسط الأمريكي بكل شرائحه حول مشروعية المطالبة بالموت بكرامة. هي فتاة في الواحد والعشرين من عمرها، فقدت وعيها إثر تناولها لعقار ممزوج بالنبيذ، أدخلها في غيبوبة طويلة، انتقلت بعدها للحالة الثانية ألا وهي الحياة النباتية، ما أدى بوالديها إلى طلب فصل جهاز التنفس عنها والضغط على الأطباء لتلبية الطلب تحت تأثير المدعي العام. هذه القضية غيرت الكثير من الممارسات الطبية والقانونية في عديد من الدول وزعزعت اللجان الأخلاقية بالمستشفيات وبالملاجئ وبديار المسنين نتيجة حتمية لما أثارته هذه القضية من تساؤلات مهمة في اللاهوت الأخلاقي، في إتيقا البيولوجيا، في الحقوق المدنية والجنائية و في المساعدة الطبية على الموت الرحيم .[138]

نُنوّه هنا أن فرنسا هي من جسدت مرحلة انتقال الفكر من المجال الأخلاقي إلى المجال القانوني. بدايته كانت بقانون **هوريت – سيروكلا** *(**Huriet – Sérusclat**)الذي سن عام 1988 تشريعا مفاده حماية الأشخاص المطالبين بالبحث الطبي البيولوجي، يتعلق أيضا بكل المحاولات و التجارب المقامة على البشر، على ضوء تطور المعارف البيولوجية والطبية.

ما يمكن استخلاصه عبر مختلف المراسيم والقوانين التي عرضناها، هو انبثاق اللجان الإتيقية **Les Comités d'Ethique** المتعلقة بالموافقة الواعية وما يتم تقديمه من

---

[138] الموسوعة العربية Mimir https://mimirbook.com/ar/1ec731e4cc7

كارين آن كوينلان Karen Ann Quinlan

* Huriet – Sérusclat: بعد الحرب العالمية الثانية ، وبعد فضح التجارب النازية التي أدت بالمجتمع الدولي إلى إصدار إعلان هلسنكي عام 1964 الذي يحدد المبادئ الأخلاقية للأبحاث الطبية على الكائنات البشرية ، ثم جاء قانون 1988 المسمى Huriet – Sérusclat لسد الفراغ القانوني لتأسيس الأبحاث البيوطبية. للمزيد من المعلومات: https://www.3c28.fr/loi-huriet-serusclat.php

معلومات إلى المرضى أو الأشخاص المشاركين في التجارب العلمية أو المختصة في التقويم الأخلاقي، الذي ينص عليه إعلان **مانيلا** (سبق الإشارة إليه).

في معظم الدول، نشهد قيام تنظيمات حكومية تهتم بالقضايا البيو–اتيقية، تشتمل على لجان أنشئت لإرشاد الحكومات. نأخذ على سبيل المثال حكومة فرنسا التي تتوفر على جهاز دائم أسس عام 1982 وهي : اللجنة الاستشارية الوطنية لإتيقا علوم الحياة والصحة، **Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé** التي تتكون من شخصيات من مختلف التخصصات والميادين واتجاهات فكرية مختلفة في المجتمع، مكلفة بإرشاد الحكومة حول قضايا البحث متجاوزة للهدف إلى الممارسات الطبية، وملزمة بتنظيم ملتقيات عمومية عند كل عام. أما في الجانب الإعلامي، فهي تنشر شهريا رسالة إعلامية **Lettre d'information** لإعلام العامة عن مجريات ميدان البحث البيو-إتيقي [139].

بتوفّر عدة لجان أخلاقية وطنية ودولية تأخذ على عاتقها مبدأ احترام الكرامة الإنسانية وحقوق الإنسان، حق لنا التساؤل عن طبيعة تلك اللجان الأخلاقية، و الغاية من وراء إنشاءها؟

يطلق مصطلح اللجنة الأخلاقية على كل مؤسسة تضم أطباء وعلماء بيولوجيا وأشخاصا خارج إطار الميدان، مهتمين بدراسة المشاكل الأخلاقية الناجمة عن التقدم البيولوجي والطبي. يمكن تمييز ثلاث مراحل مرت بها نشأة اللجان الأخلاقية، حسب **جون برنارد Jean Bernard**، في المرحلة الأولى، ظهورها كان تحت تسميات أخرى مختلفة منذ 1960. الشيء نفسه كان في الولايات المتحدة الأمريكية، بريطانيا،السويد، أستراليا، النمسا وألمانيا[140].

---

[139] غي ديوران، **البيو–اتيقا، الطبيعة، المبادئ، الرهانات**، ص135.

[140] Jean Bernard, **De la biologie à l'éthique**, p260.

المرحلة الثانية تمثل مرحلة الانفتاح والتطور. و تمّ فيها رفع عدد اللجان الأخلاقية في حدود عام 1980. ثم تنوعت في خصائصها وعناصرها، إذ أصبحت تضم رجال الدين، فلاسفة، قانونيين وعلماء اجتماع. كانت في ما مضى عيادية تعتمد على أعضاء السلك الطبي واللجان الطبية تحديدا **comités hospitaliers*** إضافة إلى انتشار الوعي في الوسط الاجتماعي تجاه الأسئلة التي أثارتها التطبيقات البيوطبية. فاللجان في السابق أنشئت من طرف الأطباء وموجهة لهم. غير أن المبادرات الأولى في الحكومة الفرنسية شهدت نشأة اللجنة الأخلاقية، إلى جانب المفوضة العامة للأبحاث العلمية والتقنية المكلفة بدراسة النتائج المترتبة عن الهندسة الوراثية(141).

أما المرحلة الثالثة فهي مرحلة الاستقرار **Stabilisation** التي لا تعني السبات، بل مرحلة مهمة في تاريخ فرنسا، حين تم إنشاء "**اللجنة الوطنية الاستشارية لأخلاقيات علوم الحياة والصحة**" من طرف **جون برنارد Jean Bernard** ، تضم موظفي الصحة، باحثين، فلاسفة، وشخصيات بارزة في التفكير الأخلاقي وقانونيين – أشرنا إليها في البداية – فالطابع الأخلاقي لهذه المؤسسات والتنظيمات،امتد بشكل واسع خارج حدود فرنسا،خدم الكثير من الأمم خصوصا الأوربية منها(142).

يمكننا أيضا تمييز اللجان الأخلاقية حسب:

1-/ المكان: حسب الدارسين والباحثين، يوجد نوعان من اللجان:

لجان أخلاقية عالمية **Comités Internationaux d'éthique** ولجان وطنية **Comités Nationaux** :

* comités hospitaliers: وضعت في البداية لتحسيس المستشفيات الجامعية الفرنسية التي صدرت عنها لجان في قراءة المجلات العلمية الإنجلوساكسونية، والآراء الموافقة للجان الأخلاقية فيما يتعلق بالأبحاث التي نشرت في المجلة .فهي اللجان الأولى التي نشرت في فرنسا والتي يرأسها مسؤول الخدمات في المستشفى نفسه. الآن مع التطور أخذت تشمل غير المسؤولين ، ثم المراقبين بعدها الممرضات . هذه اللجان العيادية المحلية فتحت أبوابها للأشخاص خارج إطار المستشفيات، منهم رجال الدين وخاصة الكاثوليكيون ،وسائل الإعلام ،المستهلكون .نقلا عن:
Francis Gold et al, **Repères et situations éthiques en médecine**, pp, 22-23.

(141) jean Bernard, **De la biologie à l'éthique**, p261

(142) Henri Brunswic et al, **Initiation à l'éthique médicale** , p224

-"**لجان إتيقية عالمية**Comités Internationaux d'éthique: تقرب المسافات وتنظم الاجتماعات المستقبلية التي تسمح بالتبادل المعرفي وكذا المواجهات الضرورية، وهذا برعاية المجلس الأوروبي واليونسكو (**Conseil d' Europe**)(**UNESCO**).

رغم صعوبة تجسيد لجان أخلاقية عالمية في الواقع، إلا أن هذا لم يمنع من المحاولة. فقد أنشئت عام 1993 لجنة دولية للبيو- إتيقا. أسندت إليها مهمة تشجيع التعاون والتضامن العالميين في إطار الأبحاث التي تتعلق بالإنسانية كنوع، وبشكل خاص، الأبحاث المتعلقة بالمحدد الوراثي **Génome humain**"[143].

-**لجان وطنية** **Comités nationaux**: سبق الإشارة إلى هذا النموذج، كاللجنة الوطنية الإستشارية لأخلاقيات علوم الحياة والصحة التي تضم 36 عضوا من مختلف التخصصات و الإتجاهات من جميع أنحاء فرنسا. في الدانمرك، أسس مجلس وطني أخلاقي للصحة والبحث البيولوجي – الطبي حول الإنسان، طبقا للقانون الصادر في22ماي 1987، مع الإشارة الكمية أن نصف أعضائه، يكونوا من الجنس اللطيف وجوبا. هذا القانون يضمن تطبيق مختلف المبادئ الأخلاقية في إطار المجلس[144].

ففي الولايات المتحدة الأمريكية، كان ظهور هذه اللجان مرتبطا بالتطور الذي شهدته الصناعة الصيدلانية، والحاجة إلى حماية الأشخاص الذين تُجرى عليهم التجارب العلمية، التي تفترِض مسبقا الموافقة الواعية للمرضى وسرية المعلومات المقدمة إليهم. لذا كانت مهمتها دراسة مختلف المقاييس التي تضمن حماية الإنسان. لكن، منذ عام 1947، وفي إطار محكمة**Nuremberg** **نورمبرغ** والاتفاقات التي أقيمت في فيينا 1959، وضعت المبادئ الأخلاقية الأولى للإختبارات العلاجية. وما إعلان **Helsinki** هلسنكي الصادر

---

[143] عمر بوفتاس، « **موقع البيو-إتيقا في إطار المعرفة المعاصرة** » ، القسم الثاني.

[144] jean Bernard, **De la biologie à l'éthique**, p264.

عام1964 إلا دلالة على تكليف مؤسسات الأبحاث لاستشارة اللجان بفحص الكيفية المتفق عليها بخصوص نوعية المعلومات المعطاة للمرضى المشاركين في التجارب[145].

2- الزمان:

اللجان الأوربية وبالخصوص الفرنسية منها هي لجان في معظمها دائمة، تتجدد بانتظام. أما اللجان الأمريكية فهي تقوم بأنشطتها خلال عام أو عامين ثم تتوقف عندما تتحقق أهدافها. يطلق عليها اسم **اللجان الملائمة للوضعيات 'les Comités ad hoc'.** [146]

3- المهام:

اللجان التي تستحق المكافأة هي لجان مؤسسات الأبحاث، كاللجنة الوطنية للصحة، الأبحاث الطبية و لجنة أخلاقيات الشرطة للطاقة الذرية. إضافة إلى ذلك، نجد لجانا مختصة تعالج قضايا معينة كالإستنساخ **clonage** والإنجاب الصناعي**La fécondation in vitro** بتر الأعضاء**Le prélèvement d'organes**،الموت الرحيم **l'Euthanasie** وغيرها من القضايا. فعلى الدولة والجماعات المحلية إذن، أن تدعم هذه اللجان ماديا، وعلى أعضائها أن يواصلوا نشاطاتهم المجانية، كل هذا خدمة وحفاظا على الكرامة والقيم الإنسانية[147].

فالإهتمام بهذه اللجان لا يقتصر على فرنسا، أمريكا وبعض دول أوروبا فقط، بل يمتد إلى منظمات في كل أنحاء العالم. نذكر على سبيل المثال- فيما يخص تقنية الإنجاب الصناعي- نجد تقرير **وولر Rapport Waller** في استراليا، تقرير **ورنوك Rapport Warnock** في انجلترا، تقرير **بندا Rapport Benda** وغيرها من التقارير، سواء محلية أو دولية.

لقد استفاد علماء الوراثة أو البيولوجيا الجزئية من تجاوزات علماء الطاقة النووية الذين قاموا بتجارب سرية إشعاعية على مواطنين دون علمهم. وبما أن رُبَّ ضارة نافعة،

---

(145) jean Bernard, **De la biologie à l'éthique**, p260.

(146) Ibid., p265.

(147) عبد المجيد السخيري، « **العلم والإتيقا** »، رهانات السوق. http//waljabriabed.net/n55_02sakiri.htm

فقد طالبوا بتخصيص أموال لمعالجة التأثيرات الأخلاقية والقانونية والاجتماعية. ولم يتحصلوا إلا على 3٪ وهي نسبة ضئيلة جدا من ميزانية مشروع الجينوم. إن مسؤولية هؤلاء قائمة تبقى لمواجهة التجاوزات المحتملة للثورة الجينية، مما يحتم ضرورة المساهمة في خلق حوار بين مختلف شرائح المجتمع الواعية للمشاركة في إيجاد الحلول[148].

لكن هل توجد قوانين أخلاقية عالمية تخضع لها جميع دول العالم ؟ في إفريقيا مثلا، هناك عدة طلبات للخضوع لتقنيات الإنجاب الصناعي، رُفضت لأنها مطلوبة من النساء، اللائي لا يكتمن الأسرار. في البرازيل، مريض ينتظر متبرعا لزرع عضو ما، عن طريق إعلان في الجريدة. في اسبانيا، إلغاء العقوبة فيما يتعلق بالموت الرحيم. العكس تماما في اليابان، فهي تمنع كل عملية نقل للأعضاء، سواء من الفرد الميت أو من الشخص الحي. ألمانيا تمنع تجميد الأجنة.... فمختلف القوانين الصادرة في العالم إذن، مرتبطة بثقافة البلدان أو بالصراعات السياسية المعارضة في ذلك البلد أو بالإعتقادات الدينية المختلفة. كل هذا جعل من إقامة قوانين أخلاقية عالمية أمرا ضروريا[149].

كل ما توصلنا إليه يؤكده الحوار الذي دار بين الطبيب الفرنسي **جون برنارد Jean Bernard** و**سيسيل لستيان Cécile Lestienne*** **واندري لوقاني André Langaney**** حول موضوع:

« la bioéthique et la loi ne font pas toujours bon ménage»

أي البيو–اتيقا والقانون لا يشكلان دوما ثنائية ملائمة. يظهر من خلاله عدم جدوى تلك القوانين وعدم القدرة على تطبيقها. فمن بين أسباب انبثاق البيو–إتيقا هو ما ارتكبه الأطباء النازيون من جرائم أثناء الحرب العالمية الثانية على النساء، الرجال والأطفال

---

[148] عبد المجيد السخيري، « **العلم والإتيقا** »

[149] Soline Roy, **« La Bioéthique, foire aux fantasmes** ? » Dossier, Regard sur demain, Mango document, 2001, p85.

* Cécile Lestienne : مديرة تحرير مجلة "Pour la Science" من أهم مؤلفاتها!Si Hippocrate voyait ça (en collaboration de Jean Bernard),

** André Langaney:(/1942)عالم وراثة فرنسي مختص في التطور ووراثة الجماعات ، من أهم مؤلفاته
La philosophie… biologique, Si Hippocrate voyait ça ! (Ainsi va la vie… : la science au jour le jour

على حد سواء. لهذا يعتقد **جون برناردJean Bernard** أن الأخلاق هي مسألة تربية، بينما يرى محاوره الثاني **سيسل لستيانCécile Lestienne** أنها مسألة سياسية. ليست القوانين البيو-إتيقية هي التي تقضي على فضائح ومشاكل الأمهات بالوكالة أو غيرها من القضايا، وإنما من يجتثها من جذورها هي الحكومات التي تملك الوسائل لردع التجاوزات. فقرارات واضعي القوانين كثيرا ما تبقى حبرا على ورق، أو مجرد قوانين تفتقد للإرادة السياسية الفعالة والرادعة. فالقانون يحدّد ما هو مسموح وما هو ممنوع، ولا يحدد ما هو أخلاقي أو غير أخلاقي[150].

مع العلم أن فترة الإنتقال من الأخلاق إلى القانون في الولايات المتحدة الأمريكية هي الفترة التي أرست فيها البيو-اتيقا دعائمها في كثير من الدول الأوربية. لقد غلب عليها عند نشأتها الطابع القانوني، خاصة في فرنسا أين نشهد بداية تكريس التوجه القانوني للبيو-اتيقا، حين تمّ إصدار قوانين البيواتيقا عام 1994[151].

خلاصة القول، أن الفكر البيو-اتيقي، كفكر متعدد التخصصات، لم يكن ظهوره وليد الصدفة ولم ينطلق من العدم أيضا. فجذور نشأته فلسفية بامتياز، ساهمت في بلورة مبادئه وتطور قوانينه، عبّرت عنها مختلف المنظمات واللجان الأخلاقية التي فرضتها في ميدان علوم الحياة خاصة ، ما ترتبت عنه تداعيات أخلاقية عويصة . لذا نتساءل عن طبيعة تلك المشكلات الأخلاقية التي أثارتها التقنيات البيوتكنولوجية الحديثة؟

---

(150) Jean Bernard et AL ,**SI HIPPOCRATE VOYAIT CA!** , éditions Lattés, 2003, pp 24-26

(151) عمر بوفتاس، **البيواتيقا، الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيوتكنولوجيا**، ص85.

الفصل الثالث

البيوا–إتيقا بين التقانة الحيوية والتداعيات الأخلاقية

المبحث الأول: تقنيات التحكم في الولادة وتداعياتها الأخلاقية

المبحث الثاني:تقنيات المساعدة الطبية على الموت الرحيم وتداعياتها الأخلاقية

المبحث الثالث: مشروع الجينوم البشري ومشكلة اليوجينيا

ترتب عن التقنيات الحديثة في ميدان العلوم الحياتية وبالخصوص الطبية منها مشكلات أخلاقية عويصة، استدعت تضافر جهود كل التخصصات في كل الميادين لإيجاد الحلول المناسبة. ولما كانت هذه القضايا تحمل أبعادا فلسفية، فإننا سنتطرق إلى أهم القضايا الأخلاقية التي أثارتها الثورة البيوتكنولوجية المتطورة، كتقنيات التحكم في الولادة وما ترتب عنها من تداعيات أخلاقية، كمشكلة المساعدة الطبية على الموت الرحيم، كمشروع الجينوم البشري ومشكلة تحسين السلالة أو اليوجينيا.

المبحث الأول: تقنيات التحكم في الولادة وتداعياتها الأخلاقية

تعتبر تقنيات التحكم في الولادة وما نجم عن تطبيقاتها من مشكلات أخلاقية من أهم المواضيع في هذا الميدان. خلفيات هذا الموضوع تعود إلى مشكلة العقم التي يعاني منها الكثير من الأزواج، المرأة أو الرجل على حد سواء. لذا كانت المساعدة الطبية على الإنجاب هي الحل لتجاوزها، رغم أن تقنياتها المتطورة أثارت تداعيات إتيقية قانونية ودينية .

إن الحديث عن التقنيات المختلفة للإنجاب يقودنا حتما إلى الحديث عن أسباب العقم وتصنيفه. فأشكاله متعددة نسردها كالآتي:

هناك عقم ثانوي قابل للشفاء. وهناك عقم أولي: تكون المرأة فيه غير قادرة على الحمل إطلاقا، رغم السلامة العضوية. بالإضافة إلى ما سبق يوجد عقم فزيولوجي، هو أخطر الأنواع الموجودة: قد يكون المبيض قاصرا على أداء وظيفته أو غير موجود أصلا. هناك عقم عضوي ناجم عن الإصابات الخَلْقِية أو المكتسبة في الجهاز التناسلي. بالإضافة إلى عقم نسبي، هو المتسبب في عاهة قابلة للشفاء، يطلق عليه أيضا إسم: عقم مشكوك فيه[152].

[152] زياد احمد عبد النبي سلامة، **أطفال الأنابيب بين العلم والشريعة**،(ط1، الأردن : الدار العربية للعلوم، 1996) ص 31.

بيد أن أسباب العقم تختلف من الرجل إلى المرأة. فعند الأنثى يكون السبب إما: ضيق الجهاز التناسلي– أو أمراض عنق الرحم–أو أمراض الرحم–أوالعيوب التشريحية للبوقين –أو ضمور المبيضين– أو إلتهابهما – أو انتشار الأمراض الجنسية – أو استخدام اللولب لمنع الحمل – أو حالات الإجهاض– أو مرض السل الذي من خلاله قد يصاب الجهاز التناسلي، كذلك التهاب الزائدة الدودية، مما يستدعي التعقيم بقطع الأنابيب وغيرها. أما عند الرجال، قد يكون السبب هو انسداد في الحبل المنوي – أو عجز الخصية عن افرز الحيوانات المنوية – أو عيب في الجهاز التناسلي[153].

لأجل ذلك حاول الطب إيجاد حلول لهذه المشكلة التي تعاني منها الكثير من الأسر عبر كل الأجيال وفي كل المجتمعات.

لقد تم إجراء أول عملية إنجاب صناعية في انجلترا عام 1780. العملية كانت بين زوجين، لكن بعدها، في السنوات اللاحقة (1884)، أجريت العملية بنطاف متبرع من نفس البلد وليس من الزوج. مع اكتشاف تقنيات تجميد الحيوانات المنوية (ما يسمى بالبنوك المنوية)، تطورت بسرعة فائقة وظهرت تقنيات أخرى، تقدم المساعدات الطبية للإنجاب. أقدم طريقة شهدها تاريخ الطب في المجال، هي التلقيح الصناعي خارج الرحم أو ما يُسمى بأطفال الأنابيب.

1– أطفال الأنابيب: Bébés – éprouvette(وهي التلقيح الخارجي)

تقوم هذه التقنية أو تعتمد على التلقيح داخل الأنبوب: يتمثل في سحب بويضة أو أكثر من رحم الزوجة، عن طريق تدخل جراحي يسمى **La paroscopie**، بعد استثارتها بواسطة هرمونات منشطة، ثم توضع هذه البويضات في وسط ملائم ومغذي مع وجود نطفة الرجل. ومن ثمّة تتم إخصاب البويضة الأنثوية بالنطفة الذكرية. بعد مرور يومين ونصف، مدة انقسام البويضة وتكاثرها، يتم نقل البويضة الملقحة إلى رحم المرأة الذي

[153] زياد احمد عبد النبي سلامة، **أطفال الأنابيب بين العلم والشريعة** ، ص ص32–34.

كان قد أعِدّ خصيصا لاستقبالها من خلال معالجة هرمونية. عندئذ يتكون الجنين. هذه الطريقة تستلزم تدخلا طبيا على مرحلتين:

الأولى تسبق سحب بويضات المرأة من المبيض، لزيادة فرص النجاح وتقليل عدد التدخلات، يتم تنشيط عملية التبييض عند المرأة، بمعنى تنشط صناعيا وذلك بإعطائها جرعات هرمونية. لا يقوم الطبيب في هذه الحالة بسحب بويضة واحدة بل عدة بويضات.

أما في المرحلة الثانية، فتكون بعد إجراء عملية تلقيح البويضة بالنطفة في أنبوب الاختبار، ثم تجهيز رحم المرأة لإستقبال البويضة الملقحة بعد معالجة الرحم معالجة هرمونية[154]. هذا النوع من التلقيح يستخدم عندما يكون العقم أنثويا بسبب انسداد أو تلف قناة فالوب. هذه العملية تتم بين الزوجين. نشير هنا لوجود صور أخرى لهذا النوع من التلقيح .

الصور المختلفة للتلقيح الصناعي الخارجي(أطفال الأنابيب):

– **الصورة الأولى:** تكون البويضة من الزوجة والحيوان المنوي من رجل آخر متبرع، غير الزوج، بعد التلقيح في أنبوب اختبار، تعاد إلى رحم الزوجة. تقام هذه العملية عندما تكون المشكلة في الزوج (العقم أو عدم قدرة اختراق الحيوانات المنوية للبويضة....)

– **الصورة الثانية:** تكون البويضة من امرأة متبرعة وتكون الحيوانات المنوية من الزوج. يتم الحمل داخل رحم الزوجة. تقام هذه الطريقة عندما يكون الخلل في مبيض الزوجة أو عدم قدرتها على التبييض.

–**الصورة الثالثة:** تكون البويضة من متبرعة والنطفة من متبرع أيضا، غير أن الحمل يتم داخل رحم الزوجة. هذه الطريقة تستخدم لسبب عقم كلا الزوجين، غير القادرين على الإنجاب.

– **الصورة الرابعة:** يتم الحمل في هذه الصورة بواسطة نطاف الزوج الذي يقدمه إلى

---

[154] محمد المرسي زهرة، **الإنجاب الصناعي ،أحكامه القانونية وحدوده الشرعية** ، (د ط ، جامعة الكويت :الكويت 1993)، ص ص 75–76.

مصرف المني، الزوجة في هذه الحالة يمكنها المطالبة بالتلقيح بنطاف زوجها بعد وفاته.[155]

الأبحاث سارية حول الظروف الملائمة لبقاء البويضات المخصبة فترة طويلة داخل أنابيب الاختبار والبحث عن إمكانية إنتاج توائم فيها. النوع الثاني من التلقيح الصناعي هو:

2- / الإخصاب الصناعي الداخلي:

تستخدم هذه الطريقة عندما يكون العجز عند الرجل فقط وليس عند المرأة، كما في حال أطفال الأنابيب. حيث يستخدم الحيوان المنوي للزوج لتلقيح بويضة الزوجة. أما عن حيثيات هذه الطريقة فهي:

- تستبعد الإتصال الجنسي بين الزوجين كوسيلة للإنجاب، ليحل محله حقن الحيوانات المنوية في رحم المرأة الراغبة في الإنجاب.

- ويقتصر فيها دور الطبيب على حقن الحيوانات المنوية المذكرة في رحم المرأة، بالرغم من أن وجوده ضروري، لا غِنى عنه.

- لا تُستخدم بين الزوجين فقط، بل بالإمكان تدخل طرف ثالث بحسب نوع العقم الذي يعانيه الرجل، لكنها تعتبر وسيلة لعلاج العقم الذكري عموما[156].

استخدام هذه التقنيات لها أغراض أخرى، غير مشكلة العقم، تخص سلامة الطفل من الأمراض الوراثية. فحسب البند L152-1 و L 152-2 من القانون الفرنسي للصحة العمومية: أن جواز استخدام هذا الطرف يهدف إلى منع نقل الأمراض الخطيرة إلى

---

[155] زياد احمد عبد النبي سلامة، **أطفال الأنابيب بين العلم والشريعة**، ص ص 86-98

[156] محمد بن يحي بن حسن النجيمي ، **الإنجاب الصناعي بين التحليل والتحريم** ، (ط1، الرياض: دار العبيكان للنشر، 2011) ص80.

الجنين، يهدف أيضا لحماية المرأة من العدوى من بعض الأمراض المتنقلة عن طريق الجنس[157].

رغم أن مختلف تقنيات عمليات الإنجاب الصناعي لا تثير أي تداعيات أخلاقية أو قانونية إذا استوفت الشروط المطلوبة والمتفق عليها، إلا أن مجرد السماح بإجرائها، حتى ولو كان ذلك بين الزوجين، دون تدخل طرف آخر متطوع، سواء بالتبرع بالحيوانات المنوية أو باستئجار الرحم، معناه فتح المجال لعمليات أخرى خارج هذا الإطار. مما قد يؤدي إلى عواقب خطيرة تمس اختلاط الأنساب ومصير الأسرة وزوال بعض المعاني والمفاهيم الحميمية، كمعنى الأمومة والأسرة. مع العلم أن هذه التقنيات استخدمت كثيرا على الحيوانات، كتربية المواشي والأبقار ولقيت نجاحا كبيرا. من الطبيعي أن يؤدي استخدامها إلى ظهور مؤيدين ومعارضين لها، لأسباب أخلاقية، دينية و قانونية .

بالنسبة للمعارضين:

لقد جاء في الدراسة التي أقامها الفرنسي **جون برنارد Jean Bernard** ، أن بعض الأطراف الدينية تُعارض بشدة تقنيات التلقيح الصناعي أو أطفال الأنابيب، وفق مبدإ أساسي قوي: أن كل ما يخالف الطبيعة غير أخلاقي ويجب رفضه. على خلاف بعض الأطراف الدينية التي لا ترى مانعا في ذلك، مادامت تحقق للزوجين غايتهما وهي الحصول على طفل. هذه الطريقة تقنية حميمية، تعمل على إتحاد الحيوان المنوي للزوج مع بويضة الزوجة[158].

غير أن تدخل طرف ثالث في عملية التلقيح (أطفال الأنابيب) قد يثير مخاوفا حسب **جون برنارد Jean Bernard** لأن السماح لمثل هذه التقنيات قد يكون ذريعة لتحويلها إلى سوق للربح المادي أو التجارة في المنتجات الحيوية (كالبويضات الملقحة مثلا...).

---

(157) Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, « **Ethique et recherche biomédicale** », la documentation française, paris, 2001, pp36-38

(158) Jean Bernard, **De la biologie à l'éthique**, p. 103.

لأجل هذا يُشترط أن تجرىَ تلك العمليات بمختلف تقنياتها في مراكز خاصة معترف بها، لقيمتها العلمية والتقنية والتزامها بالمعايير الأخلاقية النزيهة من أي غرض منفعي خاص. مع العلم أن تكاليف هذه العمليات باهضة جدا، سواء على مستوى الأفراد المعنيين، أو على مستوى الدولة، عندما تقوم بتشييد المراكز الخاصة بمعايير ومقاييس محددة .[159]

أما فيما يتعلق بالبويضات الملقحة الفائضة، فقد أثيرت الكثير من التساؤلات حول مصيرها إذا لم يتم استخدامها في المخابر. فهل يحق الإحتفاظ بها للحمل الثاني، من نفس الزوجين؟ مع العلم أن مدة حفظها لا يتجاوز خمس سنوات؟ هل يحق إعطاءها لأزواج آخرين يودّون الحصول على طفل؟ أم هل يحق استخدامها في التجارب العلمية؟ وهل يحق التخلص منها؟ هذه التساؤلات وغيرها تنتظر أجوبة ترضي كافة الأطراف ومختلف الإتجاهات.

حسب القانون الفرنسي في مجال البيو–إتيقا الصادر عام 1994، فإنه يمنع منبعا باتا المتاجرة بمنتجات الجسم الإنساني، حيث يتم التبرع بالحيوانات المنوية مجانا وفي سرية تامة، مثل التبرع بالدم أو الأنسجة. يشترط أن يكون المتبرع مجهول الهوية. لكننا نجد اختلافا في تطبيق هذا القانون في بعض الدول، كالسويد مثلا، حيث يُسْمح للطفل البالغ بمعرفة هوية المتبرع بهدف معرفة أصله الوراثي.[160]

فالاعتراضات على هذه التقنيات بكل أنواعها من وجهة نظر دينية، قائمة على أساس مخالفتها للطريقة الطبيعية للإنجاب، مما سيؤدي إلى إثارة الكثير من المشاكل في الحياة الزوجية، لأن هذه التقنية تقوم على الاستمناء للحصول على الحيوانات المنوية، هذه الطريقة تخالف الغاية الإلهية للإرتباط الشرعي ألا وهو الاتصال الجنسي المباشر. مع العلم أنها تستخدم أيضا على المحكومين عليهم بالإعدام أو المسجونين.[161] إن كان

---

(159) Jean Bernard, **De la biologie à l'éthique**, pp103-104.

(160) Francis Gold et al, **Repères et situations éthiques en médecine**, p113.

(161) Ibid., pp106-107.

هذا من وجهة نظر دينية مسيحية، فإن وجهة نظر الدين الإسلامي لا تختلف عن مواقف علماء المسيحية حول المخاوف والاعتراضات من الوقوع في إنزلاقات أخلاقية دينية.

كما نجد اعتراضات مغايرة تنصب على لبّ العلاقات الاجتماعية، تتمحور حول مشكلة مفهوم الأمومة. لأن عملية التلقيح الصناعي في صورة استئجار الرحم، تثير الكثير من التداعيات الأخلاقية على كل الأصعدة، تمس بالدرجة الأولى الرابطة الحميمية بين الطفل والأم .

إن التطور العاطفي للطفل لا يتحدد فحسب وفقط بعلاقته بأمه البيولوجية، بل العلاقات التفاعلية التي يقيمها الطفل في وسطه مع أقرانه و أهله حتى ينشأ نشأة سوية. يجب أخذ هذه العلاقة التفاعلية بعين الاعتبار، على الرغم من أن الرابطة بين الأم والطفل تتجاوز تلبية الحاجيات البيولوجية إلى الجوانب العاطفية والاجتماعية.[162]

–**أما المؤيدون***: فانطلقوا في تبرير موقفهم إزاء جواز هذه التقنيات من كونها استطاعت:

– تلبية الرغبة الشديدة للأزواج في الحصول على طفل، لتجاوزهم مشكلة العقم التي كانت وراء ظهورها، إضافة إلى النتائج الإيجابية التي تحققها، كإمكانية منع انتقال الأمراض الخطيرة إلى الطفل[163].

– تحقيق رغبة الغير في الحصول على طفل متى تمَّ التأكد من عدم وجود تجاوز أخلاقي في عمليات تأجير الرحم لتحقيق تلك الرغبة. لأن التجاوزات والأخطاء الأخلاقية تكون عندما تُجبَر المرأة على القيام بهذه العملية بدافع الحاجة الإقتصادية وليس في التبرع بالحمل. لذا يجب التمييز بين دافعين للقيام بهذه العملية: دافع الغيرية بهدف إسعاد الغير

---

[162] فايز قنطار،« **الأمومة: نمو العلاقة بين الطفل والأم** » ، عالم المعرفة، العدد 166(الكويت:1992) ص ص 195-196.

* أمثال جوزيف فلتشر :من بين الأوائل الذين درسوا الطب في جامعة فرجينيا، وهو من بين مؤسسي البيو–اتيقا وركز على مبدإ استقلالية المريض في جل مواقفه . من بين كتبه الأخلاق والطب .

هنري سنجر: متخصص في التخدير في جامعة هارفارد ، له مقال عن الأخلاق والبحث العلمي .

[163] Lucien Aubert et al, **législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisme du travail**, p64.

لمجرد تحقيق الرغبة في الحصول على طفل، دافع مادي يرمي إلى غاية منفعية وهي الحصول على مبلغ مالي بالمقابل. أما فيما يخص مشكلة الأمومة، فهم لا ينكرون حق الطفل في معرفة أصله الوراثي أو البيولوجي ويستبعدون التأثيرات النفسية عليه، لأن وجوده في حد ذاته دليل على أنه طفل مرغوب فيه، بغض النظر عن أصله البيولوجي.[164] وبما أن القوانين في كل دولة، مختلفة في مضامينها بشأن تقنية استئجار الرحم أو الأم بالوكالة كما يطلق عليه، فإننا نجد تضاربا بين فريقين: من موافق على تلك العملية ومعارض لها لتفادي المشكلات المترتبة عنها، كالقانون الفرنسي الذي عارضها بشدة، لتجنب الصراعات بين الأم البيولوجية والأم التي تطوعت للحمل بعد ولادة الطفل.[165]

إن كان هذا من وجهة نظر قانونية وأخلاقية، فإن للدين دور أساسي وضروري في هذه القضايا البيو–اتيقية الشائكة. ولقد أشرنا عند مراحل تطور الفكر البيو–اتيقي إلى عودة الدين بقوة في الخطابات البيو–اتيقية في المرحلة الأخيرة. فالدين موجه لسلوكيات الحياة اليومية، ومصدر كل القيم الإنسانية عند بعض المجتمعات. لذا تشكل البيو–إتيقا مجالا خصبا ، يتناول فيه علماء الدين قضاياه ويعبرون عن مواقف عقائدهم. مع العلم أن المسيحين واليهود من الأوائل الذين ساهموا في انبثاق الفكر البيواتيقي. يجدر بنا القول أن التيار الكاثوليكي هو الأكثر اهتماما وتشددا في مثل هذه المواضيع، كعملية الإنجاب الصناعي بمختلف تقنياته على خلاف التيار البروتيستانتي المتفتح على التطورات العلمية. لكن ما موقف الدين الإسلامي من ذلك؟

لقد أسفرت النقاشات أثناء انعقاد مؤتمرات دولية إسلامية حول قضية الإنجاب الصناعي في دائرة الإسلام و موضوع بداية الحياة الإنسانية عن وجود رأيين:

---

[164] ناهدة البقصمي، «**الهندسة الوراثية والأخلاق** » ، ص ص 170–171.

[165] Francis Gold et al, **Repères et situations éthiques en médecine**, p117.

الأول، معارض لمثل هذه التقنيات، عارضا موقفه على أساس جملة من التخوفات، تتفق مع مواقف علماء الدين المسيحي كنا قد أشرنا إليها آنفا.

الثاني، مؤيد لها لكن وفق شروط:

– من بينها الحاجة الملحة للحصول على طفل، السبب لقيام العملية يعود إلى مشكلة في العضوية، كالمبيض أو القنوات (قناة فالوب مثلا)، أما في حال سلامة المرأة من التشوهات والأمراض والنقائص الأخرى، فلا يجوز القيام بها إطلاقا.

– يضاف إلى ما سبق، انعدام وجود أي ضرر أثناء إجراء هذه العمليات أو بعدها، سواء على مستوى استخراج البويضات، أو على مستوى أنابيب الإخصاب التي تمس سلامة الجنين. فلا يجوز البتّة المغامرة في ذلك إذا كان الطبيب غير متأكد من النتائج واحتمال وجود ضرر أو إحداث إعاقة ما.

–الشرط الثالث، اليقين في ألا يكون هناك مجال لاختلاط الأنساب، ومنع إجرائها بهدف تحسين النسل أو إكثاره.

–الشرط الرابع، يتمثل في الشخص الذي يقوم بالعملية: وجوب أن تكون الممارسة طبيبة مسلمة، إن تعذر ذلك، يُستنجد بغير المسلمة. لو تعذر ذلك أيضا، يُقبل بطبيب مسلم فقط، لكن للضرورة القصوى، وهذا لمسلّمات يفقهها العام والخاص.

– الشرط الخامس، أن تتم عملية الإخصاب خلال حياة الزوجين.

– إضافة إلى فرض رقابة شديدة على الأنابيب التي تُجرى فيها عمليات الإخصاب حتى لا يتم التلاعب بها أو خلط محتوياتها أو استبدالها. لذا يجب وضع معايير دقيقة وشروط لاختيار العاملين في المراكز الخاصة بتلك العمليات.[166]

على الرغم من اختلاف الفقهاء حول بداية الحياة الإنسانية للجنين، إلا أنهم متفقون على قدسيته وحرمته منذ تكوينه، بل متفقون حتى على حمايته وعدم الاعتداء عليه منذ

---

[166] محمد بن يحي بن حسن النجيمي ، **الإنجاب الصناعي بين التحليل والتحريم**، ص ص 132-136.

بداية الحمل. لهذا تساءلوا، هل البويضة الملقّحة قبل زرعها في رحم الزوجة، جنينا ؟ إن كانت كذلك، فهذا يعني أن نفس الأحكام السارية على قتل النفس، تنطبق على الجنين. فالبويضات الملقحة الفائضة في عملية الإنجاب الصناعي، كتقنية طفل الأنابيب، هي في الواقع أجنة في نظر العلم والشرع. لديها حرمة وكرامة لا يجب التعدي عليها بأي شكل من الأشكال، سواء بقتلها أو بنقلها إلى الغير (الأم بالوكالة). لا يجب إخضاعها أيضا للتجارب العلمية التي من الممكن أن تتسبب في حدوث نتائج وخيمة.[167]

غير أن الفقه الإسلامي يرى بالإجماع أن البويضة الملقحة في الأنبوب لا تأخذ حكم الجنين في بطن أمه ولا يعتبر جنينا بالمعنى الشرعي إلا عند تاريخ إعادة زرعها في رحم الزوجة التي ترغب في الإنجاب لكون:

الجنين في الأصل اللغوي هو المستور في رحم أمه بين الظلمات لقوله تعالى " *يَخْلُقُكُمْ فِي بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ خَلْقًا مِنْ بَعْدِ خَلْقٍ فِي ظُلُمَاتٍ ثَلاثٍ*"(الآية 6 من سورة الزمر)

ثم أن الحمل من الناحية العلمية هو علوق البويضة الملقحة بجدار الرحم، وهذا لا يتم إلا بعد زرعها في رحم الزوجة الراغبة في الحمل.[168]

تجدر الإشارة هنا إلى أن القانون الجزائري يخالف الشريعة في مسألة استئجار الرحم أو الأم البديلة. فإذا تمت معارضة هذه التقنية، فمعناه التعدي على حق تصرف الشخص بجسده. فلكل أسرة الحق في اختيار الطريقة المناسبة للإنجاب، خاصة إن كان الزوجان يعانيان من مشكلة العقم، لذا لا يجب حرمان هذه الأسرة من حقها في حصولها على طفل، وكذلك عدم حرمان المرأة المتطوعة للحمل من حقها في التصرف بجسدها.[169]

مع العلم أن هناك عدة صور لتقنية الأم البديلة أو استئجار رحمها. كل هذا محرم

---

[167] محمد المرسي زهرة، **الإنجاب الصناعي ،أحكامه القانونية وحدوده الشرعية**، ص ص 99-100.

[168] المرجع نفسه ، ص ص 101-102.

[169] نصر الدين ماروك،« **التلقيح الصناعي في القانون المقارن والشريعة الإسلامية** » ، من مجلة المجلس الإسلامي الأعلى، العدد2 (الجزائر: ، 1999) ص ص 206-207.

دينيا إلا صورة واحدة هي محل اختلاف.

-**الصورة الأولى**: يتم التلقيح بين بويضة الزوجة والحيوان المنوي للزوج، ثم تزرع اللقيحة في رحم امرأة أخرى.

-**الصورة الثانية** هي مشابهة للصورة الأولى غير أنها تتم بعد وفاة الزوجين.

-**الصورة الثالثة**، يتم تلقيح بويضة الزوجة بحيوان منوي لرجل غريب عنها، وتنقل البويضة الملقحة إلى رحم امرأة أخرى.

-**الصورة الرابعة**، يتم تلقيح بويضة امرأة أخرى غير الزوجة، بالحيوان المنوي للزوج، ثم تزرع في رحم امرأة أخرى.

كل هذه الصور مُحَّرمة ومحل إجماع بين الفقهاء لإعتبارات تتماشى ومبادئ العقل. فاختلاط الأنساب جِدّ وارد، كما أن هذه الصور أشبه ما تكون بعملية زنى تحت أشكال مختلفة .

-**الصورة الخامسة**، يتم تلقيح بويضة الزوجة بالحيوان المنوي للزوج وتزرع في رحم زوجته الثانية[170].

فهذه الصورة الأخيرة محل اختلاف بين الفقهاء، بين مؤيد لها ومحرم ومتحفظ.

ما يمكن استخلاصه، هو أن مختلف المواقف، سواء كانت دينية، قانونية أو أخلاقية تجاه التطورات السريعة والبحوث العلمية في ميدان الإنجاب وتطور الأجنة ومجال الأبحاث في الخلايا الجذعية الجنينية، تستلزم وقتا معينا لتدارك ذلك التطور وفي الوقت نفسه معالجة القضايا الأخلاقية الجديدة المترتبة عنها. لذلك نلحظ التباين الصارخ الموجود بين سرعة تطور التقنيات العلمية في الميدان، وبين بطئ القرارات الأخلاقية،

---

[170] عارف علي عارف القره داغي، **مسائل في قضايا المرأة**، (ط 1، مصر: دار الكتب العلمية، 2012) ص ص107-108.

الدينية والقانونية، بمعنى أن هناك عدم التكافؤ بين التطور السريع في الميدان وبين التفكير في نتائجه .

المبحث الثاني: تقنيات المساعدة الطبية على الموت المريح (L'Euthanasie) وتداعياتها الأخلاقية

لقد عرفت العلوم الطبية والبيولوجيا تقدما هائلا وتطورا سريعا في الآونة الأخيرة لم تشهده العصور السابقة من حيث تقنيات الأشعة السينية والسكانير واكتشاف المضادات الحيوية المختلفة وغيرها. تقنيات حفزت الأطباء وعلماء البيولوجيا على البحث المتواصل في الميدان، هذا بعد تحسين الآداء الطبي /الصحي وإطالة عمر الإنسان .

بيد أن هذا التطور التقني في الميدان، لم يتمكن من إيجاد العلاج لبعض الأمراض السرطانية وأمراض فقدان المناعة (السيدا) وغيرها من الأمراض الخطيرة والمزمنة. مما دفع بالطب إلى البحث عن طرق وتقنيات أخرى، مغايرة، غير العلاج. الهدف من ذلك هو التخفيف من شدة الألم تعاطفا مع معاناة المرضى ويأسهم من تحقيق الشفاء أو نتيجة حوادث تؤدي إلى إعاقات دائمة أو تشوهات خطيرة لا يمكن إصلاحها. بهذا كانت **رصاصة الرحمة la balle de la bienveillance أو الموت الرحيم**، بمثابة خلاص من عذاب وآلام طال أمدهما، سواء بإيقاف أجهزة الإنعاش، أو حقن، أو غيرها من تقنيات طبية غير مؤلمة.

على هذا الأساس، يمكن طرح المشكلة التالية والتي تحوي شقين: هل يحق للطبيب إطالة عمر المريض مهما كانت الأحوال والظروف؟ أو إسكان الألم والقلق إلى درجة اللاوعي الكامل في إطار تقليص مدة الحياة؟ بصيغة مغايرة، هل يحق للطبيب الذي أقسم على مساعدة المريض على الحياة أن ينهيها ؟ من جهة أخرى، هل يحق للمريض الذي يئس من شفائه أن يطالب بوضع حد لحياته؟

مؤيدو الشق الأول للموت الرحيم يستندون إلى مبدإ احترام رغبة المريض أو أهله وفقا لمبدإ حرية الاختيار ومبدإ الاستقلال الذاتي. الطرف الآخر، يرفضه رفضا قطعيا ويُصرَّ على مواصلة العلاج بدافع قدسية الحياة في كل الحالات والظروف.

قبل أن نعرض مبررات كل من الشقين، علينا أن نضبط مفهوم الموت الرحيم ومدلولـه وأنواعه.

1- مفهوم الموت الرحيم:

يعود مصطلح الموت الرحيم **Euthanasie** من حيث الإشتقاق اللغوي إلى الإغريق. فهو مركب من: **Eu** معناه حسن أو مريح و **Thanatos**التي تعني الموت. بهذا نكون أمام موت مريح حسب القاموس اللغوي الذي وضع في حدود 1881. حاليا يستعمل المصطلح لإثارة الموت الرحيم تعاطفا مع مريض ميؤوس من شفائه ووضع حد لآلامه، أو تجاه حديثي الولادة المشوّهين تشوها خطيرا.(171)

الإستعمال الأول لفكرة **الموت الرحيم Euthanasie** ، يعود إلى حدود 1605، ونسب إلى الفيلسوف الإنجليزي **فرانسيس بيكون Francis Bacon** الذي أراد من خلاله ضمان سهولة الإنتقال من الحياة إلى الموت والتخلص من المعاناة، لهذا يدعو الأطباء إلى تطوير وتحسين آدائهم المهني لأجل نجدة المحتضرين بتسهيل موتهم إذا كان لا يرجى شفاؤهم ولا أمل فيه، لذا لابد من تخفيف آلامهم والكف عن تعذيبهم بتهيئة موت هادئ، مريح وسهل. هذا ما أوضحه في كتابه"**من الكرامة و تطور العلوم**"

De la dignité et de l'accroissement des sciences بصريح العبارة:

« L'office du médecin n'est pas seulement de rétablir la santé mais aussi d'adoucir les douleurs et les souffrances attachées aux maladies ; et cela non pas Seulement en tant que cet adoucissement de la douleur, considéré…lorsqu'il n'y a

(171) Gilbert Hottois et Jean Noel Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique**, p427

plus d'espérance, une mort douce et paisible »[172].

بهذا تكون مهمة الطبيب، ليس فقط التخفيف من آلام المريض، بل توفير موتة هادئة، مريحة وسهلة عندما لا يرجى شفاؤه. هذا ما يشير إليه المعنى اللغوي للمصطلح رغم ما يحويه من إبهام والتباس حين يرادف الموت الحسن**Bonne mort**. على ضوء ذلك، يمكن تعريف الموت الرحيم بأنه إثارة موت إنسان أو حيوان مباشرة وبسرعة دون ألم.[173]

نتساءل حينئذ، هل هناك صورة واحدة لوضع حد للحياة ؟ متى نلجأ إليه؟ كيف تتم هذه العملية؟ هل وفق إرادة الفرد أم دون ذلك؟ هذه التساؤلات تقودنا للبحث عن أنواع الموت الرحيم.

2- أنواع الموت الرحيم:

أ- الموت الرحيم الفعال(Euthanasie active)

يقصد به القتل بدافع الشفقة والرحمة لإنهاء وضعية لا تحتمل، يقوم به الطبيب تجاه مريض ميؤوس من شفائه، سواء بإذن مسبق منه أو أخذ إذن أهله، أو قرار طبي يأخذ بعين الإعتبار مصلحة المريض. تكون عملية الحقن تحت إشراف متخصص في الصحة وتؤدي إلى الموت مباشرة. فحسب القانون كلايس –ليونتي **La Loi Claeys-Leonetti** 2015، يمكن توقيف كل علاج عندما يتقين الطبيب من استحالة شفاء مريضه الذي يعاني من أمراض خطيرة حتى يمكُنه توقيف التغذية الاصطناعية وكل أنواع الحقن المغذية[174].

لهذا يعرف ميدانيا وعمليا بأنه إنهاء حياة كائن بالرغم من توفر إمكانية إطالتها بطريقة طبيعية. يسمى أيضا بالموت الرحيم الإرادي **volontaire**. وحول هذا النوع، أثير الجدل بين الأوساط الدينية والأخلاقية والطبية لكونه يتم بموافقة المريض وطلبه.

---

(172) Bacon francis ,**de la dignité et de l'accroissement des sciences**, trad M.F . Biaux Charpentier libraire – éditeur, paris, 1843, p201

(173) Monique Conto Sperber, **dictionnaire d'éthique et de philosophie morale**, 1édition, presse universitaire, Paris, 1996, p594.

(174) Laurent Degos, **Qui décide de ma vie et de ma mort ?**, Editions Le Pommier, Paris, 2015, p43.

ب–موت رحيم منفعل(Euthanasie passive)

وهو موت رحيم غير إرادي **non volontaire**، يتم دون موافقة المريض، لأنه في حال عجز كلي عن اتخاذ القرار بنفسه لكون الدماغ ميتا، رغم أن باقي الأعضاء الأخرى تعمل بفضل أجهزة مزروعة وإبر مغذية. حالته شبيهة بحياة النباتات. لهذا، فمن الجرم الاستمرار في المعالجة إذا توفر اليقين بعدم وجود أي علاج للمرض. فوظيفة الطبيب تكمن في مرافقة المحتضر إلى مثواه الأخير وذلك بوضع حد لآلامه ومعاناته، هذا ما يسمى بالموت المريح، يمكن له من هذا المنطلق، توقيف نشاط تلك الأجهزة والحقن.[175]

إن قبول فكرة التمييز بين النوعين: موت رحيم فعال (ايجابي /إرادي) وموت رحيم انفعالي (سلبي/لاإرادي) أو رفضها هو في الواقع، الأمر نفسه، بما أن العنصر المشترك المسؤول موجود، وهو التدخل العلاجي. ففي كلتا الحالتين، توفر النية ونتائج التدخل العلاجي سواء في النوع الأول أو غياب ذلك في النوع الثاني.

ويظهر ذلك التطابق في كون توقيف العلاج في حال الموت الرحيم ينهي حياة ما، يكون دون وساطة التغذية الاصطناعية، ذلك سيؤدي لا محالة إلي نهايتها، بينما الموت الرحيم الفعال، ينهي حياة ما في الوقت الذي يمكن أن تطول بطريقة طبيعية.[176]

لذا نتساءل، هل يحق للطبيب توقيف نشاط الأجهزة والحقن المغذية لمريض ميؤوس من شفائه، بالرغم من نبض قلبه؟ هل يجوز من الناحية القانونية إجراء مثل هذه التقنية؟ فإذا كان مبدأ احترام إرادة المريض من بين أهم المبادئ التي تقوم عليها الإتيقا الحيوية، فلماذا لا تُلَّبى رغبته في وضع حد لحياته ؟ وما هو الحل لإزالة هذا التعارض الموجود بين القوانين البيو–إتيقية والممارسات الميدانية ؟

يعتبر مبدأ استقلالية الفرد من بين أهم المبادئ التي يرتكز عليها الطب، لكونه

---

(175) Guy Lazorthes, **Sciences humaines et sociales, l'homme, la société et la médecine**, p208.

(176) Francis Gold et al, **Repères et situations éthiques en médecine** , p55.

يُجسد العلاقة الوطيدة القائمة على الثقة بين الطبيب والمريض. ففي وقت مضى كان علم الواجبات الطبية يُترك المجال الإتيقي للطبيب (السلطة الأبوية) يقرر ما هو جيد أو سيء للمريض. غير أن القوانين الحديثة كرست مبدأ الاستقلالية الفردية وأضحى حقا من حقوق المريض، الذي من خلاله يقرر بكل حرية ما يخص مصيره. يقوم هذا المبدأ على تبريرين أساسين:

– الأول يتعلق بكرامة المريض في اتخاذه للقرار الحر حول مصيره، هذا ما يستبعد كل أنواع الإستغلال أو المعاملات السيئة له. لأنه يجسد فكرة المساواة في مبدإ الحرية الذي يمثل لبّ الديمقراطية.

– التبرير الثاني، يتمثل في ثقة المريض بالطبيب حين يسلم له نفسه قصد مساعدته في الوصول إلى اتخاذ القرار بنفسه وليس نيابة عنه. [177] حينئذ يكون الطبيب مجرد منفذ ليس إلا، لكنه يتحمل نتائج أفعاله. مع العلم أننا نشهد تزايدا مستمرا في هذا الطلب من المجتمع الغربي، حسب بعض الوسائل والمواقع العلمية.

من حيث المبدإ، نجد أن حق المريض في اتخاذ القرار الذاتي بشأن إنهاء حياته ووضع حد لمعاناته وفق مبدإ الإستقلالية، غير كاف لوحده في تحقيق الفعل بالرغم من أهميته في هذا الميدان، لأنه يتعارض مع مبادئ أخرى، كمبدإ احترام الحياة الإنسانية وقدسيتها. بمعنى، إذا لبّى الطبيب رغبة المريض حسب ما ورد في الواجبات الطبية، فإن ذلك سيتعارض مع أحد مبادئه وهو قسم المحافظة على حياة المريض. وإذا لم ينفذ ذلك، فإنه سيتعارض مع مبدإ الموافقة الواعية و تحقيق رغبة المريض. لهذا يجب إيجاد معايير أخرى تساعد على إزالة هذه التناقضات.

فإذا نظرنا من زاوية حسن النوايا والسماح بإجراء تقنية الموت الرحيم بغية القضاء على الآلام أو سأما من الحياة نفسها، فإن هذه التقنية ستتعارض مع الدين والأخلاق معا.

---

[177] غي ديوران ،**البيواتيقا الطبيعة، المبادئ:الرهانات**، ص ص 64–66

لأن الحياة مقدسة، هِبَة من عند الله، لا يملك الإنسان حق إنهائها، من جهة أخرى، وظيفة الطبيب تكمن في المحافظة على حياة المريض، ليس وضع حد لها.

لذا فالقانون الفرنسي للواجبات الطبية الصادر في06 سبتمبر1995، البند 95-1000 في المادة رقم 38: "يُمنع بشكل واضح الموت الرحيم الفعال: فالطبيب مُلزم بمرافقة المحتضر إلى آخر لحظات حياته، موفرا له كل العناية الصحية والمعايير اللازمة الخاصة بالحياة حتى النهاية، محافظا على كرامته وطمأنة محيطه وأهله. فلا يحق له إثارة الموت. مما يعني أن الطبيب ليس ملزما بصفة مطلقة على إطالة حياة ما، لذا يمكن من الناحية العملية القيام بالموت الرحيم الانفعالي شفقة فقط، ولا يمكن اعتباره فعلا قانونيا، بل هو في أساسه تعدّي على القانون ". (178)

نفهم من ذلك أن علم الواجبات الطبية يؤسس مبادئه على أساس تبريرين:

– يتمحور الأول حول غاية الطب التي تكمن في المحافظة على الحياة حتى في الحالة النباتية أيضا.

– ويقوم الثاني على مبدإ احترام كرامة الإنسان المؤسس على قاعدة عقلانية للإتيقا التي تجسدها فلسفة **ايمانويل كانط:** أن نعامل الإنسان على أنه غاية في حد ذاته وليس وسيلة.(179)

هذا لا يعني أن المسألة قد حُسمت، بل العكس تماما. فمعضلة الموت الرحيم أسفرت عن وجود رأيين متعارضين، لكل منهما مبرراته الخاصة به.

– مبررات مؤيدي الموت الرحيم:Les Subventionnés

إن تحقيق الموت الرحيم أمر مشروع أخلاقيا وقانونيا وفق مبدإ استقلالية المريض في اتخاذ القرار الذاتي الواعي والحر حول مصيره والموت بكرامة في حال معاناته من

(178) francis Gold et al, **Repères et situations éthiques en médecine** , p56

(179) J .C Boulanger et al ,**L'EUTHANASIE ;Réflexions Ethiques**, JOHN LIBBEY EUROTEXT Paris, 2002 ,p150

مرض مزمن، خطير، ميؤوس من شفائه، لذا وجب الالتزام بتنفيذ رغبته في التخفيف من حدة آلامه. يكمن دور الطبيب هنا في التعجيل بموته إذا عجز عن تقديم العلاج له، بدل العمل على إطالة حياته اصطناعيا.

لأجل ذلك يرى أنصار الموت الرحيم، أن المطالبة بشرعية هذه العملية هي إعطاء الصبغة القانونية لها. لأن الكثير من عمليات الموت الرحيم تجري في الخفاء خاصة في مصالح الإنعاش. لذلك فسن القوانين بشأن هذه العملية، سيمنع التجاوزات الخطيرة في الميدان، خاصة الموت الرحيم الإنفعالي(اللاإرادي).[180] كمثال للتجاوز في هذا الميدان، إستغلال أعضاء المحتضرين وبيعها كقطع غيار بشرية.

لذا نجد بعض الدول الأوربية والولايات المتحدة الأمريكية تحديدا، تجيز المساعدة الطبية على الموت الرحيم أو الإنتحار كما يطلق عليه. مثال ذلك، سويسرا التي سمحت بالإنتحار المسند طبيا، حيث أن الطبيب يعطي الأدوية فقط، والمريض هو من يأخذها بإرادته، كي يضع حدا لحياته. على غرار بلجيكا وهولندا، اللتين تجيزان الموت الرحيم الفعال، لكن الطبيب هو الذي يقوم بإعطاء الحقن القاتلة للمريض بعد موافقته إن كان في حالة واعية أو موافقة أهله إن كان في حالة غير واعية.[181] ففي الدانمارك وألمانيا أيضا، يُسمح بتوقيف العلاج للمرضى الميؤوس منهم في الشفاء بعد الإفصاح عن رغبتهم في ذلك. أما في انجلترا، فالنقاش قائم حول إدخال المساعدة الطبية على الإنتحار ضمن القانون البريطاني، بعد سعي **اللورد جوال جوفي Joel Joffe** (المدافع القانوني عن حقوق الإنسان ومحامي **نيلسون مانديلا Nelson Mandela**) إلى ذلك. بعدها نُقِل النقاش إلى المحكمة الأوربية لحقوق الإنسان عام 2002.[182] بينما في أمريكا، نجد العملية مشروعة في 16 ولاية فقط من أصل50، وفق حق الفرد في رفض الإخضاع لتقنية إطالة العمر

---

(180) Laurent Degos, **Qui décide de ma vie et de ma mort ?**, p43.

(181) Henri Brunswic et al, **Initiation à l'éthique médicale**, p138.

(182) رجاء سلامة وآخرون ، **البيوطيقا** ، ص 82.

من خلال الأجهزة والتغذية الاصطناعية، يشترط في ذلك وجود شاهدين على الرفض، على أن تُجدد الوصية في كل 5 سنوات. وتعتبر كاليفورنيا أول ولاية حاولت تقنين المساعدة الطبية على الإنتحار، حسب منشور **الجمعية الأمريكية هملوك Hemlock** وتعميم القانون في باقي الولايات الأخرى[183].

ما يمكن استخلاصه من خلال هذا الموقف، هو أن الطبيب ملزم بمرافقة المحتضر حتى آخر لحظاته. إن كان لابد أن نقبل بفكرة المساعدة الطبية على الموت الرحيم، فهذا لأجل خمسة أسباب:

"**السبب الأول**، يتعلق برفض كل أشكال المعاناة والآلام.

السبب الثاني، هو ألا يشعر المريض بأي ألم أثناء الموت، فهو يختصر مرحلة الاحتضار ومفارقة الحياة بسرعة.

السبب الثالث و الرابع، يتعلق بإنسانية المريض وكرامته، حيث تجعله مترفعا عن نظرات الغير له، من خلال التغذية الإصطناعية لجسمه وإبعاده عن الشعور اليائس المؤدي إلى احتقار نفسه.

السبب الخامس يُلخص فكرة الموت الرحيم المؤسسة منطقيا على بداهة المفاهيم للفرد أو الفاعل، لكون الموت يحدث على مستوى الفرد ويمثل نهاية وجوده، كخلاصة مسار حياته الشخصية". [184]

هذه الأسباب قائمة على تبريرات مختلفة أو متشعبة حسب القصد من ذلك. كما أنها قائمة على وجهات نظر اجتماعية وتطور متسارع للأفكار لا داعي لذكرها.

لأجل ذلك، تأسست جمعية تابعة لوزارة الصحة في فرنسا مؤيدة ومتحمسة للمساعدة الطبية على الموت الرحيم: هي جمعية * **ADMD** " **الحق في الموت بكرامة** " تطالب بتعديل

---

(183) lucien Aubert et al, **Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail** , p60

(184) J .C Boulanger et al ,**L'EUTHANASIE ;Réflexions Ethiques**, pp148-150.
https://www-alaraby-co-uk.cdn.ampproject.org/c/s/www.alaraby.co.uk/amp/society/2015/3/9

القانون الجنائي وتكريس مبدإ الحرية في التصرف بالجسد واختيار الوقت المناسب لوضع حد للحياة. لكن ذلك الطلب مبني على توفر شرط شعور المحتضر بالنبذ والنفور من طرف المجتمع، مصرحة بذلك : لقد حكم علينا بإنهاء حياتنا في المستشفى، مكان غير معروف، بارد، لا شخصي، ممكن دون آلام كبيرة ، لكن في ظل وحشة المخدرات حتى لا ينزعج المحتضر، ولكي لا يعيش الأحياء مأساة حياة في صدد الاختفاء.[185]

حسب وكالة رويترز الإخبارية **Reuters**، فإن الاستبيان الذي قامت به جمعية الدفاع عن الموت بكرامة أظهر أن 95٪ من الفرنسيين يؤيدون فكرة الموت بكرامة. فقد ناقش البرلمان الفرنسي سنة 2015 "**السبات العميق حتى الوفاة**" مشروع قانون يسمح للمرضى الذين هم على شفا الموت، بوقف العلاج والدخول في "سبات عميق" حتى يجيئهم الموت. حسب بعض المنتقدين، إنه موت رحيم مُقنّع. لذلك يرى الطبيب **جان ليونيتي Jean Leonetti**أن القانون المقترح سيسمح للمرضى المتوقع وفاتهم "خلال ساعات أو أيام معدودات" أن يطلبوا تخديرهم تخديرا عاما حتى لحظة الموت، لكن شريطة أن يكون المرضى قد وصلوا إلى آخر لحظات حياتهم ومعاناتهم رغم العلاج. في رأي المعارضين، هذا الفعل قريب من المساعدة على الإنتحار ويختلف عن الموت الرحيم. على هذا الأساس، يمكن للأطباء الفرنسيين في الوقت الراهن، وقف علاج بعض حالات المرضى بناء على طلبهم، شرط توفير رعاية لازمة لتخفيف المعاناة، مثل ما هو حاصل عند بعض الدول الأوربية كهولندا، بلجيكا و سويسرا .[186] فقد حذت إسبانيا مؤخرا حذو الدولة الأوروبية السالفة الذكر حيث شرَّعت قانونا يُرخص للموت الرحيم. [187]هذا يعني أن

---

* Association pour le droit de mourir dans la dignité : تأسست عام 1984 تضم أكثر من 23000 عضو، كافحت كثيرا من اجل الاعتراف بها، فقد طالبت من اللجنة الوطنية الاستشارية للموت الرحيم تضامنا إنسانيا وشفقة عليهم.

(185) J .C Boulanger et al ,**L'EUTHANASIE ;Réflexions Ethiques**, p167

(186) أبوظبي سكاي نيوز عربية،« **البرلمان الفرنسي يناقش قانون السبات العميق** »، مارس2015/على 17:29 https://www.skynewsarabia.com/technology/729418

(187) Tv France 24 Journal de 20H / 18/03/2021

الدول الأوروبية التي قنّنت مثل هذا القانون رغم كونها تدين بالديانات السماوية سواء المسيحية أو اليهودية لم يمنعها من إصدار التشريعات الخاصة به، وبالتالي التشريع السياسي غلب التشريع السماوي.

فالقانون الفرنسي الخاص بالمساعدة الطبية على الموت الرحيم مؤسس على تفاعل مبدأين أساسيين. الأول، يمنع منعا باتا قتل الغير، الثاني، احترام استقلالية المريض مع واجب مرافقته حتى آخر لحظاته. لهذا انبثق مفهوم جديد في الميدان هو العناية العلاجية، يهدف إلى التخفيف من شدة آلامه ومعاناته.

تعتبر فكرة العناية العلاجية **Le soin palliatif** من بين الاهتمامات الأولية لمُشَرِعي القوانين حول إنهاء الحياة حاليا. غير أنه وللأسف الشديد، لم تستفد من هذه العناية إلا فئة قليلة تقدر النسبة بـ 20 ٪ . نشير أن هذه العناية العلاجية تواجه صعوبات لتجسيدها في الواقع العملي. فهي تتطلب وقتا وجهدا كبيرين وحسن الإصغاء للمرضى ومرونة في العلاقات الإنسانية. إضافة إلى وسائل تقنية متعددة وحقن مغذية وأدوية وتحاليل مخبرية. هذه المشكلة هي من جعلتها تصبح مادة تعليمية في الجامعة، تحت إشراف أساتذة من بعض الكليات الخاصة بالميدان.[188]

لأجل ذلك، طرحت مشكلة أخرى نجمت عن الموت الرحيم متعلقة بحقوق المريض المحتضر، كوجوب الإحاطة به حتى لا يكون موته غير ملحوظ ، إضافة إلى حق العناية للحاجات العلاجية، هذا ما ينص عليه إعلان **طوكيو Tokyo** :

« Lors du traitement du malade, le médecin devra peser davantage les risques et les inconvénients potentiels d'un traitement et s'il est besoin, le personnel soignant pourra proposer un traitement expérimental, mais estimé porteur de meilleur chance que les traitements usuels. »[189]

---

[188] Laurent Degos, **Qui décide de ma vie et de ma mort ?**, P38.

[189] lucien Aubert et al, **Législation, éthique et déontologie, responsabilité organisation du travail** , p59.

تبعا لذلك، تطورت القوانين بشأن المساعدة الطبية على الموت الرحيم. ففي البداية كان قانون 9جوان 1999 يهدف إلى تحسين العناية العلاجية و يعكس القلق تجاه إنهاء الحياة واحترام كرامة المريض. ثم جاء قانون 4 مارس 2002 الذي أولى اهتماما بحقوق المرضى ونوعية النظام الصحي وأقر بمبدإ إستقلالية المرضى في اتخاذ القرار الذي تقتضيه مصلحتهم وفتح مجال المطالبة بحق الرفض والإصرار العلاجي، يطلق عليه قانون كوشنير(**Loi Kouchner**)، تبعه قانون 22 أفريل 2005 متعلق بحقوق المرضى وإنهاء الحياة، يطلق عليه **قانون ليونتي Loi leoneti** الذي يؤكد لأول مرة منع العناد غير العقلاني لجميع المرضى، يشدد على واجب الأطباء في الإعلام والإصغاء، يتعهد بالطعن للعناية العلاجية، لذا يعتبر هذا القانون مرجعا في فرنسا. القانون الأخير هو قانون **كلايس** و**ليونتي Claeys et Leoneti** الذي يقوم على صياغة حقوق جديدة للمرضى، حيث يسمح بتسكين الآلام الفظيعة ومواصلة ذلك حتى الوفاة في ظروف محددة ومهيأة لإصدار وثيقة تخص توجيهات مسبقة، مطابقة لتتبع الإرادة المسجلة لدى المريض. فأثناء النقاشات التي دارت في جويلية 2015، طلب المجلس إلغاء المرسوم الخاص **بالمرافقة حتى الوفاة** موضحا صعوبة التوفيق بين مدلولين: منع المساعدة الطبية على الموت الرحيم وإزالة الآلام.[190]

– معارضو الموت الرحيم: Les Contestataires

تبريرات أنصار هذا الموقف مبنية في الأساس على وجهات نظر دينية، أخلاقية وقانونية. فإعطاء الصبغة القانونية للمساعدة الطبية على الموت الرحيم، سيكون ذريعة لإحداث الموت اللاإرادي، خاصة على الذين يعانون إعاقات خطيرة أو عاهات مستديمة أو على المسنين. سَتُقترف الكثير من التجاوزات وتثار مختلف التأويلات بشأنها، كما حدث أثناء الحرب العالمية الثانية وبأمر من هتلر، حيث مُورِس الموت الرحيم وتمّ

(190) Laurent Degos, **Qui décide de ma vie et de ma mort ?,** pp P37-38

السماح للأطباء بالتخلص من المرضى "الذين لا يستحقون الحياة "حسب النازيين. كان ذلك بطرق مختلفة، سواء بإهمالهم وعدم العناية بهم ليكونوا عرضة للموت المحتوم، أو من خلال الحقن القاتلة أو نقلهم إلى غرف الغاز، بهذا تمّ القضاء على الآلاف من المرضى والمعاقين جسديا أو عقليا. هذا يعني" أن القوانين النازية في حدود 1943 أباحت الإبادة الجماعية".[191]

فيما مضى، كانت القوانين الفرنسية الجنائية تدين الطبيب الذي يقدم المساعدات الطبية على الإنتحار، بمثل عقوبة القتل المتعمد. لكن، تم تجاوز هذه الوضعية بابتكار مدلول مفهومي جديد على الساحة الطبية وهو **حالات الضرورة** " "**Etat de nécessité**، من خلاله يقوم الأطباء بعمليات الموت الرحيم، دون أي اتهامات حول انتهاك القوانين أو الحقوق.

لكن القوانين الجنائية في فرنسا لم تتطور منذ تعديل 2005 حتى سنة 2008، حيث أثير الجدل من جديد حول القتل الرحيم عندما توفيت الأستاذة الفرنسية **Syber Chantal سيبر شونتال**.

فهي مصابة بورم خبيث ميؤوس منه شفائه، كانت تعاني آلاما فظيعة لا تحتمل، سواء من الناحية الجسدية أو من الناحية النفسية.

طالبت محكمة **ديجو** بحق الموت بكرامة، وقُوبِل طلبها بالرفض، ما أثار استنكارا شديدا من طرف محاميها، حيث وجد نفاقا في قانون 2005 أرسى على السماح بالموت وليس القتل الفعال. ما أدى به لرفع شكوى إلى الرئيس الفرنسي **نيكولا ساركوزي**، طالبا تغيير مضمون القانون بشأن المساعدة الطبية على الإنتحار. هكذا تمّ تعديل القانون وتصويبه

Chantal Sebire, euthanasie tribunal Dijon, refus

(191) Henri Brunswic et al, **Initiation à l'éthique médicale**, p138

من طرف النائب **جون ليونتي Jean Leonetti** [192]. الذي أشارنا إليه سابقا ويسمى هذا القانون بإسمه: **Loi Leoneti**.

لكن في عام 2014، تَجَدَّد النقاش حول ذلك القانون حين أثيرت قضية المريض الفرنسي **فانسون لومبير Vincent Lambert** من قبل الرأي العام والجمعيات الفرنسية والأوربية حول القتل الرحيم. وكانت مادة و موضوعا لوسائل الإعلام والإتصال الفرنسية، السمعية منها والبصرية.

صورة فانسون لومبير **Vincent Lambert** قبل أن يدخل في الحالة النباتية.

تعرّض **فانسون لومبير Vincent Lambert** الممرض النفساني في المركز الإستشفائي **Châlons-en-Champagne** لحادث مرور على دراجة نارية عام 2008. أصيب بشلل كلّي وتلف في الدماغ فدخل في غيبوبة عميقة لأكثر من عشرة أعوام. حالته التي كانت

[192] رجاء سلامة وآخرون ، **البيوطيقا** ، ص ص 80–81.

تشبه الحياة النباتية (متوقفة على أجهزة الإنعاش والتغذية الإصطناعية) انقسمت عائلته بين مؤيد ومعارض لوقف عمل الأجهزة التي تبقيه حيّا. هذا الإنقسام العائلي حول تقرير مصير المريض (الموت الرحيم)، أثار جدلا واسعا في فرنسا، حسب قناة الأخبار الفرنسية المسائية الثانية **France2**. ففي الوقت الذي كانت فيه فرنسا تُجْرِّم فعل الموت الرحيم، أصدرت بالتوازي قانونا عام 2016 يُبِيح للأطباء وضع مرضاهم الميؤوس من شفائهم في غيبوبة عميقة حتى وفاتهم. مع العلم أن فرنسا تُميز بين الموت الرحيم والغيبوبة العميقة.

على هذا الأساس، أصدرت السلطات العليا قرارا يسمح لأطباء مستشفى **ريمس Reims** بنزع أجهزة الإنعاش ووقف التغذية الإصطناعية عن **فانسون لومبير Vincent Lambert**. هذا القرار أثار ضجة في الشارع الفرنسي، خاصة بعد محاولات قضائية عدة من والديّ المريض اللذَين طالبا باستمرار مواصلة العلاج إلى درجة أن طلبا تدخل الرئيس الفرنسي، على خلاف زوجة المريض التي طالبت بوقف العلاج. هذا التعارض بين الآراء، جعل الطاقم الطبي والطبيب المشرف على حالة المريض في وضع حرج. مع الإشارة إلى أن القرار الطبي حول الموت بكرامة، كان لصالح المريض وهذا بموافقة عقيلته. لأجل ذلك، نادى الطاقم الطبي الهيئة العليا للفصل في القضية. كان الحكم في النهاية بوقف العلاج ورفض دعوى والديّ المريض، هكذا مات **فانسون لومبير** بعد ثمانية أيام من نزع الأجهزة ووقف التغذية الاصطناعية في مستشفى **رمس Reims** يوم 10جويلية 2019 بعد عناء طويل. "هذا الفعل ليس حزينا، بل هو إرجاع الأمور إلى طبيعتها"، [193] حسب تصريحات أحد أفراد عائلته.

وفاة **فانسون لومبير** تعتبر نموذجا يكشف الإضطراب والخلل داخل المجتمع. فلا يمكن للقانون أن يقدّر مسبقا النتائج ولا يمكنه السماح بذلك أيضا. فتعديل قانون **Loi Leoneti** عام 2015، المتعلق بعدم قدرة المريض على التعبير عن رغبته، رفض العناد

[193] les informations données par la chaine de TV France2 ,le 10-07-2019 à 11h45.

غير العقلاني، وحالة الطبيب الذي يوقف العلاج الذي يبقيه حيا والذي بموجبه تمّ السماح بالموت الرحيم **لفانسون لومبير Vincent Lambert**، كان قد أثار هذا القانون الكثير من الجدل، حيث طرحت مكانة ودور القاضي في عمليات القتل الرحيم أو المساعدة الطبية على الإنتحار.المسألة تزداد تعقيدا عندما نشهد قضية مماثلة لوضع حد للحياة ولقد تمّ رفض الطلب من طرف الرئيس الفرنسي مباشرة.

لم يتاون الرئيس الفرنسي (**ماكرون Macron**) في الرّد على القنوات الفرنسية الثانية والثالثة في بثهما الإخباري عند تمام الثامنة ليلا بتاريخ 2020/09/06 اللتين تناولتا قضية **ألان كوك Alain Coq** الذي يعاني من مرض عضال ميؤوس من شفائه قائلا: أن الموت الرحيم غير مسموح ولا مرخص بفرنسا، لا يمكن لأي كان أن يكون فوق القانون. هذه القضية حركت الجناح السياسي لليسار المتطرف بفرنسا الذي طالب بإلحاح أن يفتح باب النقاش على مصراعيه حتى يتسنى لنوابهم سن قانون يحتضن الموت الرحيم ويجسده.

فإذا كان الطبيب ملزما بإزالة الآلام التي يعانيها المريض ويجنّبه الإصرار العلاجي، خاصة لدى المرضى الموجودين في الإنعاش لمدة شهور، فليس من حقه أن يقرر بنفسه توقيف العلاج إذا ما ظهرت عليه علامات الوعي ولو بنسبة قليلة جدا، لذا فعلى الطبيب أن يستشير أهله ويستشعر رغبة المريض من خلالهم . من أجل ذلك، نجد قانون **ليونتي** الذي يسمح بتوقيف كل أنواع العلاج التي تُبْقِي المحتضر حيّا، هذا التوقيف المؤدي به إلى الموت البطيء. لكن ماذا لو كان رأي عائلة المحتضر محل جدل فيما بينهم؟ أي بين مؤيد ومعارض؟ هل سيحكم القاضي وفق القرار الطبي؟ وعلى أي أساس يقوم

تبريره ؟ [194]هذه هي الوضعية التي عاشها **فانسون لومبير Vincent Lambert** وأهله، والتي يعاني منها أيضا **ألان كوك Alain Coq** بعد محاولاته المتعددة رفض العلاج والإستمرار في رفضه الصارخ الصريح . أراد **كوك Coq** –على المباشر– وبعد أن استعمل وسائل التواصل الإجتماعي أن يضع حدا لحياته، غير أن شيئا ما حدث ولم يتمكن من ذلك وقطع الإتصال إلى أن ظهر مجددا – دائما على الشبكات العنكبوتية – بموقفه المعروف. هو الآن يريد الذهاب إلى سويسرا بغية تنفيذ رغبته بوضع حد نهائي لآلامه . فالحالتان مختلفتان: حالة **لومبير** شبيهة بحياة النبات حيث لا وعي فيها ولا إمكانية اتخاذ أي قرار، حسب الأطباء. فهو ميت دماغيا، على خلاف حالة **كوك Coq**.

الآن ونحن نَعُدّ هذه الأسطر، تقام مظاهرات يومية في مدينة **برست Brest** الفرنسية قصد تعديل قوانين البيو–اتيقا. المظاهرات شملت حاليا كل أنحاء فرنسا.

فاستنكار البعض لفعل الموت الرحيم، كان من منطلق احترام قداسة الحياة والعمل وِفق مبدإ الإصرار على المعالجة قصد استرجاع المرضى لوعيهم لاحقا.

يمكن القول أن مبررات رفض الموت الرحيم والإصرار على مواصلة العلاج تستند على أربع عشرة أسباب، حسب المحامي **Erwan le Morhedec** المدعو **كوز koz** والذي ذكرها في "**مجلة المجتمع**" :

"– المجتمع لا يعارض فكرة رفض تسبب الموت دون نتائج مترتبة عن ذلك.

– لا وجود لشخص دون كرامة.

– لا يمكن إثبات كرامة أي إنسان بمجرد منحه الموت.

– الموت الرحيم هو استقالة جماعية عن حالة المريض.

– الموت الرحيم هو نتيجة اختيار مجتمع مادي أناني ذي نزعة فردية.

– الأخذ بخطر قبول الموت الرحيم : يعني وجود أغراض أخرى.

---

(194) Laurent Degos, **Qui décide de ma vie et de ma mort ?,** p p-44- 45.

- الموت الرحيم اختيار وهمي .
- الموت هو لحظة للحياة.
- الموت الرحيم هو اختيار مرافقين جيدين للمحتضرين.
- طلب الموت الرحيم هو طلب الأقلية.
- السماح بالموت الرحيم هو ضربة قاضية لتطور العنايات العلاجية المسكنة للآلام.
- إزاحة التصويت الفرنسي لطالما تجاهله الفرنسيون، مازال يرغب في إقامة وضعية هي في الأصل موجودة سابقا.
- لا يمكن تجنب انحرافات الموت الرحيم.
- الموت الرحيم بمثابة أداة في يد جماعة فوضوية متطرفة".[195]

على هذا الأساس، فإن ممارسة الموت الرحيم تعتبر جريمة في حق المريض. على الطبيب الإلتزام بقسمه، إبقاء المريض حيّا، العناية به وفق ما يقتضيه علم الواجبات الطبية وبالتالي يجب رفضه حتى لا يكون ذريعة للإجرام مستقبلا تحت غطاء الموت بدافع الشفقة أو الرحمة والحد من الآلام .

ما يمكن استنتاجه، هو أن التبرير للموت الرحيم، خال من أي أساس منطقي، وفعل غير أخلاقي، لأن المشاعر قد تتغير في التوقيت الذي يُدْلي فيه المريض برغبته لوضع حد لحياته، تحت تأثير شدة الألم، اليأس، الحزن وشعوره بالوحدة، خاصة في حال تخلّي الأهل عنه. قد يغير رأيه بتغير شعوره الآني. فمن الصعوبة إصدار قرار واعي حر. لذا فالإقدام على الموت الرحيم يُعدّ جريمة في حد ذاته، وتصريح الطبيب الفرنسي **جون برنارد** يثبت ذلك، لأن تشريع الموت الرحيم غاية في الخطورة حتى بإدلاء المريض برغبته في العقد المبرم المسمى**'وصية الحياة'**. لكون المشاعر–كما ذكرنا– يمكن لها أن

---

[195] Erwan le Morhedec , « **Mes 14 bonnes raisons de dire non à l'euthanasie »** ,in société ,2/11/2010 ,le lien ; http://www.koztoujours.fr.

تتغير بمرور الأشهر و السنين. فقد حدث أن غيَّر بعض المرضى قراراتهم حين اختفت مشاعر الإحباط واليأس من حياتهم." [196]

أما في حال عدم جدوى العلاج المُقَدم للمريض، وفي حال انعدام الفائدة من تدخل الطبيب في إطالة أو إمداد الحياة اصطناعيا، فالمطلوب منه هو تخليص المريض من آلامه وعذابه والإسراع في وضع حد لحياته، يجب أن تكون نهايته هادئة مريحة وفق طلبه ورغبته. أي معارضة لهذه الرغبة، معناه انتهاك لحقوقه الطبيعية، كحق الحرية في تقرير مصيره بنفسه. فلا مبرر إذن من رفض المساعدة الطبية على الموت الرحيم. لأجل ذلك، تأسست "**الأكاديمية السويسرية للعلوم الطبية** "و"**جمعية الحق في الموت بكرامة**" وغيرهما من المؤسسات التي تؤيد الموت المُسْنَد طبيا.

ففي الولايات المتحدة الأمريكية، تداولت وسائل الإعلام والإتصال قضية الطبيب الأمريكي **كوفركيان koverkian** المدعو "دكتور الإنتحار" الذي ساعد 130 شخصا على وضع حد لحياتهم بمختلف الطرق* طبقا لمبدإ الحق في اتخاذ القرار الفردي، أي للمريض الحق في اختيار كيفية إنهاء حياته متى أراد. على إثر ذلك، رفعت عدة دعاوى قضائية ضد هذا الطبيب لممارسته الموت الرحيم، برأته المحاكم ثلاث مرات، لكن بعدها، حكم عليه بالسجن لمدة عشر سنوات نافذة.[197]

موقف الطبيب لا يُحْسد عليه. فهو يزداد صعوبة عندما يجد نفسه أمام خيارات

---

[196] عمر بوفتاس ، **البيواتيقا: الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيواتكنولوجية** ، ص 170.

* لقد صرح الدكتور كوفركيان شخصيا بان الذين ساعدهم على الموت الرحيم ، استعمل معهم عدة طرق منها توصيل أنبوب محلول طبي بوريد المريض مع إمكانية السماح بمرور المادة القاتلة من خلال المحلول. الغريب في هذه الطريقة أن المريض هو الذي يضغط على الزر في الوقت الذي يقرر فيه فعل ذلك، وبهذا تبدأ المادة القاتلة في التسرب تدريجيا إلى دم المريض مما يتسبب في موته. أيضا يستعمل طريقة أخرى وهي استنشاق المريض لغاز أول أكسيد الكربون السام المعبأ في اسطوانة موصلة بأنبوب التنفس الذي يكون فوق فم المريض، نقلا عن : "**فلسفة القتل_الرحيم**" **كوفركيان** "جريدة المدى ،2012، العدد 82/24 ، ص 1.
https://almadapaper.net/view.php?cat=69569

[197] Henri Brunswic et al, **Initiation à l'éthique médicale** ,p139

عديدة حول أولوية العلاج كالسن مثلا: أيهما يحق له إنقاذه، شيخ مُسِن يحتاج لجهاز إنعاش ؟ أم شاب تنتظره حياة كاملة، يحتاج إلى ذات الجهاز؟

ما يمكن استنتاجه، هو أن مبررات مؤيدي الموت الرحيم مبالغ فيها، لأن فعل القتل في حد ذاته تعدي على الحياة الإنسانية. الإصرار على على المعالجة ورفض الموت المُسند طبيا في الوقت نفسه، تعدي على كرامة الإنسان. لذا يمكن القول أن المساعدة الطبية في وضع حد للحياة جائز للذين تشبه حياتهم الحياة النباتية، أي في حال غيبوبة دائمة، حيث نشهد فيها موت الدماغ. ففي هذه الحالة، يمكن للطبيب أن يمارس الموت الرحيم السلبي بعدم التدخل في العلاج. لكن أمام أمراض الشيخوخة والأمراض المزمنة المستعصية والميؤوس من شفائها، فإن الحل الأوسط بين الإتجاهين المتعارضين هو "**المرافقة** ". أي مرافقة المحتضرين و مواساتهم وتسكين الآلام في انتظار الموت.

غير أن الأهم من كل هذا وذاك في مشكلة الحال، هو ألا يُسْتَغل تشريع القوانين للموت الرحيم لأغراض أخرى غير الطبية (أي بيع أعضاء المحتضرين) ! فهل يحق للطبيب الحصول على أعضاء المحتضرين وتلبية حاجيات المرضى الباحثين عن متبرعين لأعضائهم ؟ للعلم أننا نشهد تجاوزات خطيرة ومريبة في انتهاك حرمات الموتى بسرقة أعضائهم (وهم في المقابر) خاصة من طرف الدجالين وغيرهم !

***مشكلة نقل و زرع الأعضاء: Les xénogreffes**

إن مهمة الطبيب لا تكمن في إيجاد العلاج للأمراض والتخفيف من الآلام فقط ، بل البحث أيضا عن طرق أخرى لإستعادة بعض الأعضاء لوظائفها الطبيعية، هذه الأعضاء التي لا ينفع معها العلاج الطبيعي إذا حدث لها خلل أو اضطراب في نشاطها، كالقصور الكلوي، انسداد الصمام، توقف وظيفة الأوردة في القلب، مشكلة القرنية وغيرها. لذا فالعلاج الأوحد لها، هو زراعة أعضاء أخرى مكانها.

تعتبر عملية نقل وزرع الأعضاء من القضايا الطبية الحديثة، رغم أن هذه العملية عرفتها البشرية بشكل بدائي كزرع الأسنان مثلا عند الفراعنة. فعملية كهذه، تعني نقل عضو أو مجموعة من الأنسجة أو الخلايا من متبرع إلى متلقي، تقوم مقام العضو، أو النسيج التالف. [198]

فأول عملية لزراعة الأعضاء كانت على الحيوانات مع **ألكسيس كاريل**Alexis Carre ، ثم أقيمت على الإنسان عام 1906، حيث تم زراعة كِلى مأخوذة من الخنزير والمعزة مع الجراح الفرنسي **ماتيو جابولاي**Mathieu Jaboulay ولم تُحض بالنجاح. لكن مع أبحاث **جون دوسي** الذي نال جائزة نوبل في الطب سنة 1980 حول التماثل الوراثي **HLA**، والتي طورت كثيرا عمليات نقل وزرع الأعضاء. فقد نجحت أول عملية زرع للقلب في إفريقيا الجنوبية عام 1967 مع الطبيب **كريستيان برنارد**. منذ ذلك الوقت، شهدنا تقدما ملحوظا في الميدان إلى درجة أنه يمكن تجاوز مشكلة ندرة الأعضاء،لأن العملية انتقلت إلى المتبرعين الأحياء أيضا، حيث تمكن الطبيب الفرنسي **ألفي بوايوا** من زرع جزء من كبد مأخوذ من أحد والديّ طفل مستفيد، لأول مرة عام 1992. يمكن القول عندئذ أن عمليات نقل وزرع الأعضاء أصبحت متيسرة، خاصة زرع الكِلى، ففي فرنسا لوحدها، نشهد حدوث 3000 عملية، منها 1664 عملية زرع الكِلىَ فقط في عام 1995. نفس الأمر ينطبق على البنكرياس. لكن في الوقت نفسه، عرفت الكثير من الوفيات بسبب عدم حصول المرضى على الأعضاء لندرتها أمام كثرة الطلبات[199]. مع العلم أن العمليات الناجحة هي التي يتوفر فيها تماثل وراثي بين الطرفين.

أما في الجزائر، فعملية نقل وزرع الأعضاء تتأرجح بين هواجس المخاوف وقداسة الحياة. فغياب الوعي وقلّة المعرفة السائدان في الوسط الاجتماعي، جعلا الجهود المبذولة

---

[198] محمد السقاعيد، **قضايا طبية معاصرة في ضوء الفقه الإسلامي**، (دط، مصر: 2013) ص 22.

[199] François-Noel Gilly, **Éthique et génétique, la Bioéthique en question**, Ellipses Edition, paris, 2001, pp105-106.

في إنجاح هذه العمليات تكاد لا تذكر. لهذا لم تقترب الدولة من المعدلات العالمية عند إجرائها مقارنة بالدول الأخرى، حتى النامية منها، رغم سن قوانين منظمة، وتسهيلات كبيرة مع توفر أجهزة عصرية ووسائل طبية لازمة لذلك. غير أنه و حسب إفادة رئيس الجمعية الجزائرية لزراعة الأعضاء **علي بن زيان** فإن تطوير عمليات نقل وزرع الأعضاء أصبحت حتمية نظرا لإرتفاع عدد المصابين بالعجز الكلوي إلى حدود 4000حالة سنويا نتيجة لإرتفاع نسبة مرضى السكري والضغط والسمنة، التكفل بهذه الشرائح، خاصة من ناحية التصفية الكلوية مكلف جدا، قد يؤدي إلى إفلاس صناديق الضمان الإجتماعي مستقبلا إذا استمرت الوضعية على حالها. لأجل تدارك العجز ومعاناة المرضى الكلويين المرهونة بالجهاز المعدّ لذلك مدة طويلة، فقد شرعت الجمعية مؤخرا في تطوير عمليات نزع الأعضاء من الجثث المتوفين دماغيا. مع العلم أن عمليات زرع الكِلى والكبد والنخاع لدى المسنين، تتم عن طريق عمليات التبرع من الأهل أو الأقارب. أما زرع الكبد للأطفال فيقوم بها الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بالتنسيق مع الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء وذلك بتحويل المرضى إلى الخارج، بسبب انعدام مختصين في الميدان. حاليا تم تنصيب لجنة طبية لتكوين أخصائيين. حسب ذات المصدر، بعض مستشفيات الوطن شرعت في عمليات نزع الأعضاء من جثث المتوفين دماغيا. [200]

لقد شغل موضوع انتفاع الإنسان بأعضاء إنسان آخر، سواء كان حيّا أو ميتا، العديد من المجامع الفقهية ومجالس الفتوى في العالم الإسلامي. في بادئ الأمر، كان النقاش محدودا، متعلقا بالإنتفاع ببعض الأعضاء فقط، كالقرنيات، نقل الدم والجلد، لكن التقنيات بعدها تطورت إلى نقل القلب والكلى والكبد، مما أثار مشكلة موت الدماغ والتفريق بينه وبين الموت العادي. تعقدت الأمور أكثر عندما تعلق الموضوع بنقل

---

[200] http://www.djazairess.com/elhiwar/20040/ 2009/

الإذاعة الجزائرية « **عملية زرع الأعضاء بالجزائر أصبحت"حتمية" نظرا لإرتفاع عدد المصابين بالعجز الكلوي** » بتاريخ 2020/ 01/10 على الساعة 18:23 https://www.radioalgerie.dz/news/ar/article/20200110/188218.html

الخصية والمبيض وما تثيره من تداعيات أخلاقية ودينية حول اختلاط الأنساب والنسل. لأجل ذلك تصدّت تلك المجالس والمجامع الإسلامية لدراسة مثل هذه المواضيع وبيان الأحكام الشرعية فيها.[201]

للإجابة على مختلف الأسئلة حول مشروعية العمليات من عدمها في تشريح الميت والاستفادة من أعضائه وغيرها من المعضلات، نقول أن هذه المسائل المستجدّة في الميدان، لم تكن موجودة في عهد الرسول الكريم ولا في عهد صحابته، لهذا فاستخلاص الأحكام الشرعية يكون وفق عموميات القواعد والأدلة الشرعية.

إن جواز تشريح الميت شرعا ونقل الأعضاء والدم، يستند على قواعد عامة، أولها قاعدة حفظ النفس بإنقاذ حياة إنسان أو سلامة عضوه، يدخل ضمن الكليات الخمس. القاعدة الثانية القائلة: الضرورات تبيح المحظورات، القاعدة الثالثة تتعلق بالصالح العام أو الخاص للمسلمين، كالكشف عن الجريمة أو البحث عن أسباب المرض لإيجاد العلاج للأحياء. كما يجوز تشريح امرأة ميتة لإخراج مولودها الحي أو إخراج مال ابتلعه ميت وغيرها من المسائل التي خاض فيها الشرع.[202]

ما يمكن استخلاصه من نتائج المؤتمر الإسلامي، أن عملية زراعة الأعضاء جائزة شرعا ويمكن القيام بها، فهي لا تتنافى مع الكرامة الإنسانية، سواء بانتفاع الإنسان من الحيوانات أو من نفسه أو من إنسان آخر، ميتا كان أم حيّا، بهدف دفع ضرر أكبر، محتمل حدوثه. لكن هذا لن يتم إلا وِفق شروط محددة يمكن حصرها فيما يلي:

– ألا يضر أخذ العضو من المتبرع .

– أن يكون اللجوء إلى عملية زراعة الأعضاء المنفذ الوحيد لمعالجة حالة المريض المضطر لذلك.

---

[201] عبد السلام العبادي،« **زراعة الأعضاء على الجسم** » ، مؤتمر مجمع البحوث الإسلامية رقم 13،(الأزهر الشريف: 2009) ص 3.

[202] المرجع نفسه ، ص ص 6–7.

– أن تكون بالموافقة الحرة والواعية من المتبرع، سواء كان في حياته أو أخذ موافقة أهله عند مماته وهذا في حالات الضرورة القصوى فقط، كنقل القرنية. لكن إن حدث ووافق المتبرع بإعطاء إحدى كِلْيَتَيْه واتضح أن الثانية غير سليمة، ففي هذه الحالة، لا يُأخذ بعين الإعتبار موافقة المتبرع أو موافقة أهله.

– مراعاة أصول الكرامة الإنسانية أثناء القيام بالعمليات الجراحية.[203]

أما فيما يخص موضوع حفظ الأعضاء في البنوك الخاصة بذلك، فإنه يجوز حفظها لوقت الحاجة، في ظروف خاصة وأوقات معينة لنجاح صيرورة العملية. لكن إذا تعلق الأمر ببيع الأعضاء، فلا يوجد اختلاف حوله، بمعنى لا يجوز بيع الأعضاء، سواء عند الحياة أو الممات، لأن هذا يتنافى مع الكرامة الإنسانية. في المقابل، نجد أن جواز بيع أعضاء الحيوانات الحية التي يُأكل لحمها فقط، على خلاف الحيوانات الميتة، خاصة المحرَّم أكلها، كالخنزير.[204]

خلاصة القول، عمليات زراعة الأعضاء تقتضي شرطين أساسيين: الشرط الأول يتعلق بالتحقق من الموت، أي تأكيده، لأن هذا الشرط أثار إشكالا كبيرا: كيف نتحقق من الموت؟ هل عندما تتوقف الأعضاء عن العمل، أم عندما يتوقف الدماغ عن نشاطه ؟ الشرط الثاني يتعلق بالموافقة الحرة لإجراء العملية.[205]

الشرط الأول، تم حسم الأمر فيه، بإرجاع الموت إلى توقف وظيفة الدماغ عن العمل، بالرغم من استمرار باقي الوظائف الأخرى (الكلية، القلب،...) في نشاطها. أما الشرط الثاني، فإن وجوده لا يعني السماح بإجراء عملية نزع العضو إذا ما أدى إلى إلحاق الضرر بالمتبرع.

---

[203] عبد السلام العبادي،« **زراعة الأعضاء على الجسم**» ، ص ص 10–11.

[204] محمود علي السرطاوي، **قضايا طبية معاصرة في ميزان الشريعة**، (ط1، الأردن: دار الفكر، 2007)، ص ص 44– 45.

[205] Jean Bernard, **De la biologie à l'éthique** ,pp52-53

تبقى مشكلة أخرى تواجه عملية زراعة الأعضاء وهي قلة المتبرعين بالأعضاء مقارنة بعدد الطلبات عليها. لهذا يفكر العلماء في تقنية أخرى لتجاوز تلك المشكلة باستنساخ لأعضاء البشرية وتفادي عائق التماثل الوراثي. لأن الكثير من عمليات الزرع تؤول إلى الفشل، نتيجة عدم وجود تماثل وراثي في العضو والجسم الذي تم فيه الزرع. فعملية الإستنساخ هي من بين تقنيات الهندسة الوراثية التي شهدت تطورا رهيبا في مجال علم الوراثة الذي أثار الكثير من التداعيات الأخلاقية، القانونية والدينية من خلال التجاوزات غير الإنسانية لتقنياته الحديثة المتطورة. هذا هو موضوع المبحث الموالي.

المبحث الثالث : مشروع الجينوم البشري ومشكلة اليوجينيا

لقد أصبحت التكنولوجية الحيوية أو البيوتكنولوجية ذات أهمية كبرى لما وصلت إليه من تقنيات حديثة في إيجاد حلول لمشكلات الإنسان الأساسية، مثل إنجازات الهندسة الوراثية وتطبيقاتها المختلفة كطرق إنتاج الأنسولين عن طريق البكتيريا و تقنيات تعديل الجينات (المورثات). لكن في الوقت نفسه، تلك التقنيات أثارت مشكلات إتيقية .

ا–الجينوم البشري : Le Génome Humain

يعتبر الجينوم البشري من أكبر إنجازات الهندسة الوراثية في عصرنا الحالي، نتيجة تطور علم البيولوجية الجزئية التي سمحت تقنياتها في تكوين سلالات جديدة من الحيوانات والنباتات. بل أكثر من ذلك، قد تتمكن تقنيات فك رموز الشفرة الوراثية ومعرفة مواقع الجينات على الكروموزومات (الصبغيات) من السيطرة على الأمراض الوراثية وذلك بمعرفة موقع المورثة المسؤولة عن المرض على الصبغي. قبل التطرق إلى التداعيات الأخلاقية المترتبة عن مشروع الجينوم البشري، علينا أن نُعَرّف بالهندسة الوراثية.

الهندسة الوراثية هي مجموعة من التقنيات التي تسمح بتركيب الأحماض النووية (ADN ARN) في المخبر هي مرادفة للمعالجة التقنية الجينية للبيولوجيا الجزئية، إذ تسمح بعزل مورثة وإعادة تركيبها كثيرا. تدرس الميكانيزمات التي تسمح بمعرفة وظائف

الخلايا، ويمكن إنتاج البروتينات وإنتاج الأنسولين لمعالجة مرض السكري أو حالات الهيموفيلية** [206].

تطبيقات الهندسة الوراثية كثيرة، سواء في العلوم الزراعية التي ساهمت في إنقاذ المحاصيل الزراعية وزيادة إنتاجها، أو في المجال الصيدلاني الصناعي بإنتاج مختلف المضادات الحيوية والهرمونات..الخ، فهي ليست موضوع الحال، غير أن ما يهمنا هنا، هو مساهمتها في جعل العصر الحالي، عصر الجينوم المتمثل في مشروع **الجينوم البشري أو الكأس المقدّسة** كما يطلق عليه، أو أم الشفرات. فهل نتائجه ايجابية تخدم الإنسانية في كل الأحوال؟ أم هناك تداعيات أخلاقية واجتماعية وراء إنجاز هذا المشروع ؟

الجينوم البشري:

" خريطة الجينوم البشري تمثل مجموعة من العمليات التي ترشد المشروع من أجل تسهيل عملية تسلسل كل النيكليوتيدات* الموجودة و التي يصل عددها إلى ثلاث مليارات. فهي تتضمن منهاجين مكملين لبعضهما البعض:

1– الخريطة الوراثية تسمح، من خلال الدراسات، احتمال انتقال الصفات الوراثية المشتركة، الطبع الوراثي والتسلسل المتعدد الأشكال، بحيث توجه الجينوم وتحدد موقع المورثات المسؤولة عن الطبع.

2 –الخريطة الجسمية تحلل مظهريا الجينوم بهدف إرشاده وتحديد انتظام النيكليوتدات في ADN (تسلسليا) بصفة نهائية ". [207]

** الهيموفيلية: هو مرض وراثي يسمى بمرض نزيف الدم الوراثي أيضا سببه نقص في المناعة الذاتية للعضوية يعمل على منع عملية تخثر البلازما في الدم عندما يحدث نزيفا ما في أي مكان من الجسم .

[206] Larousse médicale, **encyclopédie multimédia, la référence en médecine**, 2006، Movizdb.com (pc-CD ROM).

* النيكليوتيدات:مورثات تتضمن القواعد الأزوتية(التايمين– الستوزين –أدنين – قوانين)

"Ensemble des techniques permettant de manipuler les acides nucléiques (A.D.N., A.R.N.) en laboratoire. Synonymes : manipulations génétiques, techniques de biologie moléculaire"

[207] Gilbert Hottois et Jean-Noel Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique**, p475

هذا يعني أن تحقيق **مشروع الجينوم البشري**، يتوقف على معرفة جميع الصفات الموجودة في كروموزومات الإنسان التي يبلغ عددها 23 زوج من الصبغيات. فالإنسان يحمل 22 زوجا خاصا بالصفات الجسمية وزوجا خاصا بالصفات الجنسية، فالمرأة تحمل كروموزومات من نوع(**xx**) والرجل يحمل نوع (**xy**) . لهذا، فمضمون هذا المشروع هو معرفة القواعد الآزوتية المشكلة للصفات أو المورثات التي تقع على الصبغيات. بحيث ينحصر هدفه في معرفة تتابع تلك القواعد في جميع كروموزوماته (46 صبغي) اعتمادا على خريطة الجينات. لذا يعتبر أكبر إنجاز بيولوجي شهده تاريخ الحياة البشرية بتعبير الرئيس الأمريكي السابق **بل كلينتون**. لأجل ذلك قيل أن هدف هذا المشروع هو التعرف على البرنامج الوراثي الكامل للكائن الحي عن طريق وضع خريطة لكل المورثات ومعرفة تتابعات القواعد في كل مورثة من هذه الجينات مع أهمية تحديد وظيفة كل جين وعلاقته مع غيره من الجينات.[208]

ويعتبر العالم البيولوجي الأمريكي **روبرت سينهايمر** أول من أثار فكرة الجينوم البشري عام 1979، داعيا إلى عقد ورشة عمل تجمع البيولوجيين والمهتمين بالموضوع حول إمكانية إقامة هذا المشروع، خصوصا بعد دراسات قام بها على الإشعاعات المسببة للطفرات، وتم وضع بيانات لتتابع القواعد الأزوتية. لذا يمكن للكائن أن يخطط لمستقبله بمعرفة أصله، بعد مبادرات قام بها مع العالم الفيزيائي ورئيس البيولوجيا الرياضية بالمعهد القومي للصحة، التابع لوزارة الطاقة وهو **تشارلز دليزي**.[209]هذا المشروع يجسد التعاون الفعلي بين علماء البيولوجيا والمهندسين والتقنيين.

يشرف على المشروع أشهر الباحثين من الولايات المتحدة، اليابان، ألمانيا، فرنسا

---

[208] أحمد شوقي،« **الجينوم مشروع يقرأ تاريخ وراثة البشر** » ، مجلة العلوم والتكنولوجيا، العدد60، (الكويت: 1998) ص ص 22–23.

[209]دانييل كيفلس، **من تحت المعطف اليوجينيا: السياسة التاريخية للطاقم الوراثي البشري** » ، من كتاب **الشفرة الوراثية للإنسان**، ص 28.

والصين، الذين اعتبروه "مشروع فك رموز الوراثة البشرية " بتكاليف تفوق الثلاث مليارات من الدولارات. أنشئت تبعا لذلك العديد من مراكز البحوث الجامعية في ثماني عشر دولة تعمل تحت إشراف الأمم المتحدة، بحيث تمكنوا من إعادة تشكيل 75٪ من الفجوات الجينية الإنسانية، الهدف منها توظيف نتائجها ووضع خريطة وراثية كاملة للطاقم الوراثي البشري. هذه الخريطة توضح لهم آليات نشاط الجينات وخلايا حية من دون ثغرات، تُبين لهم أيضا التشخيصات الأولية للكشف عن الأمراض، كالزهايمر، السكري والسرطان التي لم تنجح إلا في عام 2002. الأبحاث مستمرة منذ ذلك الوقت حتى يتم تعيين علاج خاص بكل تركيبة جينية معينة.[210] بهذا يمكن للعلماء والباحثين من كتابة الموسوعة الخاصة بالحياة التي توضح لهم كيفية عمل المورثات وانقسام الخلايا، أو كما يطلق عليها، الكأس المقدسة.

فإذا ما تمت كتابة تلك الموسوعة التي من خلالها يتم فَهْم أسباب الأمراض الإنسانية، فإن تزويد كل شخص ببطاقة خاصة عن سيرة حياته، عن أوقات الأمراض التي ستصيبه مستقبلا وكيفية علاجها، سوف لن يكون بالأمر البعيد. يتم التفكير حاليا في تجهيز المستشفيات لفحص سريع للأجنة في مراحلها الأولى من التكوين، مما سيسمح بالتخلص من العيوب الوراثية مسبقا وإما منع من تكوّن الأجنة وولادتها أو إصلاح مورثاتها، بل سيصل الأمر إلى الإنجاب في المختبرات، انطلاقا من خلايا أجنة يتم اختيارها وفق معلومات الوراثة وفي الوقت المرغوب.[211]

لأجل ذلك، تعتبر المعالجة الجينية انجازا طبيا مهما. فحسب الجمعية الفرنسية لمحاربة الأمراض العضالية الخطيرة، هذه التقنية هي الطريقة الوحيدة لعلاج الأمراض الوراثية، لذا عملت على تمويل و تطوير البحوث من خلال تبرعات أحد المهتمين

---

[210] عمر بوفتاس، **البيواتيقا: الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيوتكنولوجيا** ، ص ص، 269–271.

[211] موسى الخلف،" **العصر الجينومي** "، عالم المعرفة، العدد 294،(الكويت : مطابع السياسة، 2003) ص20.

بالمشروع. في حدود سنة 2000 ، تَمَكَّن بعض الأطباء من مستشفى**Necker** بباريس أمثال البروفيسور **ألان فيشر Pr Alain Fischer** من علاج الكثير من الأطفال الذين يعانون من أمراض وراثية خطيرة ونادرة، تهاجم أجهزتهم المناعية وتدميرها، يطلق عليهم "**أطفال البالونات**" "**enfants bulles** ". كانت المعالجة الوراثية هي العلاج الفعال لها، بعدما كان تركيزهم على زراعة الخلايا الجذعية المحدودة النتائج .[212]

من بين مشاريع هذه التقنيات الجينية، بعد أن تمّ سَلْسَلَة ما يعادل 450 مورثة (جين) واكتشاف أول جين مسبب لمرض هنتجتون*، هو الإستخدام الحسن لهذه الجينات في الطب الشرعي، الذي سيساعد علم الجريمة في التطور. فبتحديد الحمض النووي **الدنا ADN** ، تقل نسبة الجريمة، ويتم تفادي الكثير من الإحتيال من الممكن أيضا أن يقِل الإغتصاب والقتل، حيث يخشى المجرم أثناء اقترافه الجرم من ترك بصمات الحمض النووي(بصمة الدنا) في مكان الجريمة، كما يمكن من جهة أخرى اكتشاف هوية الآباء المجهولين الذين يتهربون من تحمل المسؤولية .[213]

فتقنيات الهندسة الجينية إذن مَكَّنت علماء البيولوجيا الجزئية من تعديل المورثات وإعادة تركيبها، بعدما كان التعديل في الماضي يحدث نتيجة تأثير الأشعة السينية أو نتيجة طفرات طبيعية. كما تجعل البكتيريا تعمل على تركيب بعض المنتجات الحيوية

---

[212] موسى الخلف، **العصر الجينومي** ، ص 20

* هنتجون: هو مرض حركي، نتيجة لجين يورث في نمط اوتوزومي سائد بمعنى جين يوجد على أحد الكروموزومات الاثني والعشرين غير الجنسية نادر يصيب في الغرب شخصا بين كل مئة ألف. تبدأ أعراض المرض في الظهور في سن يتراوح بين 35 و45عام وتستمر فترة المرض إلى 15أو25 ليقتل المريض في نهايته. فهو يسبب في كل أجزاء الجسم رعشة وحركات التوائية يتعذر التحكم فيها. والأكثر إيلاما للمريض ولعائلته ما يسبق هذه الحركات أو ما يصاحبها من تغيرات إدراكية يؤدي إلى تدهور عقلي فظيع، اضطرابات عاطفية حادة، اكتئاب انتحاري عادة وهذيان وهوس أحيانا.

نقلا عن ماري ويكسلر ،« **الإستبصار والحيطة: ترجيعات من مشروع الجينوم البشري** »، من كتاب دانييل كيفلس وليروي هود، **الشفرة الوراثية للإنسان**، ص ص 232–233

[213] مختار الظواهري،« **مشروع الجينوم البشري– الى أين؟** » ، في مجلة العلوم والتكنولوجيا، العدد 60، (الكويت: 1998) ص ص 29.

التي تستخدم في المجال الصيدلاني كإنتاج الأنسولين. كما تمكنوا من إعادة تركيب الفيروسات من خلال أجزاء الحامض النووي، ثم استخدامها كناقلات للجينات ما شجع علماء البيولوجيا، وصولهم إلى تكوين كائن حقيقي، هو فيروس آت من القرد، وآكِلو البكتيريا يحملون هذه المورثات. هذه التجربة تُجسّد بداية الهندسة الوراثية التي ساعدت على فهم أنواع السرطان وآليات عمل الفيروسات السرطانية من خلال العدوى التي تنقلها بالفيروس أثناء فترة حضانته وتكاثره فيها(مثل بكتيريا الأشير شيا كولي)، وقدرتها على التكيف مع نوع آخر من البكتيريا، وبالتالي تحديد الخصائص السرطانية للفيروس **SV40** في البكتيريا المأخوذة من فيروس القردة الذي يحتوي على مورثات آكلي البكتيريا. لكن تخوفات علماء البيولوجيا تتمحور حول خطر إحتمال دمج المورثات السرطانية مع البكتيريا، ثم نقلها إلى الخلايا الحيوانية والبشرية وبالتالي يمكن فقدان السيطرة عليها، مما يعني وجود خيارين: إما تنفيذ إجراء التجربة، وبالتالي استخدام بكتيريا الأشير شياكولي في التعبير عن المورثات الفيروسية السرطانية، أو تأخير تنفيذها حتى يتم الإحاطة بكل المخاطر التي ينتجها الفيروس **SV40** على الإنسان. لأجل هذا، يتم تأخير المشروع بغية تقييمه ودراسة مخاطره. لذا طرحت المشكلة في البحث البيولوجي وأقيم مؤتمران، الأول يتعلق بدراسة المخاطر الناجمة عن الفيروسات السرطانية. الثاني، يتمحور مخاطر الإختبارات على الدنا(الصبغي). فقد أطلق على تجمعي المؤتمرين إسم مؤتمرا **اسيلومار**. الثاني كان له أكبر صدى من الأول، لكونه أثار قضية المسؤولية البيولوجية. [214]

كانت الغاية من انعقاد المؤتمرين عام 1973، هي تقييم المخاطر المتعلقة بالفيروسات المسرطنة وكيفية وضع شروط أمنية أثناء قيام التجارب والإختبارات. خاصة في ظل إحتمال وجود خطر الإصابة بمرض إنحلال الأعصاب الناتج عن الفيروس

[214] كلود دوبرو، **الممكن والتكنولوجيات الحيوية**، تر: ميشال يوسف،(بيروت: المنظمة العربية للترجمة،2007) ص ص 235–255.

SV40. لذا اقتضى البحث، ضرورة إجراء دراسات وبائية، لا سيما على مستوى العاملين في المختبرات بهدف التحكم في مجرياتها .[215]

إن انعقاد المؤتمرات الدوليين، سواء سالفا أو آنفا وتأسيس جمعيات محلية أو وطنية، دليل على قلق وتخوف الإنسان من خلق كائنات تُسبب الأمراض الخطيرة الفتاكة. ما أدى إلى إيقاظ شعورهم بالمسؤولية البيولوجية. لقد نظمت الجمعية البريطانية للمسؤولية الإجتماعية ندوة وطنية في لندن بعنوان: "**الأثر الإجتماعي للبيولوجيا المعاصرة** " تناولت فيها إمكانات تطبيقات البكتيريا عند الثدييات، بما فيها الإنسان، مع آليات التعديل أو إعادة التركيب الجيني لدى البكتيريا. القلق يزداد عندما يتم التعامل مع الفيروسات التي تسبب السرطان وإعادة تركيب الفيروسات القادرة على إنتاج الوباء الذي يؤدي إلى أمراض غير معروفة. كما حدث مع إعادة تركيب مورثة مندمجة مع فيروس **SV40** التي تتميز بقدرتها على التكاثر في الخلايا البشرية.[216] هذا ما حدث فعلا مع فيروسات متلازمة الشرق الأوسط التنفسية ومتلازمة الالتهاب الرئوي الحاد و الفظيع التي فتكت بالإنسان قبل أن التوصل إلى لقاح مناسب. ما عرفته اسبانيا في عهد سابق من إنتشار فيروس الحمى الإسبانية (نسبة الوفيات أكثر من 40 مليون حالة) ، يؤكد ذلك.

يعتبر العالم الأمريكي **جيمس واطسون** من بين الأوائل الذين نبهوا إلى التداعيات الأخلاقية في المشروع. لقد دعا إلى الإلتزام بالأخلاقيات في الممارسات الميدانية التي كانت وراءها تخوفات الناس، كما حث أيضا على استكشاف الضمانات الإجتماعية لبحوث الجينوم البشري وإلى الإقرار بحق الحماية لخصوصيات الناس بغية طمأنتهم حتى لا تتسبب هذه المخاوف في تخريب المشروع بأكمله. فالخوف حسب **واطسون** هو الشيء الوحيد القادر على إيقاف البرنامج. لذا أوصى الناس بالتخلص من مخاوفهم، لأن

---

[215] كلود دوبرو، **الممكن والتكنولوجيات الحيوية** ، ص ص 260–262.

[216] المرجع نفسه، ص ص 256–261.

معرفة أسرار الجينوم البشري أفضل بكثير من الجهل به، لأجل تدارك الإنزلاقات. [217]

فمشروع الجينوم البشري يطرح عدة مشكلات أخلاقية: أول مشكلة تتعلق بسرية المعلومات الخاصة بالإرث الفردي الوراثي، وإمكانية إثارته لمختلف أشكال التمييز الوراثي، كالتحليل الجيني، لأجل طلب التوظيف أو الإشتراك في عقد التأمين.[218] بمعنى أن **الدنا ADN** تمثل مورثات خاصة بشخص ما، لا يحق لأي كان أن يطّلع عليها. بيد أن التحليل الجيني، في الوقت الذي هو تقنية ايجابية تكشف مبكرا عن وجود مورثات مسببة لأمراض ما، ليس له علاج، فهو أيضا نقمة على ذلك الشخص وسبب تعاسته، نتيجة التمييز الذي قد يتعرض له أثناء تعيينه في وظيفة معينة. ربما قد يرفض ملفه بسبب وجود هذا المرض، لعدم قدرة الجهة المعنية بالتوظيف على التكفل بمصاريفه مستقبلا: سيكون عبئا على خزينتها ومعرقلا لأداء عمله.

لأجل ذلك، يدعو **واطسون** وآخرون إلى الإلتزام بالمبادئ والقيم الأخلاقية حتى لا يكون تطبيق القوانين مجحفا في حق الشخص. لذا تم تخصيص 3٪ من تمويل مشروع الجينوم لبرنامج الأخلاقيات ودراسة المخاطر المترتبة عن التطبيقات الوراثية، بحيث مُنِح للمركز القومي لبحوث الجينوم مبلغ يقدر بخمسين ألف دولار، بهدف تقييم الدراسات ونتائج البحوث حول بصمة **ADN**. [219]

المشكلة الثانية التي يثيرها مشروع الجينوم البشري، تتعلق بالطب التنبئي والتشخيص الوراثي الذي يجعلنا نتنبأ بظهور أمراض ذات أصل وراثي في وقت مبكر. مع العلم أن علاجها قد لا يكون معروفا بالضرورة، كمرض **هنجتون** مثلا الذي يعتبر مرضا وراثيا لا تظهر أعراضه إلا بعد أربعين سنة. كما أثارت التقنيات الحديثة الناجمة عن التشخيص

---

[217] جيمس واطسون،« **رأي شخصي في المشروع** » من كتاب دانييل كيفلس وليروي هود،**الشفرة الوراثية للإنسان** ، ص192.

[218] Gilbert Hottois et Jean-Noel Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique**, , p478

[219] جيمس واطسون، "**رأي شخصي في المشروع** " ، ص ص 191–192.

الوراثي المبكر للأمراض تداعيات أخلاقية حول **التشخيص الذي يسبق الولادة والتشخيص الذي يسبق زرع الجنين**. فقد أثارت طبيعة التشخيص ما قبل الولادة موجة من التساؤلات التي تنبئ بوجود مخاطر تهدد كرامته أولا وتقلل من قدسيته ثانيا، فإذا كان الهدف من هذا الفحص المبكر، هو التعرف على الأجنة المصابة بالتشوهات والشذوذ الخُلقية الوراثية بغية إجهاضها والتخلص منها، فإن هذا الفعل لم يلق ترحيبا واسعا، لأن الإجهاض، حسب هذه التقنية، يبقى الخيار الوحيد، خاصة بعد التحاليل التي قد تبيّن من خلال السائل الأمنيومي(من رحم المرأة) احتمال وجود أمراض وراثية وتشوهات صبغية. فما فائدة التشخيص إذا لم يكن هناك علاج أو ضمان تحسين وضعه الصحي؟ مع العلم أن استخدام هذه التقنيات في بدايتها، كان لغرض علاجي يتم فيه نقل الدم للجنين الذي يعاني من مشكلة على مستوى الفئة الدموية.[220]

ما يَنْجَرُ من خلال تطبيق هذه التقنية، عندما تُشخص الأجنة وراثيا، هو احتمال ارتكاب جرائم بحقها تحت غطاء القضاء على الأمراض الوراثية الخطيرة ومنعها من انتقالها إلى الأجيال اللاحقة. فهل من المعقول قتل تلك الأجنة لمجرد إمكانية نقلها لأمراض وراثية؟ أو احتمال ظهورها عند الأشخاص، بعد عمر الأربعين (مثل مرض **هنتجتون**)؟! ما الذي يضمن بقاءه تلك المدة؟! وهل يحق أن يقام الإجهاض لسبب جنس المولود؟ كما يحدث في الهند والصين حيث تسمح الحكومة بإجراء تلك العمليات إذا بيّنت التحاليل أنثوية الجنين.

ففك رموز الوراثة البشرية من خلال مشروع الجينوم البشري ووضع خريطة كاملة للمورثات، يجعل التحكم ممكنا في الجينات المسببة للأمراض الوراثية مستقبلا. وبهذا يمكن تطوير تقنيات التشخيص لِما قبل الولادة، وتحقيق نتائج معتبرة، بالرغم من أن علاج الأمراض الوراثية بعد اكتشافها في الجنين لا يتأتى يكون إلا بالإجهاض، أو

---

[220] عمر بوفتاس ، **البيواتيقا : الأخلاقيات الجديدة في مواجهة البيوتكنولوجية**، ص ص 279–280

الاحتفاظ به رغم التشوهات الصبغية والعيوب. لذا فكر الأطباء والباحثون في تقنية أخرى للتشخيص المسبق، قبل تكوين الجنين، أي أثناء الإنقسامات الخلوية الجنسية خارج الرحم ويطلق عليها، التلقيح الإصطناعي خارج الرحم، كأطفال الأنابيب. هذا ما يسمى **بالتشخيص الذي يسبق زرع الجنين في الرحم Diagnostic préimplantatoire** .[221] لهذا يفرض السؤال نفسه: ماذا يترتب عن هذه التقنية من تداعيات أخلاقية ؟

إن النقاش الأخلاقي حول التشخيص الذي يسبق زرع الجنين في الرحم يطابق الجدل القائم حول التشخيص ما قبل الولادة، وهو الشرعية الأخلاقية لرفض الأجنة الحاملة لبعض الخصائص الوراثية المشوّهة التي يحتمل أن تتطور حتى الولادة. هذه الشرعية، إما أنها تؤسس على فعل تجنب الآلام التي قد يعانيها طفل المستقبل وأيضا عائلته، أو أن اختيار الصفات الوراثية راجعة إلى أسباب يمكن حصرها فيما يلي:

"– إما لكونها تنحدر من بحوث اليوجينيا (تحسين السلالة).

– أو لأنها متعارضة مع مبدإ الحفاظ على الحياة.

–وإما لأنه لا يمكن تجنب الأذى الذي يصدر عنه".[222]

الانتقاد الثاني الذي وجه إلى هذه التقنية، هو أنها تُشكل خطرا في تطبيق اليوجينيا خاصة عندما يتم تسهيل الإجراءات في ذلك. هذا النقد يتمحور أساسا حول اختيار الأجنة، متجاهلين بطء تقنيات الإنجاب الصناعي الضرورية، مع خطر فشل العملية. يعتبر المتخصصون بصفة عامة أن الإنجاب الصناعي خارج الرحم، مع تقنيات التشخيص لما قبل الزرع في الرحم، أثقل بكثير من تقنيات التشخيص لما قبل الولادة الكلاسيكي المرتبط بإحتمال حدوث الإجهاض أو توقيف عملية الحمل. في حال تطبيق التقنيات الجينية لعملية الزرع لما قبل الرحم، بهدف تحديد النيوكليدات المتناقضة مع

---

[221] عمر بوفتاس، **البيواتيقا : الأخلاقيات الجديدة في مواجهة البيوتكنولوجية**، ص ص 279–280

[222] Gilbert Hottois et Jean-Noel Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique** ,p276

تطور الحمل، فإن هذه الأدلة تبدو غير مبررة، لأن التقنيات حينئذ، ستعمل على مضاعفة إحتمال النجاح دون إحداث تعديل في مميزات وصفات الأطفال الذين سيولدون في نهاية المطاف داخل الأنبوب.[223]

فقد أورد **جون برنار** عدة أمثلة معقدة جدا عن حالات تشخيص ما قبل الولادة، كانت نتائجها محيرة تستدعي حلولا عاجلة، سواء من الناحية النفسية للوالدين أو من الناحية الطبية أو الاجتماعية. بل أكثر من ذلك، مصير أولائك الأطفال المولودين بتشوهات خلقية أو صبغية. ومن ضمن هذه الحالات، نجد حالة عائلة هيموفيلية *Hémophile، إمرأة شابة تربي طفلين هموفيلين بكل شجاعة. وبينما كانت حاملا بطفلها الثالث وبعد تشخيص ما قبل الولادة، بينت التحاليل أنه طفل هموفيلي مثل أخويه. فهل يحق أن توقف نمو الحمل؟ بمعنى قتل الطفل؟ وإذا قرروا مواصلة الحمل، معناه خلق وضعية حرجة لا علاج فيها، إذ كيف يتسنى لهذه الأم المسكينة أن تربي ثلاثة أطفال هيموفيلين، والأكثر ألما هو أن يموت نهائيا الثلاثة معا. النقاش هنا صعب، لكن حدوث إجهاض تلقائي طبيعي. سيضع حدّا نهائيا لهذا الجدل.[224]

حسب **جون برنارد** إنّ تقنيات التشخيص لما قبل الولادة وما ينجم عنها من قضايا أخلاقية، لا تتوقف عند طرفين، أي بين الطبيب والشخص المعني، بل هناك طرف آخر، هو الطفل وما يُقَرَر حول مصيره.

فإذا كانت نتيجة الفحوصات والتشخيص ايجابية، فإن الوالدين يكونان سعيدين

---

(223) Gilbert Hottois et Jean-Noel Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique** ,p 276

* Hémophile: أو نزف الدم الوراثي، هو مرض وراثي نادر ، يصيب أحد عناصر أو العوامل المسؤولة عن عملية التخثر في الدم ، فعندما يحدث جرح عند الإنسان أو قطع يتخثر الدم عند الجرح لمنع تدفقه، لكن عندما لا يحدث التخثر فإن الدم لا يتوقف عن التدفق لمدة طويلة . يصيب الذكور أكثر من الإناث لأن الأنوثة تحمل صبغيات جنسية من نوع xx فلا يظهر المرض عندئذ بل تورثه لاحقا بحملها للجنين. بينما الذكر يحمل صبغيات من نوع xy أي x واحد، هذا ما يعجل بظهور المرض.(حسب الموسوعة الإلكترونية)

(224) Jean Bernard ,**De la biologie à L'éthique** ,p p116-117.

مطمئنين، بعد قلق انتابهما قبل الإجراءات التقنية، لأن الطفل سيولد سليما. ما يسمح للحمل بالنمو طبيعيا. غير أن هذه التقنية قد يترتب عنها تداعيات خطيرة لو حدث ووقعت تلك الأبحاث في يد متهور ديكتاتوري، يستغلها في مشاريع اليوجينيا، هذا من جهة، من جهة أخرى، فإن الكشف عن جنس المولود مسبقا قد يعجّل رغبة الوالدين، بتوقيف توقيف الحمل وإجهاضه.[225]

إن لبّ التداعيات الأخلاقية المترتبة عن التقنيات المختلفة (العلاج الوراثي، تشخيص ما قبل الولادة، تشخيص ما قبل الزرع في الرحم، والطب التنبئي) الذي يستند إليه مشروع الجينوم البشري، يتمحور أساسا حول **مشكلة الإجهاض** التي أثارت العديد من التساؤلات الأخلاقية، تمس كل الجوانب، منها القانونية والدينية تخص حقوق الجنين عند الكشف عن أصله الوراثي، دون أخذ موافقته التي يستحيل أن تتحقق في تلك المرحلة. ثم ما هي التداعيات الأخلاقية التي تترب عن إفشاء أسرار نتائج الإختبارت الوراثية لطرف ثالث، غير الطبيب والمعني بالأمر؟ !

مع هذا، فإن مشروع الجينوم البشري، حسب العالم الفزيولوجي والطبيب الأمريكي **دافيد بلتيمور David Baltimore** قد فتح مجالا أمام تطور فروع جديدة لعلم الوراثة: منها علم يختص بدراسة بنية الجينوم بشكل مفصل وهو علم **الجينوميكسGenomics**، يختص باستنساخ جميع المورثات التي تكوِّن الجينوم لدراسة تركيبها وطريقة عملها. هناك علم آخر يسمى بروتيموميكس **Protiomics**، يختص في وظائف البروتينات الناتجة عن الجينوم وطريقة تفاعلها معه.[226]

فالآمال التي نتطلع إليها من خلال الجينوم البشري كثيرة ، تعود على مستقبل الطب بنتائج ايجابية، منها: تحديد الجينات المسؤولة عن الأمراض الوراثية وبهذا يمكن القيام

---

[225] Jean Bernard ,**De la biologie à L'éthique**, p116

[226] موسى الخلف، **العصر الجينومي** ، ص 72.

بعملية **الجراحة الوراثية**، حيث تستبدل الجينات المعطوبة المريضة بأخرى سليمة دون المساس بالخلايا التكاثرية، إضافة إلى ذلك يمكن تطوير الهندسة النسيجية التي تقوم من خلال خلايا المنشئ بإنتاج الكثير من الخلايا النسيجية بغرض استخدامها في عمليات زراعة الأعضاء لاحقا عند الحاجة. كما أنه يساهم في فهم التاريخ التطوري للإنسان.[227] إلا أنه يثير الكثير من المخاوف والرعب، كتغيير الطبيعة الوراثية لبعض الكائنات الحية، منها الإنسان الذي لا يمكن التحكم فيه ولا يمكن توقع نتائجه أيضا خاصة عندما يتم التلاعب بجينات الخلايا الجنسية. هذه مؤشرات تنذر بالخطر الكبير حول مستقبل البشرية.

فمنذ استنساخ النعجة دولي 1997 من طرف العالم البيولوجي **أيان ولمونت Ian Wilmut**، تساءل علماء البيولوجيا في جميع أنحاء العالم عن نجاحها على الإنسان ومدى تداعيات ذلك على هويته وجوهره. "كانت صدمة للرأي العام عندما تبين إمكانية إنتاج أناس مماثلين وراثيا من الناحية النظرية".[228] لذا بدأ الرعب ينتاب النفوس حول حدود تلك التقنيات الجينية وما ستفسر عنه من تغيير المسار الطبيعي للعلاقات الإجتماعية والمبادئ التي تقوم عليها، تمس بالدرجة الأولى مصير الأسرة ومفهوم الأمومة ومفاهيم أخرى لا تقِل أهمية.

لكن بعد موت النعجة في وقت قصير– كانت أكبر حجم من الأصلية– بدأ الإنسان يتساءل عن فائدة تلك الأبحاث؟ عن جدوى تُخصيص ميزانيات ضخمة لتلك المشاريع ؟ ما فائدة مشروع الجينوم البشري إذا كان لا يقضي على الأمراض الوراثية ؟ ما موقف المجتمع إذا أدرك أن تمويل تلك المشاريع لها أهداف تجارية محضة؟ في الواقع العملي،

---

(227) موسى الخلف، **العصر الجينومي** ، ص 72.

(228) Louis –Marie Houdebine, « **Le clonage et la transgénèse** » dans le **Faut-il vraiment cloner l'homme** , FORUM DIDEROT, Presse universitaire de France, 1 Édition, Marie Louis- 1999, p36

هناك مشروعان للبحث الجيني: مشروع الجينوم البشري الخاص بالولايات الأمريكية وآخر دولي هو منظمة الجينوم البشري **(هوغو)** التي أطلق عليها إسم الأمم المتحدة للجينوم البشري. كلاهما تنظيمات إدارية ومالية أكثر مما يكونان مشروعين بحثين. فوجودهما كان بهدف الحصول على قدر كبير من التمويل العام.[229]

حاليا، أصبحت الهندسة الجينية مصدرا للربح من الناحية المادية. فإذا تصورنا إمكانية جعل نبات البرسيم يصنع السماد الآزوتي من الهواء لوحده، وتطوير التقنية إلى إنتاج القمح أو الذرة، فهذا يوفر للفلاحين الكثير من المال والجهد والوقت، ضف على تقنيات أخرى أوصلت علماء البيولوجيا الجزئية إلى ميدان المقاولات بامتلاك أسهم في شركات دوائية دولية وبيع براءات الإختراع وغيرها، حيث أنشأ الكثير منهم شركات بيوتكنولوجية يمولها أثرياء الرأسمالية. دليلنا في، حدوث صراعات خطيرة في الجامعات والحكومات بسبب تضارب المصالح. إذ نجد أحيانا عدم التعاون بين الطلبة الذين يعملون تحت إشراف أساتذة لا حصص لديهم في مؤسسات بيوتكنولوجية تجارية تحت طائلة تسريب الأسرار المالية. لذا يعمل بعض الباحثين البيولوجيين على الحصول على تراخيص بمعمل أو مؤسسة ما، في مقابل جزء من الأبحاث.[230]

حسب بعض الإحصائيات، هناك عشر شركات جينومية تعمل حاليا على إنتاج أدوية بالتعاون مع شركات دوائية كبرى، غرضها جَنْي الكثير من الأرباح حين تسويقها للأدوية، غير أنها لم تُحقق النجاح الذي انتظرته وتوقعته.[231]

ما يعني أن تقنيات البيتوكنولوجية أو الهندسة الجينية تجاوزت ميدانها إلى ميدان الإقتصاد والسياسة. يظهر هذا في تمويل الدول لمشاريع تقنيات المساعدة على الإنجاب

---

[229] ريتشارد ليونتين، **حلم الجينوم وأوهام أخرى**، تر: أحمد مستجير وفاطمة نصر،(ط1، بيروت : المنظمة العربية للترجمة ، 2003) ص 137.

[230] المرجع نفسه، ص ص 153-154.

[231] المرجع نفسه، ص 170.

الصناعي بمختلف طرقه، لتجاوز مشكلة العقم الذي سيؤثر حتما على نسبة الولادات وبالتالي قلة اليد العاملة لاحقا. كما يحدث في كندا التي تستقبل سنويا مئات المهاجرين لتغطية العجز في نسبة السكان لديها. و تسمية أوروبا بـ "العجوز" لدليل على انخفاض الولادات وارتفاع نسبة الشيخوخة التي تشكل عجزا في ميزانية الدول من الناحية الاقتصادية.

ما يؤكد ذلك أيضا، التصريحات المختلفة لرؤساء الوزارات المالية للدول العظمى عبر وسائل الإعلام، سواء المسموعة أو المقروءة، حين توضح العجز في الميزانية المالية لعام 2020 بسبب تلك الفئة(تقاعد ذوي الأمراض المزمنة، ذووا الإعاقات المختلفة/ إفلاس صندوق الإعانات والمعاشات). مع العلم أن تلك التصريحات كانت قبل جائحة لفيروس كوفيد19، لا داعي هنا لطرح فرضيات لا يمكن لنا إثباتها.

فأخطر قضية يثيرها الجينوم البشري، هي اليوجينيا، علم تحسين السلالات ، كأكبر انجاز للهندسة الوراثية شهده علم الأحياء. فماذا نعني **باليوجينيا؟** وما هي المشكلات الأخلاقية المترتبة عنها؟

مشكلة اليوجينا أو تحسين النسل:L'Eugénisme

اليوجينيا هو كل مشروع يتطلع إلى معرفة تأثير انتقال الخصائص الوراثية بغرض تحسين النوع البشري. فالمصطلح وضعه العالم البيولوجي الإنجليزي **فرانسيس قالتون**. أراد هذا العالم الوصول إلى تحسين سلالة الإنسان بنفس الطريقة التي تقام على الحيوان والنبات وذلك بالإكثار من الصفات المرغوبة. أما من حيث الإشتقاق اللغوي، فمصدره من الإغريقية **Eugenos** ومعناه **طيب الأرومة**. فهو مركب من **Eu** تعني حسن، **genos** تعني مولود، عرق. لكن في حدود 1904، تم تحديد المفهوم، خاصة بعد نشر أبحاث العالم الوراثي **مندل** وهذا نصه بصريح العبارة نقلا عن :

« Étude des facteurs socialement contrôlables qui peuvent élever ou abaisser les qualités raciales des générations futures, aussi bien physiquement que mentalement. »(232)

بمعنى دراسة العوامل الإجتماعية الخاضعة للمراقبة والقادرة على رفع أو خفض نوعية مميزات عرق الأجيال القادمة، سواء من الناحية الجسمية أو الذهنية.

فإذا كانت اليوجينيا حسب القاموس الطبي، نظرية تبحث عن كيفية تصنيف التجمعات البشرية انطلاقا من قوانين الوراثة، فإنها عند **فرانسيس قالتون** "فن التنسيل الجيد « **art de bien engendrer** ». هذا المعنى نجده في بداية كتاباته المتأخرة تحت مصطلح **viriculture** استخدمه لتحديد معنى **L'eugénisme , L'eugénique**" ، علم يعالج كل التأثيرات التي تحسن نوعية المولود من ناحية العرق". (233)

يعود سبب تعدد التعاريف حول **اليوجينيا** إلى عدم التمييز بين المصطلحين **L'eugénisme , L'eugénique:**

الأول **L'eugénique:** يعني دراسة العوامل القادرة على تحسين النوع الإنساني. الثاني **L'eugénisme:** مذهب إجتماعي سياسي موجه لتنفيذ هذا التحسين، على الأقل بطريقة معتدلة. (234) فالمصطلح الأول يدخل في إطار **Technoscientifique** كمادة تعليمية أو انضباطية تهتم بدراسة مجموعة من التقنيات التي تعمل على تحسين النوع الإنساني. بينما المصطلح الثاني يشير إلى إيديولوجية سوسيوسياسية **Sociopolitique idéologique** تشكل مشروعا في حد ذاته تهتم بانتقال الصفات الوراثية إلى تحسين النوع الإنساني بالقضاء على الصفات غير المرغوبة، وهي تعتبر مؤشرا للتمييز العنصري والإبادة الجماعية.(235)

هذا التمييز بين المصطلحين هو الذي يقودنا إلى القول أن **اليوجينيا** تأخذ شكلين:

(232) Francis Gold et al, **Repéres et situations éthiques en médecine**, p54.

(233) Gilbert Hottois et Jean-Noel Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique** , p416.

(234) Ibid., p416

(235) Francis Gold et al, **Repères et situations éthiques en médecine**, p54.

– الشكل الأول، هو **اليوجينيا الإيجابية L'eugénique Positive**، تعني معالجة وراثة البشر لتوليد نوعية أفضل.

لم تقدم اليوجينيا الإيجابية من الناحية العلمية الشيء الكثير، إلا أنها استخدمت في سياسة الدعم العائلي ببريطانيا وألمانيا، من خلال تنظيم منافسات "أفضل العائلات". أقيمت بأمريكا في قسم الثروة البشرية الخاصة بالمعارض، كمعرض **كانساس** عام 1924، حيث تسلمت العائلة الأفضل من حاكم الولاية "**تذكار العائلة الأفضل**" وتسلم أفراد العائلة ميدالية معبّرة* بعد أن خضعوا لإختبارات الذكاء واختبار **قاسرمان** للزهري وغيرها.[236]

–الشكل الثاني هو **اليوجينيا السلبيةL'eugénique négative**، تعني تخليص المجتمع من الصفات غير المرغوبة من خلال تعقيم المتخلفين والمنحطين بيولوجيا. الهدف من ذلك تحسين النوع الإنساني. لأجل هذا ارتبطت بالمذهب اليوجيني **L'eugénisme**، الذي أشرنا إليه سابقا.

لقد استُغِلت أبحاث **اليوجينيا** استغلالا فضيعا أثناء الحرب العالمية الثانية، حيث أُدمجت الأبحاث اليوجينية مع السياسة في عهد النازية، خاصة بعد وصول **هتلر** إلى الحكم. حيث تم تعقيم المئات من الناس بإسم تحسين النوع الإنساني، ما أدى إلى إثارة التمييز العنصري. ما يثبت ذلك أن الأطباء النازيين أقاموا تجاربهم على الأعضاء والهياكل الخاصة باليهود. الأمر نفسه نجده في الولايات المتحدة الأمريكية حيث وضعت مسودّات وسنّت قوانينا بمساعدة المكتب الخاص بالتسجيل اليوجيني. كانت النتيجة أن ولاية كاليفورنيا عقمت يوجينيا بدء من عام1933 العديد من الناس، بعد صياغة قوانين خاصة بالتعقيم اليوجيني وتمريرها عام 1927 في الحكم الصادر من المحكمة العليا في

* ميدالية نقش عليها صورة والدين يمدان أيديهما لطفل .

[236] دانييل كيفلس، "**من تحت معطف اليوجينيا: السياسة التاريخية للطاقم الوراثي البشري**"، من كتاب **الشفرة الوراثية للإنسان** ، ص 20.

في قضية "**باك ضد بيل**" [237].

فقد تم ربط فكرة التدهور الإجتماعي بالصفات الوراثية غير المرغوب فيها، لهذا دعا بعض علماء البيولوجيا إلى تطبيق علم الوراثة البشرية على المشاكل الإجتماعية كأحد فروع علم اليوجينيا، خاصة بعد ملاحظتهم لبعض الصفات التي تورث حسب قوانين **مندل**، كصفة ضعف العقل.

من بين العلماء الذين راودتهم فكرة اليوجينيا، العالمان البريطانيان **رونالد فيشر**، و**جوليان هكسلي** والعالمان الأمريكيان **هيرمان** و **مولر** الذين يطلق عليهم اسم "**يوجينيو الإصلاح** ". فقد آمنوا بضرورة تحرير اليوجينيا من كل تحيز عرقي أو طبقي، يدعون إلى استخدام علم الوراثة استخداما مفيدا في الطب الوقائي والعلاجي. كان موقفهم مدعما ببعض الأطباء المعارضين لليوجينيا، أمثال الطبيب البريطاني المتخصص في مرض التخلف الذهني.[238]

في الواقع، يحدث يوميا داخل مستشفيات كل الدول، عمليات تحسين النسل أو السلالة، الضحايا هم أجنة تدخّل في تركيبها الكروموزوم 21 الذي يسبب مرض **متلازمة داون**، لذا تجرى عمليات الإجهاض عندما يتبين ذلك. على سبيل المثال، نأخذ دولة الصين التي تواصل إجراء التعقيم والإجهاض على أساس تحسين النسل لأنهم شهدوا ولادات من نوع منحط، ينحدرون من مناطق فقيرة اقتصاديا، أو من الأقليات الإثنية وغيرها. لذا اهتمت الحكومة الصينية بسَنّ قوانين تهتم برعاية صحة الأمومة والطفولة تُجبر على القيام بالفحوصات قبل الزواج، يعطَى للأطباء حق إعطاء القرار في إجهاض

* باك ضد بيل : قضية المحكمة العليا الأمريكية التي أصدرت قرار تعقيم كاري باك وابنتها وحفيدتها بهدف تحسين النسل لكونهن بلهاء (أي متخلفين عقليا)

[237] دانييل كيفلس ، "**من تحت معطف اليوجينيا: السياسة التاريخية للطاقم الوراثي البشرين**"، ص ص 20–21.

[238] المرجع نفسه، ص 22.

أحد الأطفال، ولا يحق للوالدين الإعتراض على ذلك.[239]

لأجل هذه الإعتبارات، أخذت **اليوجينيا** سمعة سيئة لارتباطها بالتمييز العنصري الطبقي، العرقي، قضايا الإجهاض– رغم أن أسبابه كثيرة – وغيرها. لذا نتساءل ماذا بعد المشروع الجينومي أو ما بعد الكأس المقدسة؟ هل هناك مشاريع أخرى في طريق الإنجاز للهندسة الجينية؟

إنه مشروع للبروتيوم لسد نقائص الجينوم البشري ولحل مشاكله العملية. فهو مشروع ضخم في احتياجه للوسائل التقنية المتطورة والمتطلبة لوقت أكبر في مراحل قيام الجينوم وأعقد بكثير منه.لأنه يقوم على تحديد البنية ثلاثية الأبعاد للبروتين. بهذا سيتم الإنتقال من دراسة الجينات إلى دراسة البروتينات التي من خلالها تتم معالجة الأمراض. يتوقع من خلال المشروع قفزة نوعية في ميدان البيوطبي، هذا ما يظهر في الكثير من المقالات المنشورة في أهم المجلات العلمية مثل **ساينس ونيتشر**، كمقالة " نحو جينوميا سلوكية" و"البروتيوميا في أرض الجينوم" و"تشريح أمراض الإنسان في عصر ما بعد الجينوميا"،كلها تؤول إلى وصف التحول من الجينوميا إلى البروتيوميا.[240]

ما يمكن استخلاصه، هو أن مختلف المشكلات المترتبة عن التطبيقات الحديثة للبيوتكنولوجية من تقنيات التحكم بالولادة أو المساعدة الطبية على الموت الرحيم أو تقنيات الجينوم البشري، تتعارض في بعض الحالات مع المبادئ البيو–اتيقية (عدم إلحاق الضرر– مبدأ العدالة والإنصاف– مبدأ احترام إرادة المريض وغيرها). في الوقت نفسه نشهد تعارضا بين تلك المبادئ نفسها أثناء الممارسة، بالرغم من أن كل منها تُلزم الممارسين بتطبيقه. فمثلا مبدأ عدم إلحاق الضرر الذي يمنع الأطباء في اتخاذ أي قرار طبي في إجراء عملية ما إذا لم يكن لها مبرر أو أي فائدة من إجراءها، فهو يتعارض

---

[239] مات ريدلي، **الجينوم** ، تر: مصطفى إبراهيم فهمي ، عالم المعرفة،(ط1، الكويت:مطابع السياسة،2001) ص ص 342–344.

[240] ريتشارد ليونتين ، **حلم الجينوم وأوهام أخرى**، ص ص178–179.

مع مبدإ إرادة المريض الذي يرغب في وضع حد لحياته. كما أن تشخيص الأمراض الوراثية قبل ظهورها قد تؤدي إلى إثارة التمييز ضد الأفراد، أو عدم الإستفادة من فرص التأمين أو عدم الحصول على وظيفة ما، وغيرها من التبعيات المترتبة عنها، المتعارضة مع مبدإ العدالة والإنصاف.

الفصل الرابع

أخلاقيات علوم الحياة بين الممارسة الميدانية والبديل

المبحث الأول: الأخطاء الطبية ومبدأ المسؤولية

المبحث الثاني:التعليم وأخلاقيات علوم الحياة

المبحث الثالث: البيو–سياسة كبديل للبيو–إتيقا

إذا كان الهدف من أي دراسة أخلاقية عبر مراحل تطور الممارسات الطبية، هو البحث عن معايير أو أسس لتقييم الأفعال أخلاقيا، فالنظر في الصفات الذاتية للباحث والممارس بات أمرا ضروريا خاصة في المجالات الحيوية. فهو يقتضي تقييم نتائج الأبحاث أخلاقيا من حيث الإلتزام باحترام حقوق الإنسان و العمل على الحفاظ على كرامته و قدسية حياته، ما أدى إلى انبثاق مفاهيم جديدة احتضنتها البيو-إتيقا، كمبدإ المسؤولية في ميدان التكنوبيولوجيا الذي أثار الكثير من التساؤلات. وتفعيل مبادئ الفكر البيو-إتيقي يتطلب دارية بكثير من الأمور التي تمس حقوق الفرد وكرامته، تتطلب أيضا منهجا يجب على الباحثين إتباعه قصد تلقين البيو-إتيقا وتعليمها في المدارس وفي مختلف الأطوار.

لكن هل حققت البيو-إتيقا الغاية التي من أجلها انبثقت؟

المبحث الأول: الأخطاء الطبية ومبدأ المسؤولية

إن الطابع الإلزامي الذي يُفرض على الممارسين في البيولوجيا والطب، سواء كان في صورة إلزام قانوني أو صورة التزام أخلاقي، لم يمنع من حدوث تجاوزات في الميدان هي في الواقع أخطاء طبية ناجمة على الإهمال الطبي الذي نلحظه لدى الممارسين. فهل يعود ذلك لقلة الكفاءة؟ أم لغياب روح المسؤولية لدى بعض أفراد الطاقم الطبي؟ إثر تلك النقائص والتجاوزات، نتساءل على من تقع المسؤولية؟ فأثناء ممارسة بيولوجية كانت أو طبية، هناك عدة أطراف تشارك في العمليات الجراحية، فليس الطبيب الجراح وحده من يقوم بالتشريح، هناك المسؤول عن التخدير في مجال الأشعة، المسؤول عن المسائل التقنية، الممرض وغيرهم. فمن يتحمل المسؤولية إذن؟

لذا نتساءل ما المقصود بالخطإ الطبي؟ وما علاقة ذلك بمبدإ المسؤولية ؟

مفهوم الخطأ الطبي:

حسب القانونين الجزائري والفرنسي، فمفهوم الخطإ مرتبط بالضرر الذي يلحقه الطبيب بالمريض، مهما كانت درجته وطبيعته، يترتب عنه تحمل المسؤولية وتكون التبعية بالتعويض. فهو يندرج ضمن الأخطاء المهنية، يحدث عندما لا يفي الطبيب بالتزاماته التي فرضتها عليه مهنة الطب. من الناحية النظرية، هذا يعني خروج الطبيب عن القواعد والأصول الطبية التي يقتضيها العلم، أو المتعارف عليه. أما من الناحية العملية فهو إخلال بواجبه المهني وما يترتب عنه من نتائج وخيمة في الوقت الذي كان عليه اتخاذ الحيطة والحذر واليقظة التي تفرضها القوانين أثناء ممارسته لأي عملية، ما يمكنه من تفادي كل ذلك حتى لا يتضرر المريض.[241]

تحدث هذه الأخطاء، إما نتيجة غياب الخبرة أو نقص في كفاءة الطبيب الممارس، أو الممرضين المساعدين، أو نتيجة لممارسة عملية بتقنيات حديثة وتجريبية في العلاج لم يتعودوا عليها بعد، أو نتيجة لحالة طارئة اقتضت التدخل السريع وبالتالي لم تأخذ بعين الإعتبار الدقة، سواء في التشخيص أو في العلاج أو غيرهما، أو نتيجة لطبيعة العلاج المعقد الذي تتداخل فيه عدة عوامل، ذاتية متعلقة بالممارس، وموضوعية خاصة بالحالة أو الموضوع المدروس. [242]

إن معرفة طبيعة الأخطاء تحدد نوع المسؤولية التي يتحملها الطبيب من خلال معرفة نوع الضرر الذي أُلحِق بالمريض.

– مفهوم المسؤولية الطبية:

المسؤولية الطبية تُلحق بالفاعل جراء ممارسته لمهنة الطب. لذا عليه تحمل نتائج الضرر الذي يلحقه بالمريض أو مخالفته للقوانين والقواعد التي تفرضها مهنة الطب. هذه المساءلة تكون إما مدنية تعويضية أو جزائية تأديبية. فالمسؤولية الطبية تأخذ على عاتقها

---

[241] محمد القبلاوي، **المسؤولية الجنائية للطبيب**، (دط، الإسكندرية: دار الفكر الجامعي، 2011) ص ص77-78

[242] هاني عبد الله بن محمد الجبير، **الأخطاء الطبية في ميزان القضاء**، (ط1، الرياض: 2004) ص 146.

هدفين: الأول تعويض المريض عن الضرر المادي. الثاني يمثِل الجزاء لكل السلوكيات التي ينبذها المجتمع.[243] ما يعني أن الحديث عن المسؤولية الطبية هو الحديث عن الأخطاء والأضرار الناجمة عن ذلك مع إدراك العلاقة السببية التي تربط بينهما، مما يحدّد نوع المسؤولية.

فمدار المسؤولية الطبية يتمحور حول دراسة صور جناية الطبيب، مدى تحمله لنتائج أفعاله، بيان كيفية إثبات المسؤولية عليه ثم ذكر الآثار المترتبة على ذلك الإثبات.[244]

إن صور جناية الطبيب كثيرة :

الأخطاء– التعمد– مخالفة أصول المهنة –الجهل بأصول المهنة – مخالفة إرادة المريض– مخالفة رأي ولي الأمر – الغرور – استعمال طرق علاجية محرمة – إفشاء أسرار المرضى. [245]

فطبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض، قائمة على أسس أخلاقية قبل قيامها على أسس قانونية. لأن المريض يمثل الحلقة الضعيفة في تلك العلاقة، لكونه يسلم جسمه ونفسه للأخصائي، لذا فالطبيب ليس ملزما بتحقيق الشفاء فحسب، بل يعمل أيضا على توفير العناية اللازمة والضرورية وفق الأصول العلمية والنصوص المتعارف عليها. لأن الشفاء قد يتجاوز نطاق كفاءته.

بهذا يكون للمسؤولية الطبية جانبان: الأول مهني، متعلق بأصول مهنة الطب وقواعدها، الواجب على الطبيب الالتزام بها. فأي مخالفة أو إهمال أو تقصير عند تنفيذ الشروط والقواعد من جانب الطبيب أو مساعده أو الممرضين قد يعرضهم للمساءلة

---

[243] Brahima Dicko**, « La Responsabilité Médicale »**, Ordre des Médecins du Mali, Code de Déontologie médicale , Annexe a la loi N°86-35/AN-RM, p4.

[244] قيس بن محمد آل شيخ مبارك، **التداوي والمسؤولية الطبية في الشريعة الإسلامية**، (ط 3، دار الفارابي للمعارف: 2006)، ص 31

[245] المرجع نفسه، ص 31

والمحاسبة. أما الجانب الثاني فهو أخلاقي، متعلق بالآداب العامة والسلوكات الأخلاقية تجاه المرضى وكيفية معاملتهم ومواساتهم باللطافة والبشاشة وتبشيرهم بالشفاء وغيره. [246]

لأجل ذلك، يمكن لنا البحث في أنواع المسؤولية الطبية .

أنواع المسؤولية الطبية:

- المسؤولية التأديبية:

يتعلق هذا النوع بالجانب السلوكي الذي يصدر عن الطبيب تجاه المريض وتجاه المهنة من جانب الصدق، الوفاء، الإخلاص وغيرها من القيم الأخلاقية التي تنص عليها القوانين الطبية. تُلزم الممارسين في المهنة الإلتزام بها. فإذا ما تمت مخالفة تلك القيم والقوانين، ينتج عنها مسؤولية تأديبية. تنص اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة مهنة الطب في معظم الدول، على تحمل الطبيب ومساعديه مسؤولية تأديبية حين إخلالهم بالواجبات المهنية المنصوص عليها، أو مخالفتهم و خروجهم عن أصول المهنة وآدابها. تكون العقوبة بالتالي، تنبيها ودفعا لغرامة مالية ومنعا لمزاولة مهنة الطب بسحب الرخصة وشطب إسم الطبيب من السجل المرخص لهذه الفئة(النقابات الطبية). [247]

دلالة ذلك أن المسؤولية التأديبية تقام عندما يكون هناك تجاوزا للقواعد الأخلاقية لكونها قواعدا قانونية مُدَوَّنة في علم الواجبات الطبية.

- المسؤولية المدنية:

تكون بتعويض الضرر الناجم عن عدم الالتزام بالقواعد والإخلال بها، نتيجة مخالفة الطبيب لقاعدة قانونية أو لبنود الإتفاق بين الطرفين. فالمسؤولية الطبية المدنية تنشأ عندما يكون الإخلال ناجما عن الطبيب أو الطاقم المساعد له، ملحقا ضررا جسديا أو نفسيا بالمريض. مصدر الإخلال قد يكون عدم احترام الاتفاق أو العقد الطبي بين

---

[246] قيس بن محمد آل شيخ مبارك ، **التداوي والمسؤولية الطبية في الشريعة الإسلامية** ، ص 32-33

[247] المرجع نفسه ، ص ص 36-38.

المريض والطبيب. فالممارس يتعهد بالعناية الكافية وتقديم العلاج، المريض من جهته يتعهد بتقديم الأجر مقابل ذلك. هذا ما يطلق عليه بإسم العقد الطبي. أما إذا ارتكب الطبيب خطأ متعلقا بعمله الموجه للمريض ونجم عنه ضرر كما تنص عليه المسؤولية العقدية. العلاقة العقدية بين الطبيب والمريض قائمة في كل الأحوال، سواء تمت المعالجة في عيادة خاصة أو في مستشفى عمومي، بما أن العقد أبرم بين الطبيب والمريض وتم قبوله والمصادقة عليه. أما إذا كان الإخلال ناتجا عن مخالفة النصوص القانونية أو التعليمات بالمستشفى الحكومي الذي يعمل فيه، فإن المسؤولية تكون حينئذ تقصيرية، تنشأ عن خطإ ارتكبه الطبيب بحق المريض الذي لا تربطه به أي علاقة عقدية. مما يعني، أن الطبيب ملزم بتعويض المتضرر، سواء كانت مسؤوليته مدنية عقدية أو تقصيرية. [248]

-المسؤولية الجزائية:

هي مساءلة الطبيب عن الأفعال الصادرة منه لكونها تمثل جرائما أمام القانون. وبما أن الطبيب مواطن مثل باقي المواطنين، فإنه يتحمل المسؤولية الناجمة عن مخالفته للقواعد القانونية، سواء كانت آمرة أو ناهية. بيد أن عقوبة الطبيب تكون أحيانا أكبر من غيره. فمثلا قانون العقوبات في الأردن، المادة 325 الخاصة بجرائم الإجهاض كنص أن مرتكبي هذه الجريمة، سواء كان طبيبا أو جراحا، صيدليا أو قابلة، فإن جزاء العقوبة يزداد بمقدار ثلثها. الجرائم التي يعاقب عليها الأطباء ومساعدوهم جزائيا، كثيرة، كعمليات الإجهاض غير المشروعة، إفشاء الأسرار الخاصة بالمرضى، العزوف عن تقديم الإسعاف والعلاج للحالات الحرجة الضرورية، وصف أدوية غير مناسبة للمرضى وغير ذلك من الممارسات السلبية. [249]

---

[248] منصور عمر المعايطة، **قضايا طبية معاصرة في ميزان الشريعة** ، ص ص 37-38.

[249] المرجع نفسه ، ص 39.

فالطبيعة القانونية للمسؤولية الطبية، تتمحور حول الإلتزام ببذل العناية الكافية للمرضى والجهود واليقظة الصارمة. هذا الإلتزام يدخل ضمن التشريعات واللوائح الطبية ذات الأصول العلمية الثابتة التي تُفرض على الطبيب أثناء ممارسته للمهنة. لا يحق التساهل فيها مطلقا، وفي حال إخلال الطبيب بذلك الإلتزام تجاه مريضه، فإنه يكون محل مساءلة. لهذا كانت المسؤولية الطبية صورة مصغرة للمسؤولية بصفة عامة، حصرناها في المسؤولية التأديبية المدنية والجنائية.[250]

ما يمكن استنتاجه، أن قيام المسؤولية الطبية وملاحقة الطبيب قانونيا، لا يتم إلا بتوفر جميع العناصر الأساسية التي تشكل أركان المسؤولية الطبية القانونية وهي:

"– حدوث الخطإ المرتكب، سواء من الطبيب أو من مساعديه.

– حصول الضرر للمريض نتيجة الخطإ.

– وجود علاقة سببية بين الخطإ المرتكب والضرر الحاصل للمريض". [251]

بالنسبة للركن الأول، لابد من وجود انحراف في سلوك الطبيب أو مساعديه في عدم توفير العناية الكافية والعلاج اللائق بالمريض، ما يؤدي إلى حصول الضرر نتيجة الإهمال أو الجهل بالقواعد وغيرها من الأسباب. الركن الثاني، وجوب التحقق من وجود الضرر. أما في الركن الثالث، فيمكن للطبيب أن يطعن في العلاقة السببية بين الضرر والخطإ بإثبات إهمال المريض لتعليماته، أو كون شخص آخر وراء هذا الخطإ، وقد يكون السبب مغايرا لما أشير إليه سابقا.

فحوى هذه الأركان، خاصة الركن الأخير، أن الطبيب أو الصيدلي أو أي طاقم طبي آخر، يمكن له الإفلات من العقاب أو المساءلة بمجرد تغيير العلاقة السببية بين الخطإ المرتكب وحصول الضرر. الواقع حافل بالشواهد والوقائع التي تثبت تفشي ظاهرة

---

[250] منصور عمر المعايطة، **المسؤولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية**، (ط1، الرياض: مركز الدراسات والبحوث، 2004)، ص ص 34-35.

[251] المرجع نفسه، ص ص 39-40 .

الإهمال والتساهلات المريبة في المستشفيات، خاصة مستشفياتنا، متجاوزة بذلك القواعد والمبادئ الأخلاقية التي يفرضها علم الواجبات الطبية أو المهنية بصفة عامة. خير دليل على ذلك، ما حصل بمستشفى مدينة الوادي، بالضبط في مصلحة طب الأطفال. تلك الحادثة الأليمة جعلت المواطن يعيش صدمة وفزعا رهيبين تقشعر لهما الأنفس والأبدان: الحادث يتمثل في وفاة ثمانية أطفال حديثي الولادة احتراقا واختناقا بالمصلحة المذكورة. عرف مستشفى **بشير بن ناصر** بمدينة الوادي، لحظات مرعبة، أفضت إلى نهاية درامية سببها شرارة كهربائية انبعثت من جهاز طارد للبعوض وأدت إلى نشوب حريق مهول. فحسب التحقيقات الأولية والمعاينات الطبية أن سبب الوفاة المباشر يعود للاختناق بغاز أول أكسيد الكربون والدخان الناتج عن الحريق.

لذا نتساءل، هل العلاقة السببية التي أشرنا إليها في أركان المسؤولية الطبية بين الخطإ المرتكب والضرر الحاصل، يلغي مسؤولية القائمين في ذلك المستشفى؟ مع العلم أن السبب هو شيء آخر غير الأطباء وغير طواقمهم .

إذن، فقيام المسؤولية الطبية الجزائية أمر وارد لا محالة بسبب حدوث خطإ فني ألا وهو الإهمال.

لكن، حتى ولو كانت العقوبة، حسب وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، توقيف مدير الصحة بمدينة الوادي ومدير المستشفى والفريق الطبي المناوب في تلك الليلة، فهل يمكن أن يضاهي مدى الألم وعمق المأساة التي تعرضت لها عائلات الضحايا؟ ! هل يشفي ذلك غليل زوجين كانا ينتظران المولود بفارغ الصبر، بعد ثمانية سنوات عجاف، ثم يريان بأم عينيهما مولودهما تلتهمه النيران بسبب إهمال القائمين في المصلحة! فالخطأ الطبي الفني، نتج عنه ضرر مس الفرد والمجتمع معا. شكلت هذه الفاجعة صدمة مدوية اهتز لها كيان الجزائريين، فرغم التعويضات المقدمة من الدولة، إلا أن الضرر المعنوي لا يضاهيه تعويض ولا مواساة.

فموضوع المسؤولية الطبية والأخطاء المكلفة من بين المواضيع التي شغلت المختصين في شتى الميادين،لاسيما، القانون والدين لما لهما من أهمية على مستوى الفرد و الجماعة. فالجزائر أول دولة عربية يقوم فيها ضحايا الأخطاء الطبية بإحتجاجات أمام قصر الحكومة، المحاكم والبرلمان للمطالبة بحق التعويض عن الأضرار الجسيمة، ما دفعهم فيما بعد إلى تأسيس "**المنظمة الوطنية لضحايا الأخطاء الطبية** " التي تضم رجال الإعلام، المحامين والأطباء لتنظيم صفوفهم، هدفها الدفاع عن حقوق الضحايا وملاحقة مرتكبي جرائم الطب قضائيا.

هل يفهم من هذا أن مهنة الطب بلا مراقبة ولا مساءلة في الجزائر؟ ألا يذكرنا هذا بأقوال فلاسفة الإغريق قديما(**كأفلاطون**) أن الطب هو المهنة الوحيدة التي يمكن أن ترتكب فيها الجرائم وينفلت أصحابها من العقاب ؟! فدوافع تأسيس هذه المنظمة تؤكد هذا الإنشغال. الكثير من التقارير السوداء التي رفعها الضحايا في المحاكم للمطالبة بالتعويض لم يتم الفصل فيها ولم يتم إنصافهم حسب وسائل الإعلام *حيث شهدوا تمديدا لمجالس الحكم في قضاياهم إلى أكثر من 13سنة، بل أكثر من ذلك، وصلت الشكاوى لحد اتهام القضاة بالتواطئ مع الأطباء، لأنهم رفضوا استدعاءهم للمحكمة.

مع العلم أن المنظمة لديها الكثير من الملفات الخاصة بالضحايا من مختلف ولايات الوطن، حسب موقف الأمين العام للمنظمة، السيد **محي الدين أبو بكر** الذي أدلى به لجريدة **الشروق**، مفاده حصوله على أكثر من ألف ملف تضمن أبشع الأخطاء الطبية التي شهدتها المستشفيات. أخطاء تسببت بإعاقات، عاهات مستديمة، بتر للأعضاء، تعطيل بعض الأعضاء الحيوية وسرقة الأعضاء البشرية في المستشفيات إلى غير ذلك من الإنتهاكات. لأجل هذا أخذت المنظمة على عاتقها مهمة الدفاع عن حقوق الضحايا والتكفل بهم ماديا ومعنويا. اقترحت أيضا قوانينا جديدة لتحديد قيمة التعويضات والمسؤوليات الطبية أثناء وقوع أي خطإ طبي مع معاقبة الأطباء ومدراء المصالح الطبية، ارتأت المنظمة أن يتوافق التعويض مع نوعية الخطإ الطبي، لكون الجزائر تعاني فراغا قانونيا فيما يخص تعويض ضحايا الأخطاء الطبية، لهذا عجزت المحاكم عند الفصل في قضايا الضحايا.

ما نَوَّد قوله من هذا العرض، هو أن العلاقة السببية بين الخطإ المرتكب من قبل الأطباء ومساعديهم، والضرر الحاصل للمرضى، هما اللذان سيحددان طبيعة المسؤولية الطبية القانونية.

* https://www.echoroukonline.com. 10/11/2013.

ففي الوقت الذي يمكن أن تُثبت المسؤولية الطبية، يمكن أن ننفيها بطرق كثيرة وذلك بإثبات وجود سبب أجنبي آخر، يقطع تلك العلاقة السببية بين الخطإ المرتكب والضرر الحاصل. يتمثل ذلك السبب الأجنبي في:[252]

– الحادث المفاجئ أو كما يسميه الفقهاء، القوة القاهرة: وهو الأمر الذي لا يمكن توقعه وهو خارج عن الإرادة الذي من خلال حدوثه، لا يمكن أن يتم فيه الالتزام بالواجب أو الاتفاق. كحدوث الصواعق التي تتسبب في حرق الأجهزة الكهربائية أثناء قيام الطبيب بعملية جراحية في غرفة العمليات، أو تعرض الطبيب لحادث مرور أثناء توجهه لإسعاف مريض في حالة حرجة بالمستشفى، حدوث زلازل أو حروب، مما سيؤدي إلى مضاعفات خطيرة لدى المريض أو الوفاة، فهذا ليس خطأ الطبيب، بل راجع إلى سبب أجنبي، وبالتالي ترفع المسؤولية عن الطبيب ومساعديه.

– خطأ الغير: الغير هنا يقصد به، في المجال الطبي، الشخص غير الطبيب أو المساعدين من الممرضين. فإذا حدث الخطأ من قبل الممرض فلا يعني أن الطبيب غير مسؤول عنه بل يتحمل تبعات ذلك الفعل. فإذا أعطت الممرضة أو الممرض جرعة زائدة من الأدوية لمريض أكثر مما قرره الطبيب فلا يعني رفع المسؤولية عن الطبيب ، لأن عمل الممرضين هو دائما تحت إشراف الأطباء.

أما إذا ثبت حصول الضرر والمضاعفات من الغير، فالطبيب لا يكون محل مساءلة، مثل عدم التئام كسر المريض نتيجة لجوئه لمجبر الكسور الشعبي، مما تسبب له في عاهة مستديمة.

– خطأ المريض: يكون بالإهمال المتعمد لتعليمات وإرشادات الطبيب، مما يتسبب في إيذاء نفسه، ولا يُسْأل الطبيب في هذه الحالة. والأمثلة كثيرة على أخطاء المريض ، كعدم رجوعه للطبيب بعد العملية الجراحية ، لأجل تطهير الجرح الذي قد يسبب له تلوثا بكتيريا

---

[252] منصور عمر المعايطة، **المسؤولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية** ، ص ص 115–118.

ويؤدي إلى تسمم في الدم يفضي في كثير من الأحيان إلى الوفاة. أو عند خروج المريض من المستشفى قبل إتمام العلاج، رغم نصائح الأطباء و ذويه بعدم المغادرة . وهناك حالات امتناع سلبية، كإخفاء المريض بعض الأمور عن الطبيب، ما قد يسبب له ضررا. فالخطأ إذن من المريض وليس من الطبيب.[253]

على هذا الأساس يمكن أن نتساءل، إذا كانت الأضرار المرتكبة مباشرة، يمكن إدراكها في حينها، وبالتالي تحديد طبيعة المسؤولية القانونية، فهل المساءلة عند الضرر غير المباشر، الذي لا يمكن معرفته إلا بعد مرور سنوات عديدة، هي نفسها عند الضرر المباشر؟

إن فضيحة الدواء **مدياتور Mediator** تجيب على هذا السؤال! هو دواء مضاد للسكري–قاطع للشهية عند الأشخاص الذين يعانون السمنة، تسبب في وفاة أكثر من ألفي شخص على مدار ثلاثين سنة، هذا ما أعلنه المعهد الفرنسي للبحوث الصحية و الطبية**AFSAP أو** الوكالة الفرنسية لمراقبة سلامة الأدوية، حيث تسبّبت في تلف صمام القلب بشكل رئيسي.[254]

يعود الفضل في اكتشاف خطورة هذا الدواء للطبيبة الفرنسية **ايرن فراشون Frachon Irène** المختصة في أمراض الرئة. فقد لعبت دورا أساسيا وفعالا في الكشف عن خبايا وخطورة هذا الدواء الذي أنتجه مختبر **Servier**، حيث تسبب في مقتل أكثر من ألفي شخص بفرنسا إلى غاية 2009 حين تم

---

(253) منصور عمر المعايطة، **المسؤولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية** ، ص ص 115–118.

(254) http://www.alkhaleej.ae/supplements/page/4f85148b.

منع تسويقه. لكن بعد نضال طويل مع الهيئات المختصة لمنع بيع هذا الدواء، كمضاد للسكري وقاطع للشهية من قِبَلِ المختبر، ودق ناقوس الخطر للتنبيه بفظاعة العقار.هذا ما أدى إلى كشف التَصدّع الموجود في نظام مراقبة الأدوية وشركات المختبرات الصيدلانية في العالم الطبي [255]. مع العلم أن دواء **المدياتور** له إسم آخر هو: **Benfluorex**، نفس المركب الأول مع نفس العوارض الجانبية، ما أدى إلى سحبه من الأسواق. هذا الدواء يتحول في الكبد إلى مستقبل ناهِض لمستقبِلات **sérotonine**. فهو يسبب ارتفاع الضغط الرئوي نتيجة مفعوله على هذه المستقبِلات الموجودة على صمامات القلب. يحدث فيه تلفا يؤدي إلى الموت. لذا ينصح بعدم تناول أدوية قاطعة للشهية لتخفيض الوزن، لأنها تحتوي على عوارض جانبية، مثلها مثل المدياتور أو الباتفيليوراكس **benfluorex**[256].

نفس الشيء ينطبق على الإكتشاف المزعوم الذي رُوِّجَ له عبر إحدى القنوات الجزائرية الخاصة والمتمثل في دواء مضاد لداء السكري **RHB** – **أو رحمة ربي** – لصاحبه **توفيق زعبيط***. قام هذا الأخير بالترويج لمنتوجه ولشخصه، كون المنتوج أعطى نتائج مذهلة، بل قضى – حسب المزاعم –على هذا المرض عند فئة قامت بتجريبه وتناوله. وكون الدكتور طبيب جزائري متخرج من جامعة لوزان السوسيرية، وتَّمَ آنذاك تسويق هذا الدواء بمباركة وزارة الصحة (**بوضياف عبدالمالك** وزير الصحة آنذاك).

بعد مرور أسابيع، قامت قناة تلفزيونية أخرى، منافسة للتي قامت بالترويج، بفضح هذا الدواء. أثبتت هذه القناة بعد اتصالها بجامعة لوزان أن هذا الشخص لم يكن

[255] Pascaline Minet , Irène Frachon, dénonciatrice du Médiator**: «La conscience des conflits d'intérêts fait défaut chez les médecins»** . site : https://www.letemps.ch/sciences/2018.

[256] https://www.mc-doualiya.com/chronicles/sante-mcd/20101118-medecine-mediator.

* حسب ما أوردته قناة النهار الجزائرية بتاريخ : 10/12/2016 -13/12/2016

ضمن طلبتها ولم يزاول دراسته في معاهدها إطلاقا.

من جهة أخرى، قامت شركة صيدال الجزائرية بتفنيد كل ما صرح به المكتشف القسنطيني على أنه عَمِل في معاملها وطور هذا الدواء . أراد صاحب **RHB** أن يتدارك الموقف بتغيير منتوجه من دواء معالج للسكري إلى مكمل غذائي. كان له ذلك، غير أن الوزارة، بعد ضغط الكليات الطبية والصيادلة وأصحاب الضمائر، قامت بسحب هذا المنتوج المُعَلَب بإتقان على أشكال الدولبران **Doliprane** وكانت كمياته بالأسواق معتبرة.

نتساءل عندئذ ماذا لو تَّمَ تناول هذا الدواء بشكل واسع من طرف مرضى السكري بالجزائر، وهم كثر؟ عددهم بالملايين! فمن يتحمل المسؤولية في **RHB benfluorex** وغيرهما من الأمثلة؟ ومن يقوم بتعويض المتضررين؟

في الختام، يمكن القول أن مختلف الأضرار الناجمة عن الأخطاء، سواء كانت طبية أوغير طبية، هي أساس كل المسؤوليات (مدنية عقدية أو تقصيرية تأديبية وجزائية)، لأجل ذلك يعتبر مبدأ عدم إلحاق الضرر من بين أهم المبادئ التي يقوم عليها التفكير البيو–إتيقي و علم الواجبات الطبية وكل المواثيق التي تطالب باحترام حقوق الإنسان. لكن عندما يتحول الضرر إلى خطر يهدد مستقبل الإنسان والبيئة معا،هذا يعني قيام مفهوم جديد للمسؤولية المطلقة التي تنشد الوقاية، تتجاوز الماضي، تحتضن الحاضر، تتطلع إلى المستقبل وتصبو لحماية الأجيال اللاحقة. هذا ما ذهب إليه الفيسلوف الفرنسي **هوناس هانس Honas Hans** الذي يسميها بالمسؤولية الجوهرية. فالإنسان ليس مسؤولا فقط عما خلفته التكنولوجية من أضرار تمس كرامته وهويته، بل هو مسؤول عن المخاطر التي تهدد البيئة الطبيعية التي يعيش فيها، أي مسؤول عن كوكب الأرض برمته. هذا ما يتضمنه كتابه"**مبدأ المسؤولية**" **Le principe de la responsabilité** ، لمن يريد الخوض في إشكالية الكتاب الذي يستحق البحث كموضوع نقاش مستقل لكونه يتناول أزمة البيئة في الفكر المعاصر، وتبيان قصور النظريات التقليدية التي تعطي الحق

المطلق للإنسان في السيطرة على الطبيعة، لكونها تضع حدا فاصلا بينهما. وفلسفة **هوناس** الأخلاقية الإيكولوجية، بالرغم من حداثتها وأصالتها، إلا أنها تستند على إحدى المبادئ العامة التي تقوم عليها الفلسفة الأخلاقية الكانطية.

فالباحث، في أي مجال مسؤول تجاه الفرد والمجتمع والبيئة معا. فقد كتب الفيلسوف **ادغار موران Edgar Morin** في كتابه **"Science avec conscience"** أن المسؤولية خاصية اتيقية بشرية تستنبط معناها من الشخص الواعي. لأن العلم بمفهومه الكلاسيكي لا يزال باسطا سلطته، مفرقا بين الفعل والقيمة، أي يُلغي من حيّزه كل كفاءة اتيقية. السبب أنه يؤسس مسلماته الخاصة بالموضوعية على استبعاد الذاتية الفردية من المعرفة العلمية. والعلم نفسه لا يعطي أي وسيلة معرفية نستشِف منها المعنى الحقيقي للفرد. إذن المسؤولية هي اللامعنى واللاعلم، والباحث بهذا المفهوم غير مسؤول مبدئيا .[257]

فمشكلة المسؤولية إذن، تكمن في البحث" في المعايير العلمية الأدنى للمراقبة التي تصبو إلى التوجيه والفصل بين ما هو صحيح وخاطئ. وبالتالي المسؤولية متروكة للآراء والاعتقادات، لذلك اعتقد اينشتاين نفسه أكثر مسؤولية أمام البشرية عندما تدخل بطريقة بريئة لصنع القنبلة الذرية." [258] لأجل ذلك كان يوصي الباحثين ألا ينسوا عنصر الإنسانية في أبحاثهم العلمية وتجاربهم المخبرية.

أما مشكلة الضمير تستوجب إصلاح هياكل المعرفة نفسها، حسب الفيلسوف **ادغار موران** مشكلة الضميرليس لها حل ومن السذاجة أن ينتظر العلميون ويأملوا في نظرية سحرية. يجب علينا فهم المسؤولية كما فهمها العلماء، فهي تُحتِم علينا أن نكون مسؤولين عند تداول هذا المصطلح، بمعنى أنها تُلزمنا أن نبين الصعوبات والتعقيدات التي يواجهها الباحث . [259]

---

[257] Edgar Morin, **Science avec conscience,** Editions du Seuil, 1990, p09

[258] Ibid., pp 09-10

[259] Ibid., pp 10-14

لأجل ذلك أردنا تبيان بعض السبل لترسيخ المبادئ والقيم الأخلاقية، من بينها التعليم هو، موضوع المبحث التالي.لأن العلم دون ضمير كما يقول الفيلسوف **فرانسوا رابلي François Rabelais** ليس إلا خرابا روحيا، فهو يقصد مدى وجوب تحكم الضمير والإتيقا على كل ما هو علمي.

المبحث الثاني: التعليم وأخلاقيات علوم الحياة

لو انطلقنا من وصية **عمر بن الخطاب** رضي الله عنه حول تعليم المعرفة وأصولها، لأدركنا أهمية التربية الأخلاقية في صلاح الفرد و المجتمع معا. لأنها تحمل في سياقها رسالة نبيلة سامية لأجل بناء الإنسان واستمرار إنسانيته، متجاوزا بذلك الجانب الحيواني والغريزي من خلال يقظة فكره وضميره والتزامه بالقيم الأخلاقية. ولأن ميزة العقل وحرية الإختيار شرطان أساسيان لقيام المسؤولية بكل أنواعها، فهذا لا يعني أنهما كفيلان بتقييم الأفعال من حيث الخيرية والشرية، لوجود معايير أخرى لإقامة الأخلاق، كالمجتمع، المنفعة، العاطفة، القوة والدين خصوصا، مما نتج عنها مذاهب أخلاقية متناقضة فيما بينها، مثيرة بذلك المشكلة الأخلاقية التي تزداد تعقيدا مع التطورات الحديثة في كل الميادين، لاسيما الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية والتقنية.

لذا فطرح مشكلة التربية الأخلاقية في الآونة الأخيرة تقتضيه الظروف الجديدة والتقدم الحضاري التقني، الذي بموجبه يتحتم علينا الفصل في إعادة تقييم وحل أزمة المناهج التقليدية للتربية. هذا ما يدعو إليه الفيلسوف الفرنسي الاجتماعي **دوركايم**، لأن كل من يُضعف في تأثير التربية الأخلاقية والتشكيك في رسالتها، يهدد في الوقت نفسه الخُلُق العام في صميمه. لذا يستلزم العناية والاهتمام والعلاج السريع للقضايا المثارة بإعادة النظر في طبيعة الأنظمة التعليمية السائدة، لكونها لا تستطيع الفصل في المشكلات الجديدة المفروضة علينا. هذا يعني أن واجب المربي يكمن في شرح القيم الأخلاقية العتيقة التي كان يعيش عليها آباؤنا، بل الواجب يقتضي منه، إضافة على ذلك

أن يساعد الأجيال الناشئة على التطلع للمثل السامية الجديدة التي تختلج بها مشاعرهم وعليه أن يوجههم في هذا الطريق، فلا يكتفي عندئذ استبقاء الماضي، بل عليه أن يهيئ للمستقبل. وبهذا يمكن للتربية الأخلاقية أن تحقق رسالتها لأجل حياة خلقية سليمة.[260]

فرسالة **دوركايم** في غاية من الوضوح، موجهة نحو المربين والمعلمين، كإحدى السُبل التي من خلالها تُغرس المبادئ والقيم الأخلاقية. لكن إن كان هذا على مستوى الحياة الإجتماعية بصفة عامة، فماذا لو كان الأمر يخص حياة الإنسان، جسده، مصيره وكرامته؟ فيما يكمن دور التعليم والتربية في مجال العلوم الحياتية؟ باعتبار نتائج المعارف العلمية متعلقة بغايات وأهداف الحياة الإجتماعية وقيمها الأخلاقية. لذا لابد أن تخضع للتقييم بصفة عقلانية، والمساءلة تكون أخلاقية.

فإذا كانت البيو–اتيقا، كمقاربة شاملة أو كنسق فكر شامل، تضم كل الميادين وتدرس طبيعة العلاقة القائمة بين البحوث الطبية والبيولوجية من جهة وبين المجالات الإجتماعية الإنسانية من جهة أخرى، ثم البيئة الطبيعية من جهة ثالثة، فإن تدريس الأخلاقيات والقيم في كل الميادين و تكوين الأساتذة والتواصل فيما بينهم بغية الإستفادة، لأجل تجسيد مبدإ التعاون بين التخصصات المتعددة المُشكّلة للتفكير البيو–اتيقي، يُعد أمرا جد ضروري، لاسيما في مجال الصحة للحد من ظاهرة الإهمال التي تنجم عنها أخطاء طبية فظيعة، وإيقاف المد المتزايد لظاهرة اختراق المبادئ الأخلاقية في مجال الأبحاث البيولوجية و المختبرات العلمية وغيرها.

لأجل ذلك، قررت الجمعية العالمية للطب إدراج الأخلاقيات الطبية ومواثيق حقوق الإنسان، ضمن البرامج المقررة الإجبارية في الدراسات بكل معاهد الطب في العالم في أكتوبر 1999، بعد عقد جلسات طبية كثيرة، استنادا إلى مختلف الحيثيات التي تعتبر الأخلاقيات الطبية وحقوق الإنسان جزء من العمل الثقافي لمهنة الطب، بالإضافة إلى

[260] إميل دوركايم ،**التربية الأخلاقية**، تر:محمد بدوي، (ط1، القاهرة:المركز القومي للترجمة ، 2015) ص ص 1–5

كونها إحدى أسس وأهداف جمعية الطب. لأجل هذا وضعت معايير عالمية لتحسين المستوى التعليمي في كليات الطب، داعية في الوقت نفسه إلى الإلتزام بها. كل المعاهد ملزمة باحترام تلك المعايير التي تنشدها مختلف المراجع الأخلاقية المقررة، سواء في الغاية البيداغوجية من تعليم الأخلاقيات الطبية على المدى البعيد بعد انتهاء التكوين، أو على مستوى برامج التعليم، بغية امتلاك المؤهلات اللازمة لإتخاذ القرارات العلاجية المناسبة لحالات مرضية معينة.[261]

مع العلم أن لكل دولة أساليبها الخاصة بها ومؤسساتها التي تتكفل بمهمة تعليم الأخلاقيات، على سبيل المثال، نجد في الجزائر **الوكالة المفاهيمية للأبحاث في علوم الصحة*** فهي المؤسسة الوحيدة التي تأخذ على عاتقها مهمة التكفل بالمسائل الأخلاقية الناجمة عن التطور التقني السريع في مجال العلوم الحياتية. تتولى أيضا مهمة تمويل المشاريع البحثية التي يمس بعضها الإنسان السوي أو المريض، مع فرض شروط الإلتزام بالقواعد والمبادئ الأخلاقية في البحث **L'éthique de la recherche** ، كذلك الإلتزام بالمبادئ البيو–اتيقية. فمن خلال الندوات** التي تشرف عليها يتم الإفصاح عن مراميها، كضبط القواعد الأخلاقية لعلوم الأحياء والرهانات والتحديات التي تقف أمام البعد التاريخي

---

[261] جون وليامز ، **الأخلاقيات الطبية** ، ص 43.

* الوكالة المفاهيميةَ **A.T.R.SS** ،تسمى أيضا بالوكالة الوطنية من أجل تنمية البحث في الصحة **ADRS** وهي هيئة عمومية ذات طابع إداري ، مقرها جامعة وهران منذ1997 ، بعدها تغير الإسم عام 2012 وفق المرسوم الوزاري للوكالة المفاهيمية . تتكفل بإعداد برامج سنوية وتمويل التظاهرات العلمية التي تدخل ضمن ميادين نشاطها، سواء بالمال أو بالوسائل.

** مثل تنظيم الندوة الوطنية بمدينة الأغواط عام 2017 لتهيئة الظروف لتأسيس لجنة الأخلاقيات، أسفرت هذه الندوة على قيام ثلاث ورشات عمل: الورشة الأولى – تتكفل بصياغة قانون الشرف (الأخلاقيات) للوكالة المفاهيمية، الورشة الثانية– تحرير وثيقة "الموافقة المستنيرة" التي تنص : إمضاء كل شخص مريض أو سليم على استمارة الموافقة للخضوع للتجريب البيوطبي. الورشة الثالثة – تصور ميكانيزمات المؤسسة للأخلاقيات **Institutionnalisation**.

والفلسفي للأخلاقيات الطبية، تثمينها وترقيتها في مراكز البحث.[262]

على هذا الأساس، يؤكد علم الأخلاقيات الحيوية نشر التنوير العلمي البيولوجي بين أفراد المجتمع، انطلاقا من تلاميذ المدارس إلى طلبة الجامعات. لهذا يكون التوجيه الرسمي في الأخلاقيات أمرا ضروريا لطلاب العلم، كالتمييز بين المسائل الأخلاقية، القدرة على تعليم المبادئ والمفاهيم الإتيقية لتكوين رؤى مستقبلية خلقية حول مسائل شائكة حديثة وغيرها. وقد أكد البعض على هذه الحاجة للتعليم الأخلاقي في الدراسات الجامعية و الدراسات العليا، لأجل التعريف بطبيعة العلوم الحياتية بتبيان منافعها ومضارها عندما تستغل لأغراض أخرى، غير إنسانية وغير أخلاقية. هي ليست مجرد مجموعة من النظريات فحسب، بل لها أبعاد أخلاقية، فلسفية، مرتبطة بالبيئة، بالمجتمع والفرد معا. هذا ما يهدف إليه التعليم العام والعالي في الأردن، حيث نلمس دور الفلسفة في تحطيم القوقعة الإبستمولوجية الضيقة، المحصورة في منهج ومنطق العلم بالإنتقال إلى معالجة القضايا الحضارية الشاملة للعلم، إلى فك الصراع المبدئي بين المعايير العلمية و العملية والمعايير الاجتماعية، مع كيفية تطبيق المبادئ الإتيقية للعلم، وكيفية اتخاذ القرارات الملائمة لفض المشكلات في الواقع العملي، وتجاوز حالة الخوف التي تسيطر على العام والخاص في مسألة فصل العلم عن الأخلاقيات والفوبيا المترتبة عن ذلك. لذا يهتم التعليم الأردني باستقصاء المبادئ الأخلاقية التي يستند عليها طلبة كلية الطب بالجامعة، ومدى تأثر تلك المبادئ بالعوامل المتغيرة، كالجنس، المستوى الدراسي، مستوى الفهم وغيرها. من خلال وضع الطلبة أمام مشكلات أخلاقية مستعصية لأجل تحليلها ودراستها ثم اتخاذ القرارات المناسبة، مع اختيار الحلول وفق المبادئ الخاصة،

---

[262] عبد الحفيظ اوسكين ،" **قضايا طبية معاصرة من منظور اتيقي** "، الوكالة الموضوعاتية لعلوم الصحة ، (الجزائر: 2018)ص ص 43-46.

للعلم أن لكل طالب حق اختيار الحل المناسب الذي يتلاءم مع تفكيره ومعتقده.[263]

من بين الحالات، موضوع الدراسة والبحث، حسب الجمعية الطبية العالمية، نورد بعضا منها:

-**الحالة الأولى**: رجل اكتشف بعد التحاليل أنه مصاب بالتهاب رئوي حاد شبيه بالسيدا. قرر أن يكون هو أوّل من يعلم زوجته بهذا الأمر في التوقيت الذي يراه هو مناسبا. هذا الإعلام سينقذها من العدوى الجرثومية باتخاذها لمجموعة من الإحتياطات، وفي الوقت نفسه عليه أن يجري لها تحاليلا لإثبات عدم الإصابة وأخذ الأدوية إن كانت النتائج سلبية. لكن بعد مرور أسابيع، يعود الرجل للمصحة بغية الفحص الدوري والمتابعة، بعدها يصرح للطبيب بأنه لم يعلم بعد زوجته كما لا ينوي إخبارها أيضا، بسبب شذوذه الجنسي (الميل نحو الذكور) وعلاقته بزوجته تكاد تكون سطحية، ما جعلها تنجو من الخطر حسب اعتقاده، **السؤال الذي يفرض نفسه في هذه الحالة** : هل نشاطر الطبيب في رأيه حول إعلام زوجته وأخذ الإحتياطات اللازمة لتفادي العدوى أم نحترم قرار الرجل؟ [264]

الحالة الثانية: امرأة عجوز في الثمانين من العمر، مصابة بالتهاب رئوي، نقلت إلى المستشفى حيث كانت تعمل سابقا. تعقدت حالتها إلى درجة الشلل. تم وضعها في أجهزة الإنعاش، ولأن الأطباء لم يتمكنوا من الإتصال بعائلتها أو أقاربها لأخذ القرار نيابة عنها، كونها تعاني من عدم السلامة العقلية. لم يكن أمام الطبيب سوى خيارين: إما إعطاءها مسكنا لإنهاء أوجاعها أو سحب أجهزة التغذية الصناعية وبالتالي تتحقق الوفاة بشكل طبيعي.

السؤال: ما موقفك إزاء هذه الإختيارات؟ [265].

---

[263] طلال الزعبي وآخرون،« **المبادئ الأخلاقية التي يستند اليها طلبة كلية الطب في الجامعة الأردنية...**»، من مجلة جامعة النجاح للأبحاث(العلوم الإنسانية) ، مجلد 22،(الأردن : 2008) ، ص ص 4-6.

[264] جون وليامز، **الأخلاق الطبية**، ص ص 44-45.

[265] المرجع نفسه ، ص ص 44-45.

هذه حالات مطروحة للدراسة في المعاهد والجامعات، فهل نحن بهذا القدر من المستوى العلمي، البيولوجي والأخلاقي لطرح مثل هذه الحالات في مدارسنا ومعاهدنا؟ هل يمكن الأخذ بقرارات المراهقين في هذا النوع من القضايا؟

للإجابة على هذه التساؤلات، علينا الإلمام بكل جوانب القضايا علميا، فلسفيا، أخلاقيا دينيا واجتماعيا. لهذا يجد الأساتذة صعوبة لمعالجة القضايا البيو-إتيقية في المعاهد والجامعات من حيث حصولهم على مضامين ومحتويات البرامج المقررة للتدريس وتعليم البيو-إتيقا. لهذه الأسباب، أخذت اللجنة الإستشارية الوطنية للأخلاقيات بفرنسا المبادرة لمساعدة الأساتذة، حيث تقوم بتزويدهم بالوثائق والمضامين حول الأسئلة المعالجة. يحضر بعض الأعضاء حصصا رفقة التلاميذ في كل عام ويخصصون وقتا لسماع مشاريعهم في إطار الأيام السنوية. غير أنه لوحظ وجود مشاكل تعترض الأساتذة من قبل المتمدرسين المراهقين، هؤلاء يأخذون المعلومات من مختلف الوسائل الإعلامية، ينتج عنها صعوبة التحكم في تلك المصادر. لوحظ كذلك تأثرهم بآراء رفقائهم، كنوع من أنواع التضامن الحاصل بين الأجيال. هذه العراقيل وغيرها تَحد من مهمة الأستاذ وتقزِّم دوره البيداغوجي التقليدي. لذلك ارتأت بعض المراكز الإجتماعية أن تكون لديهم منهجية مضبوطة في التفكير، تواكب التساؤلات البيو-إتيقية أحسن من تعلم وحفظ مجموعة من المعارف.[266]

التكوين المستمر في البيو-اتيقا، في الكثير من الجامعات ،لا يكون إلا من خلال الندوات والملتقيات لاكتمال معارفهم في الأخلاق وفلسفة الطب. فالقوانين الخاصة في هذا الميدان تدرس بصفة مكثفة أسبوعيا وعلى مدار السنة بشكل سلس حتى يتسنى للمتلقين استيعابها، كي لا يجدوا (الأطباء والممرضون ومسيرو المستشفيات) أي صعوبة في احتواءها. ففي بريطانيا تنظم دورات قصيرة (أسبوع إلى خمسة أيام مثلا) من طرف أطباء

(266) Gwen Terrenoire, « **Éducation à la bioéthique** », Comité de liaison ONG-UNESCO 2007, p22.

قدامى وأعضاء اللجان الأخلاقية والأساتذة، بهدف تعميق وتحيين التكوين الأخلاقي للممارسين، تحت إشراف المركز الأخلاقي للصحة (**Centre d'éthique de la santé**) في **Maastricht**.[267]

مع العلم أن أمريكا هي الرائدة في تعليم البيو–اتيقا وبلا منازع، حيث تقيم برامج مكثفة ذات نوعية معترف بها لمدة ثلاث سنوات على الأكثر. الهدف من ذلك تكوين أخصائيين في الميدان من خلال مراكزها المشهورة مثل **Kennedy Institut of Ethics** **Hastings Centre**.

إن التعليم في البيو–اتيقا هو الذي قاد إلى التربية المرجوة التي تحمل في طياتها تحليلا تجريديا لكل الخبرات الموجودة في كل أنواع التلقين البيو–إتيقي.

فالتربية البيو–إتيقية تتطلب كفاءات متعددة يستلزم تشجيعها ومتابعتها في علوم الصحة و الحياة، في العلوم الاجتماعية و الإنسانية، في الفلسفة، في القانون، في الدين وفي الأمراض بشتى أعراضها. فدراستها تتيح فرصة لوضع أسسِ ثقافة استعراضية، حتى تنصهر وجهة الرأي العام العريضة إلى وجهات نظر مختلفة حول الكرامة الإنسانية، كغاية يجب احترامها والسمو بها إلى المثل العليا. يجرنا هذا إلى القول أن التربية في البيو–إتيقا تحولت من مجال البحث المحض إلى مجال التربية كأداة سلام وأضحت مسايرة لتطلعات العلماء ومتضمنة لمخاوف المجتمع المدني ومعتقداته، وآماله وتساؤلاته التي تتمحور أساسا حول أبعاد الإنسان، سواء العقلانية أو غير العقلانية. من هنا انبثقت مسؤوليات جديدة في الميدان، تهدف إلى تحقيق إلى مبدإ" العيش معا "**vivre ensemble**".

يتمحور مضمون التربية في البيو–إتيقا على مايلي:

"– احترام الجسد الإنساني (كالتجريب على الإنسان وعمليات نقل وزرع الأعضاء)

---

(267) Boné Édouard. « **Trente ans de réflexion bioéthique. Pluralisme et consensus** ». In Revue théologique de Louvain, 32e année, fasc. 4, 2001. pp. 497-499.

– تحديد بداية الحياة ونهايتها (كالبحوث في الأجنة، المساعدة الطبية على الإنجاب، المرافقة الإنسانية للمحتضر، المساعدة الطبية على الموت الرحيم).

– الدماغ وعلوم الأعصاب.

– الوراثة وتطبيقات الهندسة الوراثية (مشروع الجينوم البشري، تحسين النسل والبيوتكنولوجية الحيوانية والنباتية).

– البيئة والتطور المستمر

– التكنولوجية الإعلامية والإتصال". [268]

كل هذا يدل على اهتمام المجتمع الدولي بتدريس وتعليم الأخلاقيات في المجال الحيوي. فمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة(اليونسكو) تعمل على دعم البرامج التعليمية في هذا المجال تحديدا وفي مختلف القطاعات العلمية والمهنية. وما انضمامها لمشروع الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان، إلا دليل على أهمية إشراك جميع الدول بمختلف ثقافاتها في النقاشات الدولية، بغية توحيد المعايير الأخلاقية التي يقوم عليها العلم.

يقودنا هذا إلى القول أن اختلاف البيئة الإجتماعية، السياسية، الاقتصادية واختلاف الجنس، سيؤدي حتما إلى اختلاف المبادئ التي يستند عليها الطلبة في إصدار أحكامهم تجاه قضايا أخلاقية معينة. إذ نجد أن بعض الدراسات تثبت التباين والتفاوت بين الطلبة مردّها راجع لحداثة تعليم المبادئ الأخلاقية في المجال التربوي. من بين هذه الدراسات مايلي:

– دراسة **جريسات** عام2005 التي أجريت على طلبة الأردن بغرض تبيان إمكانية وجود تأثير الإختلاف في مستوى الفهم. الجنس والتخصص لديهم مرتكزان على المبادئ الأخلاقية التي يستندون إليها أثناء إصدار أحكامهم في المجال الحيوي. يكون ذلك

[268] Gwen Terrenoire ,« **Éducation à la bioéthique** », p17.

بعرض بعض القضايا البيوطبية، كزراعة الأعضاء، العلاج الجيني، والتغير البيئي. كانت النتيجة أن نسبة كبيرة تستند على مبادئ الواجبات، بالخصوص مبدإ الإستقلالية، مبدأ الواجب الديني، مبدإ المجتمعية ومبدإ الإنسانية. بينما النسبة المتبقية منه، كانت تستند إلى مبدإ العدل والتقليل من الضرر، مع مبدإ المحافظة على الوعد والصدق وغيرها من المبادئ لسبب عدم التطرق لها إلا في مواضيع ومشكلات محددة.[269]

– دراسة **سادلر** 2005 التي أجريت على طلبة أمريكيين من ذوي تخصصات علمية وغير علمية قصد استقصاء أثر تعلم الطلبة لنظرية التطور عند إصدار الأحكام في المجال الحيوي. كانت الأسئلة تتمحور حول الإستنساخ، العلاج الجيني وأثرهما في تطور الكائنات الحية. النتيجة هو اختلاف في مستوى فهم الطلبة وقبول نظرية التطور، أشار المتلقون من ذوي التخصصات غير العلمية إلى أن العلاج الجيني والإستنساخ لا علاقة لهما بتطور الكائنات الحية. غير أن طلبة البيولوجيا والطب أشاروا إلى وجود علاقة بينهما، قد تؤدي إلى ظهور كائنات غير طبيعية، بظهور جينات أخرى جديدة.[270]

– دراسة **ولمونت وليامز** 2004 على طلبة بريطانيين، تهدف إلى معرفة كيفية مساعدة المواقع الإلكترونية المصمّمة من الطلبة قصد مساعدتهم على فهم وتعلم القضايا الأخلاقية في العلوم الطبية والبيولوجية، كعمليات الإنجاب الصناعي، الاستنساخ، نقل الأعضاء وزرعها، العلاج الجيني وغيرها من العمليات. كانت النتيجة مشجعة وهي زيادة الوعي عند الطلبة واكتسابهم لمهارات نوعية بالعمل جماعيا ونقد المعلومات وغربلتها عبر الشبكة.[271]

– دراسة **باتينود ونيونسنجا و فافارد** 2002 على طلبة كنديين، تهدف إلى معرفة طبيعة التفكير الأخلاقي لديهم. أسفرت نتائج الدراسة على أن تفكير طلبة السنوات الأولى

---

[269] طلال الزعبي وآخرون، « **المبادئ الأخلاقية التي يستند اليها طلبة كلية الطب في الجامعة الأردنية..**» ، ص 9

[270] المرجع نفسه، ص ص9–10.

[271] المرجع نفسه، ص 10

الجامعية قائم على مبدإ واجب الفرد تجاه المجتمع. لكن، في سنوات التخرج، يصبح تفكيرهم براغماتيا يقوم على مبادئ متعددة، تسبق حاجيات الفرد على حاجيات الآخرين.[272]

كثير من الدراسات لا يسعنا ذكرها في هذا العرض تبين اختلاف الأحكام الصادرة، تبعا لإختلاف المبادئ المعتمدة، نتيجة تأثير البيئة الاجتماعية، السياسية والاقتصادية. لكننا نتساءل، هل يمكن توحيد المعايير الأخلاقية في مجال العلم الحيوي في ظل التعدد الملحوظ؟

لأجل هذا، تهتم اليونسكو ببرامج تعليم الأخلاقيات في البيولوجيا التي وضعتها ضمن أولوياتها الأساسية، بغرض تحديد المعايير وتعزيزها، لوضع الأطر العامة التي من خلالها تضع الدول سياساتها موضع التجسيد العملي لأخلاقيات علوم الحياة. أول نجاح حققته اليونسكو كان الإعلان العالمي حول المجين البشري وحقوق الإنسان عام 1997، حيث اعتبرت الجينوم البشري تراث الإنسانية وجب حمايته وتمريره للأجيال القادمة، حيث لا يحق التدخل فيه أو إحداث تعديلات جينية تؤثر على هويته إلا لأسباب وقائية تشخيصية علاجية. تلاه إعلان عالمي آخر عام 2003 حول البيانات الوراثية. انعقد بهدف وضع مبادئ عامة توجيهية لمعالجة مخاوف الناس بشأن إمكانية استخدام البيانات الوراثية لأغراض أخرى، تتعارض مع مبادئ حقوق الإنسان و مبدإ تحقيق الحريات، خصوصا أن الطب الشرعي والقضاء يستخدمانها في مجاله لتحديد هوية الشخص. كما نشهد تزايدا في عدد البنوك لحفظ البيانات الوراثية التي وصل عددها إلى أكثر من مليون سجل حسب اليونسكو.[273]

على هذا الأساس، تعمل المنظمة العالمية للثقافة والتربية على تعزيز التعليم ونشر

---

[272] طلال الزعبي وآخرون، « **المبادئ الأخلاقية التي يستند اليها طلبة كلية الطب في الجامعة الأردنية..**» ،ص 10

[273] اليونسكو، « **الإعلان الدولي حول البيانات الجينية البشرية** » WWW.UNESCO.ORG

التوعية في مختلف الدول من خلال الندوات والمؤتمرات الوطنية والعالمية لترسيخ مبادئ الأخلاقيات في المجالات الحيوية. مع حلول اكتوبر2005 نجح الإعلان العالمي للأخلاقيات البيولوجية الذي نظمته اليونسكو في توحيد النصوص حول احترام وتطبيق المبادئ الأساسية في الأخلاقيات الحيوية، مع تعهد المجتمع الدولي بالالتزام بتعليمات المؤتمر وهذا لأول مرة في تاريخ أخلاقيات البيولوجيا. فهو يستند إلى مبادئ حقوق الإنسان وضمان الحرية الإنسانية، يجسد العلاقة التداخلية بين الجانب القانوني /حقوق الإنسان والجانب الأخلاقي في المجال الحيوي، يدعو إلى بذل أقصى الجهود لتنفيذ المبادئ والعمل على نشرها في كل الدول. لذا قام المدير العام **كويشيرو ماتسورا** بنشر كتيب يتضمن توصيات هذا الإعلان لتسهيل المهام التي يرمي إليها، عنوانه "**الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان** ".

هذا الكتيب يسعى إلى تحقيق **الأهداف** التالية:

"– توفير إطار عالمي للمبادئ لأجل توحيد المعايير بين جميع الدول وتوجيه أنشطة أفرادها ومجتمعاتها ومؤسساتها الخاصة والعامة.

– تعزيز احترام الكرامة الإنسانية وحقوق الإنسان.

– الاعتراف بأهمية حرية البحث العلمي والإستفادة من منافع التطورات التكنوبيولوجية، بشرط ألا تتعارض مع المبادئ الأخلاقية وحقوق الإنسان.

– تعزيز التعاون الدولي في تبادل المعلومات لأجل الإنتفاع الجماعي المشترك في هذا المجال مع الحرص على الإهتمام بحاجيات الدول النامية.

– صون مصالح الأجيال الحاضرة والمستقبلية، التشديد على أهمية التنوع البيولوجي والمحافظة عليه لكونه يشكل الإرث المشترك للبشرية ".[274]

[274] كويشيرو ماتسورا، **الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان**، (منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة:2005)، ص 6.

كما يدعو إلى **احترام المبادئ** التالية:

- احترام الكرامة الإنسانية والحريات الأساسية.
- وجوب تغليب مصلحة الفرد وسلامته على مصلحة العلم والمجتمع وحده.
- المنفعة والضرر، أي الحصول على المنفعة من وراء التطورات السريعة في المجال مع تجنب إحداث الضرر بقدر الإمكان.
- الإستقلالية والمسؤولية الفردية باحترام إستقلالية الأفراد في اتخاذ القرارات بتحمل مسؤولية اختيارهم. أما في حالة العجز عن اتخاذ القرار، فينبغي اتخاذ تدابير لازمة لحماية حقوقهم.
- القبول أو الموافقة الواعية والحرة للفرد في أي علاج أو تشخيص أو إجراء تجريب.
- ينبغي الحصول على ترخيص قبل القيام بأي تدخل طبي أو علاجي للأشخاص العاجزين عن أبداء الموافقة أو القبول، إلا في حالات المنفعة الصحية وبنص من القانون.
- احترام الضعف البشري والسلامة الشخصية.
- احترام حرية الحياة الخاصة و سرية المعلومات المتعلقة بالشخص.
- المساواة والعدالة والإنصاف.
- عدم التمييز العنصري.
- التضامن والتعاون.
- احترام التنوع الثقافي والتعددية.
- المسؤولية الإجتماعية والصحة.
- المشاركة في تقسيم المنافع.
- حماية الأجيال القادمة.

– حماية البيئة والمحيط الحيوي والتنوع البيولوجي.[275]

كما يوصي **بتنفيذ المبادئ** التالية:

– "حسب المادة 18، يجب اتخاذ القرار ومعالجة قضايا أخلاقيات البيولوجيا.

– حسب المادة 19، يجب إنشاء لجان أخلاقية مستقلة.

– حسب المادة 20، يجب تقييم المخاطر المترتبة عن الطب والبيولوجيا وإدارتها.

– حسب المادة 21، الممارسات عبر الوطنية، كاتخاذ الدول للتدابير المناسبة على المستوى الوطني والدولي لمحاربة الإرهاب البيولوجي والاتجار غير المشروع بالأعضاء البشرية ،الأنسجة، العينات، الموارد الوراثية وغيرها." [276]

أما المواد الأخرى فهي تخص الترويج للإعلان العالمي كإظهار دور الدول في التشجيع على إنشاء لجان أخلاقية وطنية أو عالمية مستقلة. كذلك التعليم والتدريب والإعلام في مجال الأخلاقيات البيولوجية، وتعزيز التعاون الدولي في نشر المعلومات العلمية وتشجيع حرية تداول المعارف العلمية التكنولوجية.[277]

ما يمكن استخلاصه، أن تعليم البيو–اتيقا أو التربية البيو–إتيقية تكتسي أهمية بالغة وضرورة اجتماعية لا يمكن معارضتها. تجسيدها في الميدان وفق الأهداف والمبادئ التي تصبو إليها يبقى محل نقاش، لأننا في ظل تنوع ثقافي، بيئي، اجتماعي، ديني و اقتصادي يصعب توحيد المعايير التي يستند إليها العلم الحيوي، لا يعود هذا الأمر إلى طبيعة تلك المبادئ، بل إلى كيفية تطبيقها وفق طبيعة الإنسان ذاته أو المجتمع إجمالا. فإذا كان نشر الوعي، التعليم، وتعزيز أخلاقيات البيولوجيا في كل

---

[275] كويشيرو ماتسورا **الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان** ، ص ص 6–9.

[276] المرجع نفسه، ص ص 9–11

[277] المرجع نفسه ، ص ص 9–11

المدارس والجامعات من بين أهداف الإعلان العالمي، فإن الواقع يشهد خلاف ذلك في بعض البلدان، خاصة النامية منها. نأخذ الجزائر على سبيل المثال، فهي لم تعمم تدريس البيو–إتيقا كما هو الشأن في أوروبا وأمريكا، حيث نجد أن جامعاتنا أدرجت البيو–إتيقا كوحدة سداسية بدل الوحدة السنوية. دلالة ذلك، غياب الوعي السياسي والأكاديمي الذي يقرر إدراج الوحدات، خلافا لما حاصل في الدول الغربية حيث التكوين في الوحدة يكون لمدة ثلاث سنوات ويكون أيضا بتكثيف الدروس.

نقدنا الموضوعي لذواتنا يحتم علينا طرح هذا السؤال: أين نحن من هذا العمل ؟

الحديث عن التدريس في الثانويات بحكم مزاولتي لهذه المهنة لسنين عديدة فهو حديث صادم. في هذه السنة فقط، تم إدراج عنصر البيو–إتيقا في درس **فلسفة علوم المادة الجامدة وعلوم المادة الحية** للشعبة العلمية، في حين أن البيو–اتيقا في الدول المتقدمة مدرجة من السنوات الأولى، حيث يُمتَحَن التلاميذ في آخر السنة. مع العلم أن الشعب الأكثر تناولا لها، هي شعبة الفلسفة بامتياز. هنا تكمن العلاقة الوطيدة بين الفلسفة والعلم، ناهيك عن دورها في معالجة القضايا الأخلاقية. نتساءل أيضا وحق لنا ذلك، أين نحن من كل هذا؟ بل الأدهى والأمَرّ، أن نجد جُل الأساتذة حائرين في مضمون العنصر، بل ما يقدم فيه.

فالمشكلة التي نعانيها في هذا المجال، تتجلى بوضوح من زاويتين:

– الأولى: النقص المعرفي في ميدان العلوم الحياتية عند تلاميذنا وطلبتنا .

– الثانية: نقص التكوين والكفاءة لدى الأساتذة في هذا المجال تحديدا.لأن أغلب الزملاء أدبيون في مسارهم الدراسي(**Cursus scolaire**) ولا يمكنهم مسايرة مضامين البيو–إتيقا العلمية.

فمشوار تعليم البيو–إتيقا لا يزال أمامه كم هائل من السنوات، كي يساير ما وصل إليه الأوروبيون والأمريكيون. لسنا هنا ملزمين بالبحث عن أسباب التخلف الفظيع.

لكن هل يكفي تعليم أخلاقيات علوم الحياة لإيجاد حلول للمعضلات الإتيقية الناجمة عن التقانة الحيوية؟ وهل حققت البيو–اتيقا الغاية التي من شأنها وجدت ؟ !

المبحث الثالث: البيو–سياسةLa Biopolitique كبديل للبيو–إتيقا

يعتبر مجال البيو–سياسة رهانا آخرا من بين رهانات الفلسفة، فهو يعكس الجوانب السياسية لأخلاقيات الطب والبيولوجيا.

إنه مصطلح ظهر بعد الإنتقادات التي وجهت للبيو–اتيقا لكونها لا تحل المعضلات الأخلاقية، ولا تمنع التجاوزات الخطيرة في الممارسات الطبية والبيولوجية التي تضع حياة الفرد في خطر،لا تضمن سلامته ولا تحافظ على كرامته، لكونها لا تراقب بشكل مستمر سلوكيات المختصين والممارسين في الميدان. مما يوحي إلى تساهل القوانين أو عدم فعاليتها في توجيه ومتابعة الممارسات الطبية والبيولوجية.[278]

هذا يعني أن البيو–سياسة ترجع إلى جانب من الجوانب السياسية للبيو–اتيقا، فهي تنسب للتسيير، وللتقويم المجتمعي و للتطورات الحاصلة في الميدان البيوطبي والمشكلات المترتبة عن ذلك. فالسياسات الخاصة بالصحة والبيئة ومختلف الإختلافات والنقاشات التي تعرفها البيو–اتيقا، هي على وجه الخصوص المقاصد التي تصبو لها البيو–سياسة. كما تتطلع أيضا الى تسيير الأخطار والشكوك في حضارة متعددة الثقافات والتكنوعلمية المعقدة والتي هي في طريق العولمة. [279]

فمنبع البيو–سياسة إذن وأدواتها بل وتطبيقاتها مرتبطة ارتباطا وثيقا بتطورات البيو–اتيقا. ولَعَّل استشراف العالم **فان رانسيلير بوتير Van Rensselaer Potter** بمستقبل البيو–اتيقا في مطلع السبعينات يثبت ذلك" في مستقبل بعيد المدى، يجب علينا اختراع وتطوير

---

[278] العمري حربوش، "**من البيوتيقا الى البيوسياسة**" من كتاب "**البيواتيقا والمهمة الفلسفية**"، إشراف علي عبود المحمداوي، (ط1 ، لبنان: الرابطة العربية الأكاديمية للفلسفة،2014)، ص173.

[279] Gilbert Hottois et Jean-Noël Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique**, pp137-138

سياسة بيو–إتيقية". [280] لهذا فالبيو–سياسة مصطلح حديث النشأة، لا تزال تعريفاتها مبهمة وغير دقيقة.

غير أنه يمكننا أن نُعرّفها" كجزء من البيو–اتيقا التي تحوِّل المشكلات المتداخلة بين المجتمعات والأنماط البيولوجية إلى قرارات وأفعال سياسية من خلال اتفاقيات وأطر تنظيمية وقوانين. فهي لا تتخذ المظاهر البيو–إتيقية من جانب الأفراد، بل من ناحية المجتمع بصفة عامة."[281]

هذا يعني أن البيو–سياسة هي ممارسة السلطة الحيوية (البيولوجية) في ظل إطار السياسة، لا تمارس فحسب على مستوى الجسد الحي للفرد، بل على مستوى حياة المجتمعات بأكملها.

فالحياة والجسد الحي من رهانات الممارسة السياسية الحديثة، على خلاف النظريات السياسية الكلاسيكية القائمة على سلطة الملك المطلقة في التصرف بأجساد الرعايا من حيث الحياة أو الموت. لكن مع التحولات الكبيرة التي طرأت على الصعيد السياسي والمعرفي والتقني، تبلور مفهوم الحق وانبثق عنه مفهوم جديد يكمن في حق الإحياء بدل الموت الذي فرضته إرادة الملك في النظام السياسي الكلاسيكي (الملكي). لذا اهتم **ميشال فوكو** بهذا التحول في نطاق التطور التكنولوجي للمعرفة السياسية التي انصب موضوعها على الأجساد الحية. وأوضح كيف يمكن للتنظيم السياسي للدولة العصرية أن يوجه حياة الفرد والمجتمع والأبحاث البيولوجية وحتى الطبية منها، من خلال فرض القوانين الصارمة التي تهدف إلى حماية الإنسان، سواء على مستوى الصحة أو البيئة وغيرها. لذا يقول **ميشال فوكو**« لأول مرة في التاريخ، ومن دون شك يفكر البيولوجي في الإطار السياسي، ففعل الإحياء لم يَعُد متعذرا ويظهر من وقت لآخر في خضم الموت المفاجئ، في ظل

---

[280] Gilbert Hottois et Jean-Noël Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique**, pp137-138

[281] Ibid., pp137-138

التحكم المعرفي وتدخل السلطة».[282]

إننا نلمس الكثير من مظاهر سيطرة الدولة على الحياة عبر التاريخ، من خلال مؤسساتها المختلفة، كالمؤسسات العقابية وديار الحجز للمختلين عقليا والمستشفيات العامة، تحت إشراف مدراء تُعينهم السلطات، سواء ملكية أو دستورية قضائية، يمارسون مهامهم داخل المؤسسات، كالتوجيه، التسيير الإداري، التقويم، العقاب، توفير الصحة وغير ذلك من المهام. هذا ما جعل **فوكو** يقول في كتابه "**تاريخ الجنون**" بشأن المستشفيات العامة في فترة النظام الملكي البورجوازي، التي ترمز إلى القمع في حد ذاته باعتبارها مؤسسة تعمل كوسيط بين الشرطة والقضاء، تتمتع بالسيادة المطلقة في تنفيذ الأحكام أو الإستئناف : " المستشفى العام ليس مؤسسة طبية، بل هو بنية شبه قانونية، ما يشبه الكيان الإداري الذي، بالإضافة إلى سلطانه المعترف به خارج المحاكم، يقرر ويحكم وينفذ ".[283]

هذا يعني أن البيو–سياسة التي شهدتها السلطة الحيوية، لا تقتصر على جسم الفرد الحي فحسب من خلال التدخل في كيفية علاجه والعناية بصحته، وكذا بمورثاته ومساعدته طبيا على الإنجاب بطرق متعددة، إنما لكون تنظيماتها السياسية وتقنياتها امتدت إلى سائر المجتمعات: من الأسرة إلى المدرسة، مرورا بالمستشفى والمؤسسات العقابية والإصلاحية وغيرها ممن تراقب الأجساد الحية.

فإذا كان البيولوجي في مخبره، في ظل التقنيات الحيوية، يراقب مختلف التفاعلات، العمليات الحيوية للجراثيم والفيروسات، الهندسة الجينية للخمائر وغيرها من التقنيات الحديثة، ثم يقوم بعملية التصنيع أو إعادة تركيبها(النمذجة) كي يجعلها مفيدة من خلال التقويم أو المعايرة أو التدريب، بعدها تأتي مرحلة السيطرة التي تعني أخذ المعلومات

---

[282] Michel Foucault, **Histoire de la sexualité : la volonté de savoir**, (Edition Gallimard ; 1976), p187.

[283] ميشال فوكو، **تاريخ الجنون في العصر الكلاسيكي**، تر: سعيد بنكراد، (ط1، المغرب : المركز الثقافي العربي، 2006) ص ص 70–71.

المتحصلة من العملية، معالجتها رياضيا واستخدامها على نفس العملية لأجل الحفاظ على إحدى المتغيرات المقياسية،[284] فإن هذا الأمر شبيه عند البيو–سياسي، بما تقوم به الدولة من مراقبة الأبحاث و الدراسات الحيوية (البيوطبية) المنصبة على الأفراد، باعتبارهم أجسادا حية من خلال تحديد نسبة الولادات، الوفيات، عدد الذكور والإناث، معدل العمر وغيرها من المظاهر البيولوجية التي تتجلى في مختلف الشرائح الإجتماعية. هذه المراقبة يُعبَّر عنها على شكل معادلات رياضية باستخدام الأرقام والنسب المئوية. كما يظهر تدخل الدولة من خلال إنشاء مراكز خاصة للتحكم في تقنيات الإنجاب (تقنيات التحكم في الولادة كأطفال الأنابيب، التلقيح الصناعي، استئجار الرحم) لتجاوز مشكلة العقم بهدف زيادة معدل السكان. إن تسهيل الحكومة الكندية للهجرة لتعمير أراضيها، دليل على أهمية الكثافة السكانية. الأمثلة كثيرة لا يسعنا حصرها، لأن هدفنا من عرض هذا المصطلح هو إظهار دور الفلسفة في ميدان علوم الحياة.

فالبيو–سياسة إذن **Biopolitique**، تعتبر ميدانا عمليا بديلا عن البيو–اتيقا عند بعض الفلاسفة، أمثال **فرانسوا داغوني**. فبالرغم من أهمية البيو–اتيقا في تقييم نتائج التطبيقات البيوطبية، إلا أن خطاباتها الإتيقية لا يمكنها مراقبة ومتابعة المختصين في الميدان الطبي/البيولوجي وإلزامهم بالمبادئ وأخلاقيات المهنة، إما لأسباب اقتصادية، اجتماعية أو سياسية تحول دون تحقيق ذلك، وإما لعدم مسايرة التطورات السريعة في المجال التقانة الحيوية، مما أحدث فجوة كبيرة بين الجانبين: الأخلاقي والبيولوجي. لهذا يرى **فرانسوا داغوني** أن البيو–سياسة هي التي تضمن المحافظة على أسس الحياة و استمرار النوع البشري، بدل البيو–اتيقا. لأن الثقة ستكون منصبة بالدرجة الأولى على رجل القانون أكثر من الطبيب نفسه. فطبيعة المواضيع التي تتناولها البيو–اتيقا اليوم، تختلف جوهريا عن التفكير الأخلاقي السائد، فقد تحول اهتمامها من مواضيع القيم،

[284] كولن راتليج وبيورن كريستيانسن، **أسس التقانة الحيوية**، تر: ابتسام عبد الجبار وآخرون، (ط3، مدينة عبد العزيز للعلوم والتقنية: المنظمة العربية للترجمة) ص 421-422.

كالخير، الشر المسؤولية..الخ، إلى الاهتمام بالمؤسسات وميادين الشغل. لذا فالبيو-سياسة تكمن في السيطرة البعيدة المدى على الأفراد في مختلف مراحل حياتهم. ليست البيو-إتيقا حسب الفيلسوف **داغوني** هي الأهم، بل البيو-سياسة، هذا ما يظهر في كتابه " **La maitrise du vivant** ". لأن الدولة هي الوحيدة التي بإمكانها التطبيق، أقل من ذلك إيجاد الحلول. وظيفتها هي الدفاع عن الضعفاء بقوة القانون، ضد الأقوياء، خاصة في مجال الشغل والإنتاج وضمان حريات الأفراد.[285] قد نجد العكس تماما مع طبيعة الأنظمة الديكتاتورية.

ما كتبه **ميشال فوكو** في كتابه" **المراقبة والمعاقبة** "هو إجابة على هذا التساؤل: "المدينة المنكوبة التي يصيبها وباء الطاعون هي النموذج الأمثل الذي تحلم به السلطة لتوسيع هيمنتها. إذا كان أهل الحقوق والقانون يحلمون بالحالة الطبيعية والمنطقية لاحترام القانون، فإن أهل السلطة يحلمون بقدوم وباء الطاعون كي يتمكنوا من السيطرة على جميع الناس. أشكال السيطرة كثيرة ومتنوعة، تجسدها الأنظمة القائمة على الإنضباط التي تختلف عن الأنظمة الديكتاتورية القائمة على العبودية، الخضوع، الهيمنة وغيرها. فهي أنظمة تجعل من الأجساد دمى تحركها السلطة، بغية تحقيق الطواعية و المنفعة. على هذا الأساس تصبح السلطة بمثابة آلة ميكانيكية تسيّر مختلف الشرائح الإجتماعية، من خلال مؤسساتها القائمة على تقنيات مُحكمة، مُشَكِلة بذلك أفرادا خاضعين ومتمرسين. يتأتّى بالإنضباط الذي يستدعي زيادة قوى الأجساد من حيث الكفاءة والاستعداد البدني والنفسي بغية تحقيق المنفعة من الجانب الاقتصادي. هذا يعني أن الإنضباط يكون من خلال التوفيق بين كفاءات أكيدة وسيطرة متزايدة.[286]

لكن الذي يقف أمام تلك الموازنة هي فئة الشيخوخة، الأفراد العاجزون عن الإنتاج،

---

[285] العمري حربوش، "**من البيوتيقا الى البيوسياسة**" من كتاب "**البيواتيقا والمهمة الفلسفية**"، ص ص 179-180.

[286] ميشال فوكو، **المراقبة والمعاقبة، ولادة السجن**، تر:على مقلد،(بيروت: مركز الإنتماء القومي، 1990)ص159.

فاقدو النشاط، وآخرون تعرضوا لمختلف الحوادث التي تسبب العاهات المستديمة ومختلف أشكال الشذوذ. وتعتبر هذه الفئات أهم مشكلة كانت السياسة الحيوية (البيو–سياسة) قد تدخلت فيها منذ بداية القرن التاسع عشر أو بداية أزمة التصنيع، حيث وضعت إلى جانب مؤسسات مساعدة للرعاية آليات أكثر نجاعة و فعالية وأكثر أمان وعقلانية من الناحية الإقتصادية لصالح الأفراد والجماعة معا، بعدما أخذت بعين الإعتبار غاية الصحة العامة في نهاية القرن الثامن عشر من خلال تنظيمات علاجية، إعلامية وإنشاد المعارف الصحيحة مع القيام بحملات توعية شاملة من تعليم النظافة وتطبيب السكان، بهدف رفع طاقة الإنتاج والقضاء على ارتفاع التكاليف الإقتصادية. لهذا يتم علاج الأمراض التي من ورائها نستشِف نقصا في الإنتاج وارتفاعا في التكلفة الإقتصادية. لأن المرض يتجاوز كونه ظاهرة سكانية، فهو موت بطيء يتسلل إلى حياة الفرد، يُضعف قواه باستمرار ويجعله عاجزا عن العطاء والإنتاج. فظواهر المرض من حيث الشكل، الطبيعة، سرعة الانتشار والكثافة بين السكان تدخل أيضا في مجال البيو–السياسي(السياسة الحيوية).لأن الأمراض المزمنة يصعب التخلص منها باعتبارها عوامل دائمة في المجتمع، لكنها تُولِّد مأساة تؤدي إلى الموت البطيء، المتعدد الصور، دون أن تتحول إلى أوبئة في حد ذاتها، لهذا فهي قابلة للعلاج. [287]

فالبيو–سياسة مرتبطة بمدلول جديد هو السكان، كجسد يحمل رؤوسا متعددة وبأعداد معينة ومحسوبة. هذا الجسد المغاير يعتبر إشكالا سياسيا وعلميا من جهة معيّنة، ويتضمن إشكالا بيولوجيا وسلطويا من جهة أخرى. كما تهتم بمختلف الظواهر الاجتماعية الفعالة والخصبة التي تمس فئة من السكان أو كلهم، تترتب عن نشاطها آثار نفعية ومادية من الجانب الإقتصادي أو من الجانب السياسي. هذا ما يجعلها مختلفة من حيث

[287] ميشال فوكو، **يجب ان ندافع عن المجتمع**، تر: الزاوي بغورة ، (دار الطليعة للطباعة والنشر: بيروت،2003) ص ص236–237.

مضمونها واهتماماتها عن النظريات القانونية الكلاسيكية المهتمة بالفرد والمجتمع معا، ومختلفة عن الممارسات الإنضباطية المتعلقة بالفرد وجسده، والتي ولدت الإنسان ذا النزعة الإنسانية الحديثة حين كانت من ورائها الرغبة في السيطرة على السكان واستغلالهم،ما أدى بالتالي إلى ظهور جملة من التقنيات الحديثة والمعارف والوسائل.[288]

فالبحث في البيوسياسة إذن، هو بحث مترامي الأطراف، يمكن أن يكون إشكالية بحدّ ذاته، خاصة أنه يمثل "عتبة الحداثة البيولوجية "حسب **ميشال فوكو** و يمكنه تغيير اهتماماته من مجال علم النفس والمعرفة إلى المجال السياسي الحديث. كما أنه يساهم في انبثاق مفاهيم أخرى ذات صلة بميدان الحياة الفردية وهي البيو– ذاتية **Bio subjectivité** في الجسد الفردي، يمكن كذلك أن تكون مواضيعا مستقلة بذاتها، قابلة للمناقشة لمن يريد البحث فيها.

لأن الذات، حسب ما بينه **فوكو** في كتابه "**نيتشه،الجينالوجيا والتاريخ** "، متورطة في علاقات السلطة التي يجب تفكيكها وبيان كيفية اختراقها للذات الإنسانية وكيفية مساهمتها في بلورة الذات تدريجيا، سواء بماهية أو بغير ماهية، انطلاقا من أشياء غريبة عنها. الدراسة السياسية يجب أن تركز على الكيفية التي تجعل علاقات الإخضاع قادرة على صنع الذوات. فالصورة الجديدة للذاتية الجسدية التي يتحدث عنها **فوكو** تحققت في المادة البيولوجية للجسد، لأن حقوق هذا الأخير جعلت الإنسان على دراية بأنماط البيو– ذاتية (الجسم الحيوي) لتكوين الجسم الإنساني، حين يريد تحقيقها في جسمه وفي جسم الآخر، من خلال التدخل في جودتها وتطورها ووظائفها. هذا يعني أن النموذج الجديد للبيو– ذاتية يقضي على أي حتمية تتجاوز الإنسان لأجل إبداع جسم بيو–ذاتي بالكامل. بالتالي فإن الطبيب لم يعد يعالج الأمراض الطبيعية فحسب، بل يخترع التقنيات

[288] ميشال فوكو، **المراقبة والمعاقبة، ولادة السجن**، ص 161.

الجسمانية والتقانات الحيوية، بغية تحقيق الصحة المثالية.[289]

نتيجة الكم الهائل من التقدم الخاطف والسريع في هذا الميدان، تولدت مفاجآت وانشغالات عند المواطنين الذين تجاوزتهم التطورات وكذلك النتائج المحتملة على الصعيد الإقتصادي والاجتماعي. فمن الضروري وجود صيغة قانونية لضمان الأمن، على الأقل للحفاظ على ثقة المواطنين. فالإعتراضات الأساسية التي تواجهها التطبيقات التكنولوجية الحيوية، قد تحمل إمكانية التغيير الجيني(الخلقي) غير المبرّر على الصعيد الإتيقي.[290] لأن هذا النوع من التعليل يتجاهل كون الطبيعة خاضعة للتغيير من طرف الإنسان. فزراعة النباتات وتربية الحيوانات كانتا دوما في اتجاه حاجيات البشرية. غالبا ما كانت ضرورية لتحسين نوعية المحاصيل الزراعية والقطيع، بغية تغذية شعوب في تكاثر مستمر. فلا ينبغي إذن حرمان الشعوب من الإمكانيات المتاحة من النباتات الجديدة المُطوّرة أو منعهم من الولوج في العلاجات الطبية المتأتية من البيوتكنولوجية واعتبارها طمس وتعدّي على مبادئ الإتيقا. [291]

هذا لا يعني أن تدخل الدولة في المجال البيوطبي هو الحل الأوحد والبديل الأمثل للبيو–إتيقا. لأن التطور السريع للتقنيات الحيوية هو الذي جعلنا نجزم بانعدام التكافؤ بين ذلك التطور وتقييم نتائجه أخلاقيا. حكمنا عليها حينئذ بقصورها في إيجاد حلول سريعة، تقييمها كان منصبا على الآثار السلبية التي نجمت عن التطبيقات الطبية والبيولوجية على الإنسان بصفة خاصة ومحيطه بصفة عامة. هذه مغالطة، لأن التطور في المجال البيوطبي لا يستلزم بالضرورة تكافؤ ومسايرة في التفكير حول نتائجه (الجانب البيوطبي

---

(289) Bernard Andrieu , **« La fin de la biopolitique chez Michel Foucault : le troisième déplacement »** , Le Portique [En ligne] , 13-14 | 2004 , mis en ligne le 15 juin 2007/Nouveau millénaire, défis libertaires http://leportique.revues.org/index627.html .

(290) Gilbert Hottois et Jean-Noël Missa, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique,** pp137-138

(291) Ibid., pp137-138

≠ الجانب الأخلاقي). من جهة أخرى، فإن الدولة قد تستغل الأبحاث البيولوجية، خاصة الوراثية منها والجرثومية في المجال العسكري والحروب، كما حدث إبان الحكم النازي، حيث اسْتُغِلت أبحاث علم الوراثة و اليوجينيا (تحسين النسل) ضد المواطنين اليهود. في مثل هذه الحالة، هل تقوم الدولة بوظيفتها الأساسية في حماية أفرادها وحفظ كرامتهم ؟!

خاتـــــمة

من خلال الفصول السابقة، حاولنا إبراز القفزة النوعية للبيو–إتيقا ومدى تطورها في مجالات اختصاصها. فتطور العلوم الطبية والبيولوجية واكبته المسائل المَعْنية والمعايير الأخلاقية التي أرست قواعدا متينة وموضوعية زادت في اللُحمة بين ما هو علمي مادي وبين ما هو أخلاقي وفلسفي.

ويظهر دور الفلسفة في مجال العلوم الحياتية على النحو التالي:

- التمييز بين المفاهيم الأخلاقية التي ترتبط ارتباطا وثيقا بالتفكير البيو–اتيقي . إذ أن التداخل الكبير بين المصطلحين: الأخلاق و الإتيقا **Morale et Ethique** جعل البعض يتناولهما بمعنى واحد. وبما أن الفلسفة هي فن صياغة المفاهيم على حد تعبير **جيل دولوز**، أعيدت صياغتها ، بل وُضعت مفاهيم جديدة، مثل ما بعد الإتيقا **MetaEthique** ومبدأ المسؤولية التي ينشدها **هوناس هانس** .
- وإذا نظرنا إلى التحولات الجذرية التي شهدها الإنسان المعاصر في كل الميادين، من تقدم حضاري، معرفي، تقني وعلمي، نلحظ أنها عملت على تحسين حياته وتطويرها. بل أضحت(الحياة) موضوعا معرفيا قابلا للدراسة العلمية، حين عمل الإنسان على فك أسرارها بشتى علوم الحياة من خلال مشروع الطاقم الوراثي البشري. إذاك تحول الإنسان من كائن مقدس أو كائن ميتافيزيقي، كان وراء تأخر علم البيولوجيا مقارنة بالعلوم الفيزيائية والكيميائية، إلى موضوع بحث كباقي الظواهر الطبيعية التي تخضع للدراسة التجريبية، مما أدى إلى قيام ثورة تكنوبيولوجية أو حيوية بامتياز، على غرار الثورات العلمية التي شهدتها علوم المادة الجامدة –الفيزياء خصوصا–.

عندئذ حُق لنا أن نتساءل: هل يمكن لنا مسايرة هذا التدفق السريع للتقانة الحيوية؟ هل يمكن بَسْطَ قيم جديدة تتكيف مع الوضع الجديد؟ أم نقوم بكبح حرية البحث العلمي والحد من التجريب الذي يتعارض مع المبادئ المطروحة ؟ ! هذه التساؤلات وأخرى على نفس شاكلتها، هي التي تؤكد لنا إلزامية الحسم في القضايا البيو–إتيقية. لذلك تتضح

الخطورة في عدم مسايرة التطور السريع، مع بطئ المعالجة الإتيقية والقانونية لنتائج ذلك التدفق المريب، فتصبح كرامة الإنسان وحريته- كنتيجة حتمية- على المحك. من جهة أخرى، إذا كبحنا حرية البحث العلمي و التجريب، فهذا يتعارض مع المبادئ البيو-اتيقية التي وضعها الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا. فإمكانية وجود هذا التعارض يكون أساسا بين ما هو نظري وما هو تطبيقي، لأن المشكلة ليست في التقنية في حد ذاتها، بل في الإنسان الذي يسيء استغلالها واستخدامها.

- دعوة بعض الاتجاهات إلى بديل عن البيو-اتيقا التي لم تستطع -حسبهم - حسم القضايا المثارة من البيوتكنولوجية، البديل هي البيوسياسية أو سياسة الحياة **Biopolitique** التي تمثل الشكل الجديد للسياسة حين تتدخل في حياة الأجساد، فجائحة **كوفيد19** وتعامل السياسة الدولية تجاهها بخصوص الحجر الصحي للشعوب، تبعا لقرارات وزارات الصحة، يدفعنا إلى القول- بتحفظ- أن الحاجة لقوة القانون أكثر منه للأخلاقيات حين تكون مجرد شعارات غير مجسدة على أرض الواقع، بغية ضمان السلامة البشرية والحد من تفشي هذا الوباء الفيروسي الذي لم يكشف بعد عن كل أسراره.
- فمختلف المشكلات الأخلاقية التي عرضناها والناجمة عن تقنيات التحكم في الولادة، الموت الرحيم، عمليات نقل وزرع الأعضاء، تحسين النسل ومشروع الجينوم البشري، كلها تثير التداعيات نفسها تقريبا، حيث تتمحور حول قداسة الحياة، كرامة الإنسان، تحديد بداية الحياة وكيفية إنهائها، وهي مواضيع ذات صلة بميدان الفلسفة.
- تفشي ظاهرة الإهمال وكثرة الأخطاء الطبية التي تؤدي إلى أضرار جسيمة، سواء مادية أو معنوية، ناجمة عن غياب روح المسؤولية لدى الممارسين في الميدانين: الصحي والحيوي، نتيجة سيطرة الأداة -العقلانية الأداتية- والمنفعية على الجانب

القيمي. فظهور نزعة التخصص في الطب والبيولوجيا يُصَّعِب من تفكيك طبيعة العلاقة بين الخطإ الطبي والضرر الحاصل، كي نحدد طبيعة المسؤولية الطبية.

- لتجاوز هذه العراقيل، لابد من نشر ثقافة الوعي بأهمية الإلتزام بالمبادئ الأخلاقية وغرسها من خلال التربية البيو-إتيقية، أو تعليم أخلاقيات البيولوجيا في كل المؤسسات الخاصة والعامة عند كل المستويات، خاصة أقسام الفلسفة. هذا ما تشجعه منظمة الأمم المتحدة للثقافة والعلم والتربية مواكبة مع مشروع الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان. هذه التطلعات تعكس الرغبة الملِحَّة في توحيد المعايير التي يقوم عليها علم الأحياء. فمصير الإنسانية إذن بأيدينا، لأن غياب الوعي حين نقوم بالأبحاث، يؤدي بنا لا محالة إلى مصير مجهول، محفوف بالمخاطر، فلا نتحمل مسؤولية الحاضر فحسب، بل مسؤولية الأجيال القادمة وكوكب الأرض برمته.

يمكن لنا الإجابة على المشكلة التي طرحت في مقدمة بحثنا، هو أن ظهور الأخلاقيات الحيوية التي فرضها تقدم التقنية في علوم الحياة، تُعد من بين رهانات الفلسفة الحالية. فهي من جهة، تستمد مادتها لتحوّلها إلى إشكاليات فلسفية، ومن جهة ثانية تمثل ميدانا معرفيا ضمن تخصصات أخرى داخل إطار الفكر البيو-اتيقي، تشارك في معالجة القضايا لأخلاقية المتعلقة بالوجود الإنساني، بحريته، بهويته، بكرامته وبمسائل الموت والحياة بطريقة عقلانية موضوعية، مستبعدة التأثيرات الذاتية التي من شأنها التأثير على صيرورة اتخاذ القرارات وإصدار الأحكام. بهذا يتم فرض وجودها في واقع، كانت قد اتهمت فيه سابقا بعدم جدواها، لكونها بحث لا طائل منه. من جهة ثالثة، فإن مجال الأخلاقيات الحيوية يجسد فعليا الترابط الوثيق بين الفلسفة والعلم.

مع كل ذلك، يبقى التساؤل مفتوحا لمن يبتغي مواصلة البحث فيه عن كيفية مساهمة الفيلسوف في إيجاد الحلول للمشكلات الأخلاقية في المجالات الحيوية. هذا ما

يفسر تناولنا لهذا الموضوع بصفة عامة ولم نشأ حصره في زاوية أحادية تعبّر عن وجهة نظر معينة لمفكر ما حتى تكون عملية التعقيب أو الإضافة أو غيرهما ممكنة ويسيرة.

البيبليوغرافيا

أولا: المصادر

المصادر باللغة العربية:

- القرآن الكريم
- بوفتاس عمر، **البيواتيقا:الأخلاقيات الجديدة في مواجهة تجاوزات البيواتكنولوجية**،(المغرب: إفريقيا الشرق،2011)
- دوبرو كلود، **الممكن والتكنولوجيات الحيوية**، تر: ميشال يوسف، (ط1، بيروت :المنظمة العربية للترجمة، 2007)
- ديوران غي، **البيواتيقا الطبيعة،المبادئ،الرهانات**، تر: محمد جديدي،(ط1، المغرب: جداول للنشر والترجمة والتوزيع،2015)
- بيورن، **أسس التقانة الحيوية**، تر: ابتسام عبد الجبار وآخرين، (ط3، مدينة عبد العزيز للعلوم والتقنية : المنظمة العربية للترجمة، 2015)
- روس جاكلين، **الفكر الأخلاقي المعاصر**، تر: عادل العوا، (ط 1، لبنان: عويدات للنشر والطباعة، 2001)
- عبد النبي سلامة زياد أحمد، **أطفال الأنابيب بين العلم والشريعة**، (ط1، الأردن: الدار العربية للعلوم، 1996)
- ليونتين ريتشارد، **حلم الجينوم وأوهام أخرى**، تر:أحمد مستجير وفاطمة نصر،(ط1، بيروت: المنظمة العربية للترجمة، 2003)
- ماتسورا كويشيرو، **الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان**، (منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، 2005)
- ويليامز جون، **الأخلاقيات الطبية**، تر: محمد الصالح بن عمار،(بلجيكا:الوحدة الأخلاقية لجمعية الطب العالمية،2005)

المصادر باللغة الفرنسية:

- Aubert Lucien et al, **législation, éthique , déontologie et responsabilité,** nouveaux cahiers de l'infirmière, 3 édition, Masson, Paris, 2003
- Ayache Laurent, **Hippocrate**, 1er édition, presses universitaires, Paris, 1992.
- Bentham Jérémie**, l'Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science**, George Bentham, Paris, 1825

- Bentham Jérémie, **Déontologie ou science de la morale** , John Bowring charpentier ,paris ,1834.
- Bernard Jean, **De la biologie à l'éthique**, édition Buchet, Chastel, Paris, 1990.
- Brunswic Henri et al, **Initiation à l'éthique médicale**, 2édition, librairie Vuibert, Paris, 2002
- Degos Laurent, **Qui décide de ma vie et de ma mort ?**, Editions Le Pommier, Paris, 2015.
- FOUASSIER Eric, **Morale, éthique et déontologie pour une approche nuancée,** Académie Nationale de Pharmacie ، Univ. Paris-Sud، 2017
- francis Bacon, **De la dignité et de l'accroissement des sciences**, trad M.F Biaux charpentier libraire –éditeur, Paris, 1843.
- Gold Francis et al, **Repères et situations éthiques en médecine**, (ellipses) édition, marketing, Paris, 1996.
- Hottois Gilbert, **ESSAIS DE PHILOSOPHIE BIOETHIQUE ET BIOPOLITIQUE**, Librairie Philosophique, Paris, 1999.
- lefeve Céline**, Introduction à l'éthique médicale et la bioéthique**, Paris, puf 2012.
- Moch Raymonde et al، **Ethique et société**, Armande Colin, Paris, 1997.
- Noel Gilly François, **Éthique et génétique, la Bioéthique en question**, Ellipses Edition, Paris, 2001.
- Ossoukine Abdelhafid, **l'éthique biomédicale**, édition dar el Gharb, Oran, 2000

ثانيا :المراجع

باللغة العربية:

- أباظة إبراهيم وآخرون، **مبادئ الصحة والسلامة العامة**، (الأردن : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، 2019)
- أبو الحجاج يوسف، **أفلاطون مؤسس الفلسفة الغربية**، (القاهرة:الدار الذهبية للنشر والتوزيع ، 2018)
- أحمد إبراهيم،**إشكالية الوجود والتقنية عند مارتن هيدجر**،(ط1،الجزائر: منشورات الاختلاف، 2006)
- أصبيعة ابن أبي، **عيون الأنباء في طبقات الأطباء**،(بيروت: دار مكتبة الحياة، 1995)

- آل شيخ مبارك قيس بن محمد ، **التداوي والمسؤولية الطبية في الشريعة الإسلامية**، (ط 3، دار الفارابي للمعارف: 2006)
- التكريتي راجي عباس، **السلوك المهني للأطباء**، (ط2، بيروت : دار الأندلس ، 1981)
- الجابري محمد عابد، **قضايا الفكر المعاصر**،(ط1، بيروت: مركز الدراسات الوحدة العربية، 1997)
- الجبير هاني عبد الله بن محمد، **الأخطاء الطبية في ميزان القضاء**،(ط1، الرياض : 2004)
- حسن النجيمي يحي ،**الإنجاب الصناعي بين التحليل والتحريم** ،(ط1، الرياض: دار العبيكان للنشر، 2011)
- داغي عارف علي عارف القره ، **مسائل شرعية في قضايا المرأة**، (ط 1، ماليزيا : دار الكتب العلمية ،2012)
- درعاوي داود، **تقرير حول جرائم الحرب والجرائم ضد الإنسانية**،(رام الله : الهيئة المستقلة الفلسطينية لحقوق المواطن،2001)
- دوركايم إميل،**التربية الأخلاقية**، تر: محمد بدوي،(ط1، القاهرة: المركز القومي للترجمة، 2015)
- ديورانت ويل، **قصة الفلسفة**، تر: فتح الله محمد المشعشع، (ط2، بيروت: مكتبة المعارف، 1972)
- السرطاوي محمود علي،**قضايا طبية معاصرة في ميزان الشريعة**،(ط1،الأردن:دار الفكر، 2007)
- السقاعيد محمد، **قضايا طبية معاصرة في ضوء الفقه الإسلامي**، (دط، مصر: 2013)
- سلامة رجاء وأخرون، **البيوطيقا** ، (ط1 ، دمشق : دار بترا للنشر والتوزيع ، 2010)
- سلامة عبد النبي زياد احمد، **أطفال الأنابيب بين العلم والشريعة**، (ط1، الأردن : الدار العربية للعلوم، 1996)
- طاليس أرسطو، **الأخلاق**، تر: اسحاق بن حنين، (ط 1، الكويت : وكالة المطبوعات، 1979)
- عطية أحمد عبد الحليم، **ما بعد الحداثة والاختلاف**، (إصدارات أوراق فلسفية: القاهرة ، 2005)
- فوكو ميشال، **تاريخ الجنون في العصر الكلاسيكي**، تر سعيد بنكراد، (ط1، المغرب: المركز الثقافي العرب، 2006)
- فوكو ميشال ، **يجب ان ندافع عن المجتمع**، تر، الزاوي بغورة، (دار الطليعة للطباعة والنشر: بيروت،2003)

- فوكو ميشال، **المراقبة والمعاقبة ،ولادة السجن**، تر: على مقلد،(بيروت: مركز الانتماء القومي، 1990)
- القبلاوي محمد، **المسؤولية الجنائية للطبيب**، (دط، الإسكندرية: دار الفكر الجامعي 2011)
- كانط ايمانويل، **تأسيس ميتافيزياء الأخلاق**، تر:عادل العوا، (ط1، بيروت: عويدات للنشر والطباعة، 2001)
- مجموعة مؤلفون، **البيوتيقا والمهمة الفلسفية**، (ط1 ، بيروت: منشورات ضفاف ، 2014)
- محمود احمد صبحي، زيدان محمود فهمي، **في فلسفة الطب**،(دار النهضة العربية: بيروت، 1993)
- المرسي زهرة محمد، **الإنجاب الصناعي،أحكامه القانونية وحدوده الشرعية**،(الكويت:جامعة الكويت، 1993)
- المعايطة منصور عمر، **المسؤولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية**، (ط1،الرياض: مركز الدراسات والبحوث،2004)
- المنياوي احمد، **جمهورية أفلاطون**، (ط1، مصر: دار الكتاب العربي ، 2010)
- النجار عامر، **في تاريخ الطب في الدولة الإسلامية** ،(ط3، القاهرة : دار المعارف، 1994)
- النشار مصطفى، **الأخلاق التطبيقية وتطوير الدرس العربي**،(ط1، مصر: دار روابط للنشر وتقنية المعلومات، 2018)

باللغة الفرنسية:

- Abettan Camille, **Petit guide d'éthique clinique**, espace éthique, 2015.
- Aristote, **HISTOIRE DES ANIMAUX, A L'USAGE DES JEUNES GENS,** Nouvelle Edition, Hambourg, 1799
- Bureau Gabrielle et al, **Valeurs et principes éthiques**, centre universitaire de Santé et de service, FADOQ-ROCA, 2017.
- -Edgar Morin, **Science avec conscience**, Editions du Seuil ,1990.
- Foucault Michel, **Histoire de la sexualité : La volonté de savoir**, édition Gallimard, 1976.
- Gabrielle Bureau et al, **Valeurs et principes éthiques**, Centre universitaire de Santé et de service, FADOQ-ROCA, 2017.
- Hottois Gilbert**, Qu'est-ce que la bioéthique** ? Librairie Philosophique, Paris, 2004
- Laurent Ayache, **Hippocrate**, 1er édition, presses universitaires, Paris, 1992.
- Lecourt Dominique, **Contre la peur**, 2ème éditions, Hachette ,2007
- Morin Edgar, **Science avec conscience**, Editions du Seuil ,1990.
- Noble Denis et al , **L'éthique du vivant** , Editions Unesco ,1998

- Ronbouts Jean Jacques et al**, Introduction à la déontologie médicale**, conseil National de l'ordre des médecins, 2017/2018.
- Rouchouse Maud et lemoine Elodie, **les principes de la réflexion éthique**, espace éthique Rhome-Alpes, 2013.
- Stoeklé Henri-Corto , **Médecine personnalisée et bioéthique**, L'Harmattan, Paris, 2017.

ثالثا: وثائق ومجلات

*بالعربية:

- اوسكين عبد الحفيظ ،« **قضايا طبية معاصرة من منظور اتيقي**» ، الوكالة الموضوعاتية لعلوم الصحة،(الجزائر:2018)
- بوشامب توم ،«**مبادئ أخلاق الطب الحيوي باعتبارها مبادئ عامة** » من مجلة دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق (قطر ، 2014)
- بوفتاس عمر« **موقع البيوتيقا في إطار المعرفة المعاصرة، القسم الثاني** »، من مجلة فكر ونقد، العدد 39، 2001
- بوفتاس عمر، « **الأخلاقيات التطبيقية ومسألة القيم** » ، الإسلام والسياق المعاصر، العدد 115 (المغرب : الرابطة المحمدية للعلماء، 2012)
- جديدي محمد، «**البيواتيقا ورهانات الفلسفة القادمة، مؤمنون بلا حدود** » ، قسم الفلسفة والعلوم الإنسانية، (الجزائر: 2016)
- الحفار سعيد محمد ,« **البيولوجيا ومصير الإنسان**» ، عالم المعرفة، العدد 38 ، (الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1978)
- رزنيك دفيد، « **أخلاقيات العلم**» ، تر: عبد النور عبد المنعم، عالم المعرفة، العدد316 (الكويت: مطابع السياسة، 2005)
- ريدلي مات ،« **الجينوم** » ، تر: مصطفى إبراهيم فهمي ، عالم المعرفة، (ط1، الكويت : مطابع السياسة، 2001)
- الزعبي طلال وآخرون، « **المبادئ الأخلاقية التي يستند إليها طلبة كلية الطب في الجامعة الأردنية في إصدار حكمهم على القضايا الأخلاقية، ومدى تأثرها بكل من الجنس والمستوى الدراسي ومستوى فهمهم لطبيعة العلم**» ، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، مجلد 22،(الأردن، 2008)

- شوقي أحمد ،« **الجينوم مشروع يقرأ تاريخ وراثة البشر** » ، مجلة العلوم والتكنولوجيا، العدد60، (الكويت: 1998)
- فواز صالح ، «مبدأ **احترام الكرامة الإنسانية في مجال الأخلاقيات الحيوية (دراسة قانونية)**»، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27،العدد الأول، (دمشق :2011).
- قنطار فايز،« **الأمومة:نمو العلاقة بين الطفل والأم**» ،العدد 166،عالم المعرفة،(الكويت:1992)
- كتانة محمد و عطاري سالي، « **مشروعية نقل وزراعة الأعضاء البشرية وحقوق الإنسان** » ، (جامعة برزيت ، كلية الدراسات العليا، 2008)
- الكرمي زهير،« **العلم ومشكلات الإنسان المعاصر**»، عالم المعرفة، العدد5، (الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1978)
- كيقلس دانييل و هود ليروي ،« **الشفرة الوراثية للإنسان** » ، تر: احمد مستجير، عالم المعرفة ، العدد 217 (الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1997)
- كيقلس دانييل، «**من تحت المعطف اليوجينيا: السياسة التاريخية للطاقم الوراثي البشري** » ، من كتاب **<u>الشفرة الوراثية للإنسان</u>**، تأليف دانييل كيقلس وليروي هود ، تر: احمد مستجير، سلسلة عالم المعرفة، العدد 21(الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب والفنون ، 1997)
- ماروك نصر الدين،« **التلقيح الصناعي في القانون المقارن والشريعة الإسلامية** » ، مجلة المجلس الإسلامي الأعلى ،العدد2، (الجزائر: 1999)
- موسى الخلف،« **العصر الجينومي**»،عالم المعرفة، العدد 294،(الكويت: مطابع السياسة، 2003)
- ناصف مصطفى،« **الوراثة والإنسان** » ، عالم المعرفة، العدد 100، (الكويت :المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1986)
- ناهدة البقصمي،« **الهندسة الوراثية والأخلاق** » ، عالم المعرفة، العدد، (الكويت:المجلس الوطني للثقافة والفنون، 1993).

***بالفرنسية**

- Démons Ophélie et Maclure Jocelyne **« MÉTAÉTHIQUE ET PHILOSOPHIE NORMATIVE : DEUX APPROCHES »** in revue les ateliers de l'éthique, numéro 1, Centre de recherche en éthique de l'université de Montréal, 2019, p101
- Édouard Boné, « **Trente ans de réflexion bioéthique. pluralisme et consensus** » In: Revue théologique de Louvain, 32e année, fasc. 4, 2001.

- HIRSCH Emmanuel, « **Ethique hospitalière et relation du soin** » ، in revue Laennec, tome 51, espace éthique, Paris, 2003
- Houdebine Louis –Marie, « **Le clonage et la transgénèse** » dans le **faut-il vraiment cloner l'homme ?** FORUM DIDEROT, Presse universitaire de France, 1 Édition, Marie Louis- 1999

http://descobayesetdeshommes.fr/Docs/NurembergTrad,p6

- **Hubert Doucet, « Religion et Bioéthique, Réflexions sur l'histoire de leur relation Religiologique »**, RELIGIOLOGIQUES, 13, Questions d'éthique en sciences des religions 1996.
- Morhedec Erwan, « **Mes 14 bonnes raisons de dire non à l'euthanasie »**, in société ,2/11/2010, le lien ; **http://www.koztoujours.fr.**
- penneau M, « **point de vue du médecin légiste»,** in revue Société et francophone D'éthique médicale (Sffem), N 4, Paris, octobre 2003
- Perrot Philipe ، « **De la morale à l'éthique »,** essai sur Marcel conche, Revue de l'association des professeurs de philosophie de l'enseignement public, Mars Avril, 2007.
- Thouvenin Dominique **« Les lois françaises de bioéthique, Leur construction, leurs évolutions »,** in revue médecine/ sciences, Paris, 2019 / https://doi.org/10.1051/medsci/2018318

Document et colloque : رابعا

- Dicko Brahima, « **La Responsabilité Médicale »**, Ordre des Médecins du Mali, Code de Déontologie médicale, Annexe a la loi N°86-35/AN-RM, p4
- Matignon Aude et Roye Soline, « **La bioéthique, foire aux fantasmes ? »,** Mango document, Regard sur demain, Belgique, 2001.
- Terrenoire Gwen, « **Éducation à la bioéthique »**, Comité de Liaison ONG-UNESCO 2007
- Vespieren Patrick, « **La fin de vie en France ; droit des malades et accompagnement** »,2006
- Amphi HA1, « **La Bioéthique: qu'en disent les religions ? Éthique des soins et religions »,** Aix Marseille Université Amphi HA1 – Hôpital de la Timone Adultes, Mercredi 21 Février 2018.
- Bessaha M. « **La place de l'éthique et la déontologie médicale dans l'exercice médicale en Algérie »(** Alger : colloque international sur les politiques de santé، 2014)

- Boulanger J .C et al, « **L'EUTHANASIE ; Réflexions éthiques** », Actes des 3 journées pédagogiques d'éthique médicale d'Amiens, Paris, 2002.
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, « **Ethique et recherche biomédicale** », la documentation française, Paris, 2001
- DABOUIS Gérard **« Introduction aux principes de bioéthique qui est légitime pour décider ? »** Université médicale virtuelle francophone, support de cours, 2009. http://campus.cerimes.fr/chirurgie-générale/enseignement/éthique/site/html/3.html
- Dicko Brahima**, « La Responsabilité Médicale »**, Ordre des Médecins du Mali, Code de Déontologie médicale, Annexe a la loi N°86-35/AN-RM, p4.
- DIDEROT FORUM, « **Faut-il vraiment cloner l'homme ? »,** Presse Universitaire de France, Paris, 1999
- Fouassier Eric, « **Morale, éthique et déontologie pour une approche nuancée »** (Paris-Sud : Académie Nationale de Pharmacie، Univ ، 2017
- Gateau Valérie, « **Introduction à la Bioéthique, organes, historique philosophique »** collection de demain, Paris, 2016
- JoThiel Marie, « **Donner, Recevoir un organe »,** Presses universitaires, Strasbourg, 2009**.**
- P Amiel**, « "Code de Nuremberg" : traductions et adaptations en français »**, in Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice, Paris, Belles Lettres, 2011, appendice électronique.

بالعربية

- اوسكين عبد الحفيظ،« **قضايا طبية معاصرة من منظور اتيقي** »، الوكالة الموضوعاتية لعلوم الصحة، (الجزائر: 2018)
- العبادي عبد السلام ،« **زراعة الأعضاء على الجسم** » ، مؤتمر مجمع البحوث الإسلامية رقم 13،(الأزهر الشريف: 2009)
- نجيب وائل صلاح، « **دليل ميثاق أخلاقيات البحث العلمي وحقوق الملكية الفردية**» ،(كلية العلوم النوعية ، جامعة المنيا)

خامسا: الموسوعات

بالعربية:

- البار محمد علي وباشا حسان شمسي، **موسوعة أخلاقيات مهنة الطب** ،ج1،(ط1، جدة : جامعة الملك عبد العزيز،2012)

- روزنتال م. يودين ب.،**الموسوعة الفلسفية**، تر سمير كرم،(ط1، دار الطليعة: بيروت ،1974)
- سولينيه فرانسواز بوشيه، **القاموس العملي للقانون الإنساني**، تر: محمد مسعود، (دار العلم للملايين، 2006)
- لالند أندري، **موسوعة لالند الفلسفية**، تر:خليل أحمد خليل، (ط2، بيروت: منشورات عويدات، 2001)

بالفرنسية:

- Hottois Gilbert et Noel Missa Jean, **Nouvelle encyclopédie de bioéthique**, De Boeck Université, 1993
- Julia Didier, **Dictionnaire de la philosophie**, librairie Larousse, Paris, 1984
- Larousse**, Larousse médical**, encyclopédie multimédia, la référence en Médecine, 2006 Movizdb-com.
- Sperber Monique Conto, **Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale**, 1ère édition, presse Universitaire, Paris, 1996.

– **الموسوعة الإلكترونية الحرة**:

L'encyclopédie libre, **«critique de l'anthropocentrisme par la bioéthique - utilitariste»**, http// : fr Wikipedia.org/wiki/Bio/C3/A9 éthique.

– الموسوعة العربية Mimir https://mimirbook.Com/ar/1ec731e4cc7

سادسا: الويب Web:

- http://leportique.revues.org/index627.html
- http://www.djazairess.com/elhiwar/20040-2009
- -https://www.echoroukonline.com2013/11/10
- https://www.mc-doualiya.com/chronicles/sante-mcd/20101118-medecine-mediator.
- https://www.religiologiques.uqam.ca/no13/13a07d.html#1
- https://www-alaraby-couk.cdn.ampproject.org/c/s/www.alaraby.co.uk/amp/society/2015/3/9
- Minet Pascaline , « **Irène Frachon, dénonciatrice du Médiator**: **«La conscience des conflits d'intérêts fait défaut chez les médecins»**. Site : https://www.letemps.ch/sciences/2018
- وكالة روتيرز،« **البرلمان الفرنسي يناقش السبات حتى الوفاة »** ، 9 مارس 2015.
- اليونسكو،« **الإعلان الدولي حول البيانات الجينية البشرية** » ، WWW.UNESCO.ORG

سابعا: وسائل الإعلام

- –**فلسفة القتل_الرحيم كفوركاين** "جريدة المدى ،2012، العدد 2482https://almadapaper.net/view.php?cat=69569
- أبوظبي سكاي نيوز عربية،« **البرلمان الفرنسي يناقش قانون السبات العميق** »، مارس2015/على 17:29https://www.skynewsarabia.com/technology/729418
- les informations données par la chaine de TV Française, le 10-07-2019 à 11h45