

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي.

قسم علم الاجتماع
التخصص
علم الاجتماع الديني

جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الإنسانية
- بوزريعة -

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع الديني بعنوان

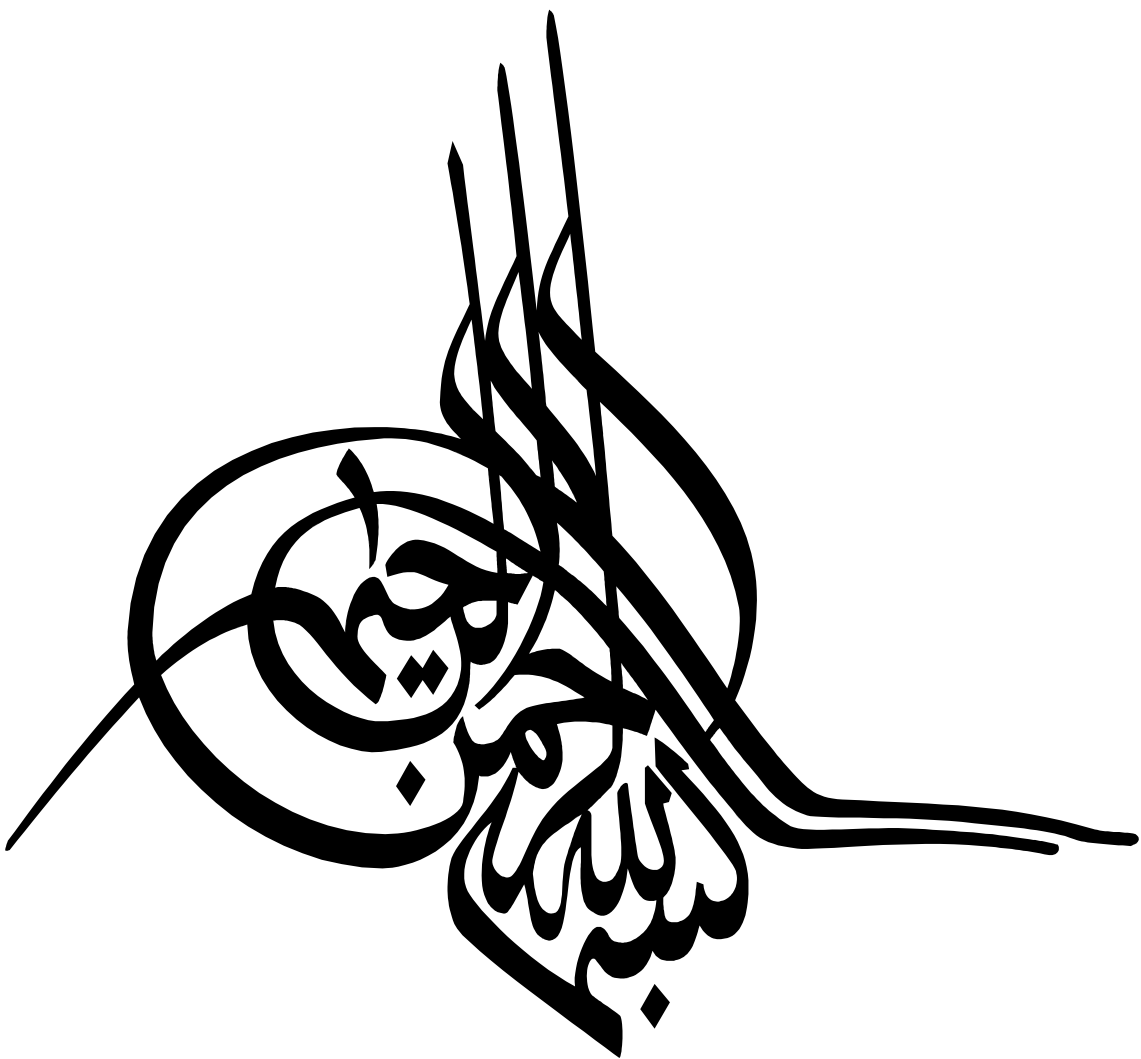
**أخلاقيات مهنة الطب لدى الطبيب الجزائري في ضوء
الشريعة الإسلامية
(دراسة ميدانية لمجموعة من الأطباء بمستشفيات القطاع العام و العيادات الخاصة)**

تحت إشراف الدكتور:

جاء الله الطيب

من إعداد الطالبة:

خديجة بلعسل



حكمة

يا رب لا تدعني أصاب بالغرور إذا نجحت ، ولا باليأس إذا فشلت ، وذكّرني
دائماً أن الفشل هو التجارب التي تسبق النجاح ... يا رب إذا أعطيتني
نجاحاً لا تفقدني تواضعي ، وإذا أعطيتني تواضعاً لا تفقدني اعتزازي
بكرامتي، واجعلني من الذين إذا أعطوا شكروا ، وإذا أُوذوا فيك صبروا ، وإذا
أُذنبوا استغفروا ، وإذا انقلبتم بهم الأيام اعتبروا .

آمين يا رب العالمين .

الإهداء

إلى التي طالما انتظرت هذا العمل وكانت تتوق لحضور هذا اليوم
وسبقني في ذلك إليها الموت ، إلى التي كانت عوني وسندي
وأحبت لي النجاح. ابنتي وحبيبتني وأختي (هجيرة) تغمد الله
روحها بجنة النعيم .

وإلى اللذان اتسع قلوبهما يوم ضاقت القلوب، ورافقا دربي في
محنتي وشقائي، إلى من رسما بنور عينيهم اشروق شمسي وعبدا
بدعوتهما دربي إلى قرّة عيني أُمّي (رحمة) أطال الله عمرها،
وأبي (الحاج عمر) رحمه الله تعالى.

الشكر والتقدير

أحمدك ربي وأثني عليك الثناء كله ، سبحانك لا أحصي ثناء عليك أنت كما أثنيت على نفسك ، والشكر لك ربي على توفيقك وامتنانك، وعلى نعمك التي لا تحصى وإحسانك .

أستاذي الفاضل : جاب الله الطيب تقبل مني جزيل الشكر على حسن احتضانك لي، وتقبل مني فائق التقدير على ما أكرمتني به من نصح وتوجيه ومساعدة ، وتقبل مني أسمى معاني العرفان لك بجميل تفهمك لي وإن كانت الكلمات عاجزة عن تقدير ما بذلته من تقويم وضبط لهذه الرسالة . فأسأل الله الكريم أن يجازيك عني خير الجزاء .

وفي هذا المقام علي أن لا أنسى تقديم شكري وعرفاني وتقديري لجميع أساتذتي وعلى رأسهم الأستاذ الدكتور بوسعادة جعله الله ذخرا لنا ونورا في جنات النعيم .

كما لا أنسى من كان لها الفضل في وجودي وتربيتي أُمي الكريمة والتي غمرتني بدعواتها الخالصة بالتوفيق والسداد ، وأختي الحبيبية سليمة وأسرتها التي كانت لي خير رفيق وأنيس ومعين

بعد الله تعالى فتغمد الله روح قرّة عينها وصال وأطال عمر بنتيها
وزوجها .

كما لا أنسى أبناء وبنات أخواتي ومنهم ياسين – عبدالرؤوف –
يوسف على وقوفهم معي في كل زمان ومكان سدد الله خطاهم
وأصلحهم ، وجميع من ساهم في هذه الرسالة وبالعون والدعاء
فجزا الله عنى الجميع خير الجزاء .

ملخص الدراسة :

الاسلام نظام حياة ..سلوك وترجمة واقعية لما هو راسخ في القلب والعقل من عقيدة، فالبعض يعتقد ان اخلاقيات الطب موضوع روتيني اجتراري والحقيقة هي مغالطة كبيرة، فالطبيب المسلم مأمور ان يتقي الله في كل مسلك سلوكه، والطبيب الذي رباه الاسلام لا يجب ان يكون في ممارسته لمهنته غير متفق مع حكمة استخلافه في الارض او يخالف مقتصد يحكم مهنته وهو حفظ النفس البشرية التي تمثل تحت مسؤوليته منفتحا على المعارف الغربية والتغيرات الحاصلة في العالم ينهل منها ويكيفها وفق عاداتنا وتقاليدها وقيمنا الاسلامية منسجما مع قوله وفعله ومطبقا لتعاليم وأخلاق الاسلام.

لقد تم من خلال هاته الدراسة القاء الضوء على الفعل الاخلاقي لدى الاطباء الجزائريين واستقراء رؤاهم وقناعاتهم حول بعض القضايا المرتبطة بالحقل الاخلاقي الجزائري لمهنتهم،مركزين على جانبين اساسيين:

الجانب الاول:والمتعلق بالأخلاق العالمية وما تحويه من اداب وقيم وضوابط.

الجانب الثاني: المتصل بالأخلاق الشرعية في الاسلام ومن خلاله حاولنا معرفة تصورات الاطباء الباحثين لبعض الاخلاقيات المتوارثة والتي لا تتماشى مع الشريعة.

وقد ارتأينا لبلورة هذا نسج رؤية شمولية تستمر المعطيات النظرية وتستفيد من الحقائق الميدانية،وتضمن الاخلاقيات الواسعة المكتسبة طيلة البحث كما حاولت الباحثة ان تكون القضايا المعالجة في هذه الدراسة متكاملة لتفادي التكرار والاطناب من جهة، والتطرق قدر الامكان الى طرح المسائل المهمة والمفيدة والحديثة من جهة اخرى الخولتحقيق اهداف هذه الدراسة سلطنا الضوء على اخلاقيات مهنة الطب لدى الطبيب الجزائري في ضوء الشريعة الاسلامية.

مرفقة بدراسة ميدانية لمجموعة من الاطباء بمستشفيات القطاع العام والعيادات الخاصة.

1 -الباب الاول: الجانب النظري للدراسة

الفصل الاول: الاشكالية والفرضيات مع ادراج التصورات والمذاهب الاخلاقية الغربية

الفصل الثاني: مهنة الطب وعلاقتها بعلم الاجتماع

الفصل الثالث: النظري لأخلاقيات المهنة الطبية

الفصل الرابع: المقاصد والمبادئ والضوابط الشرعية للطبيب المسلم

الفصل الخامس: اثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على اخلاقيات الطب

الفصل السادس: مهنة الطب في الجزائر وأخلاقيات الطبيب الجزائري

2 -الباب الثاني: مخصص للآطار التطبيقي للدراسة

الفصل السابع : الدراسة الاستطلاعية الدراسة الاساسية .

الفصل الثامن: عرض و تحليل ومناقشة النتائج وتفسيرها .

تحليل الجداول المتعلقة بتأثير المستجدات في التزام الطبيب الجزائري بأخلاقياته وتحديد نتائجها الجزئية.

انحينا هذا العمل بادراج نتائج الدراسة وذلك بتقديم صورة عن أخلاقيات الطبيب الجزائري والتناقضات

والمفارقات بين مانسمع وبين الممارسة الفعلية للمهنة. حيث وجدنا أن الطبيب الجزائري في يمارس المهنة بخلق

تبقى الأخطاء الطبية نتاج من نواتج الضغط الهائل على الأطباء و عدم استخدام أو التكوين الناتج على الوسائل

التكنولوجية الحديثة و التي تساعد على تفادي الأخطاء الطبية .

ملخص الدراسة بالانجليزية :

Islam is a way of life. Behavior and Realistic interpretation which is rooted in the heart and mind of the religion, some believe that medical ethics is a routine subject Which is in fact a big fallacy, Muslim doctor is instructed to fear God towards every path he is guided through.

The doctor who has been educated by Islam must not be in the exercise of his profession, in disagree with the wisdom of his existence on Earth or against frugal government. In this context, his role is keeping the human psyche which represents under its responsibility opened to Western knowledge and changes in the world in accordance with the Customs, traditions and Islamic values in harmony with sayings and actions applied to the teachings and morals of Islam.

Through this study, we highlighted the moral action among Algerian doctors and extrapolated their visions and their convictions about some issues associated with the ethical field of Algerian practitioners, focusing on two basic aspects:

First aspect: on global ethics that contain values, ethics and norms.

Second aspect: related to ethics of Islam and through which we tried to find out some researchers physicians' perceptions and ethics that are not in line with Sharia law. Moreover, we opted for crystallization of that weave, the comprehensiveness derived from theoretic data and benefit of field realities. In addition to that, it gives a sense to the ethic values during an extensive research. However, the researcher tried to have the matter issues integrated in a manner in order to avoid repetition. In other parts, she managed to deal with other important, interesting and recent matters.

Aiming at attaining our study objectives, we focused on medical ethics concerning the Algerian doctor within the Sharia Law.

TO PROVE WHAT HAS BEEN CITED ABOVE AND LINKING WORDS WITH ACTIONS, a field study was needed to discuss the following parts and chapters :

1-PART I : Theoretical Dimensions of the subject

Chapter one : Problems and hypotheses with the inclusion of western perceptions and ethical doctrines

Chapter two : Medical profession and its relation to sociology.

Chapter three : Theoretical commitment to medical ethics.

Chapter four : Purposes principles and legal norms of the Algerian doctor.

Chapter five : Impact of modernity and modernity and the medical updates on doctor's deontology.

Chapter six : The profession of Medicine and the Algerian doctor's deontology.

2-PART II : Concerned with the field study framework

Chapter one : Methodic Approach of the study.

Chapter two : Formative process of the Algerian doctor.

Chapter three : Educational system impact in regulating the Algerian doctor's responsibility.

Chapter four : Charts analysis dealing with the impact of developments linked to the Algerian doctor's commitment to ethics and determining its partial results.

We ended this work by including the results of the study and providing an image of the Algerian doctor's ethics and contradictions during the practice of his duties.

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الشكل
369	يوضح تطور مؤشرات التغطية الطبية في الجزائر	01
381	يوضح عبارات استمارة الاستبان ومضمون محورها	01
384	يوضح قيم الاتساق الداخلي ارتباط كل عبارة مع المحور التابع لها ، وكذا ارتباط العبارة مع الاستمارة ككل ، وكذا ارتباط المحور مع استمارة الاستبيان ككل لعينة الدراسة الاستطلاعية (ن = 175)	02
386	جدول رقم (03) :يوضح قيم الاتساق الداخلي لمحاور استمارة الاستبيان و المحاور مع الاستمارة ككل لعينة الدراسة الاستطلاعية (ن = 175)	03
388	جدول رقم (04) :يوضح النسب المئوية لمحكمي استمارة الاستبيان لعينة الدراسة الاستطلاعية (ن = 175)	04
389	جدول رقم (05) :قيم الثبات الكلي لاستمارة الاستبيان المحسوبة بطريقة " الفاكرونباخ " والتجزئة النصفية لعينة الدراسة الاستطلاعية (ن = 175)	05
390	يوضح تشكيل عينة الدراسة	06
394	نتائج المعالجة الإحصائية للفرضية العامة.	07
395	يمثل نسبة الفرضية من محورها و نسبة الفرضية من الفرضية العامة .	08
397	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (01) من المحور الأول	09
398	يوضح أسباب المشاكل التي اعترضت الاطباء في تكوينهم	10
399	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (02) من المحور الأول	11
399	يوضح المواد التي درسها الأطباء تحوي أخلاقيات المهنة و السنة التي درست فيها	12
400	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (03) من المحور الأول	13
401	يوضح مصادر توعية الطبيب	14
402	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (04) من المحور الأول	15
402	يوضح مدى مساهمة التكوين العلمي للأطباء في معالجة جميع الحالات	16

	المعرضة	
403	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (05) من المحور الأول	17
404	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (06) من المحور الأول	18
404	يوضح عدد المرات التي يتلقى فيها الأطباء للدروس التطبيقية	19
405	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (07) من المحور الأول	20
406	يوضح آليات استدراك الاطباء للدروس الخصوصية	21
406	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (01) من المحور الأول	22
407	يوضح اجابات العينة حول تأثير غياب مقياس على تكوين الطبيب فيما بعد	23
408	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (09) من المحور الأول	24
409	يوضح كيفية معالجة الاطباء لغياب مقياس من برنامجهم التكويني	25
410	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (10) من المحور الأول	26
410	يوضح كيفية معالجة غياب مقياس من المقاييس	27
411	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (11) من المحور الأول	28
412	يوضح أسباب عدم رضى البعض على تكوين الأطباء في الجزائر	29
413	يبين ملخص تحليل عبارات المحور الأول	30
415	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (12) من المحور الثاني	31
415	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (13) من المحور الثاني	32
416	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (14) من المحور الثاني	33
417	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (15) من المحور الثاني	34
417	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (16) من المحور الثاني	35
418	يوضح نمط التسهيلات التي يقدمها الأطباء لمرضاهم	36
419	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (17) من المحور الثاني	37

419	يوضح أسباب الفحص الكثير للمرضى يوميا	38
420	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (18) من المحور الثاني	39
421	يوضح أسباب عدم التعاون بين الأطباء	40
422	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (19) من المحور الثاني	41
422	يوضح طبيعة هذه العلاقة بين الأطباء	42
423	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (20) من المحور الثاني	43
424	يوضح أسباب المشاكل بين الأطباء	44
425	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (21) من المحور الثاني	45
425	يوضح أسباب مشاكل الأطباء مع المرضى	46
426	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (22) من المحور الثاني	47
427	يوضح أسباب كثرت الأخطاء المهنية في الممارسات الطبية	48
428	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (23) من المحور الثاني	49
429	يوضح نوع الأخطاء في الممارسات الطبية الناتجة عن عدم تحلي الطبيب بأخلاق المهنة	50
430	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (24) من المحور الثاني	51
430	يوضح كيفية علاج علاجها الأخطاء المهنية	52
432	يبين ملخص تحليل عبارات الفرضية الثانية .	53
434	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (25) من المحور الثاني	54
434	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (26) من المحور الثالث	55
435	يوضح نوع الضوابط التي تحكم القسم الطبي	56
436	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (27) من المحور الثالث	57
436	يوضح بعض النماذج الدالة على وضوح المنظومة القانونية الجزائرية	58
437	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (28) من المحور الثالث	59

438	يوضح النواحي التي يسعى مجلس أخلاقيات المهنة لإيجاد طرق ووسائل حديثة تساهم في تطوير مهنة الطب بالجزائر؟	60
439	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (29) من المحور الثالث	61
440	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (30) من المحور الثالث	62
441	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (31) من المحور الثالث	63
441	يوضح مدى حفظ التشريعات القانونية لحقوق المريض و الطبيب	64
442	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (32) من المحور الثالث	65
443	يوضح مدى حفظ التشريعات القانونية لحقوق المريض و الطبيب	66
444	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (33) من المحور الثالث	67
444	يوضح نوع العقاب في حالة الخطأ المثبت	68
445	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (34) من المحور الثالث	69
446	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (35) من المحور الثالث	70
447	يوضح طبيعة العقاب للطبيب الذي لا يقوم بالمناوبة الليلية	71
448	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (36) من المحور الثالث	72
448	يوضح الاصلاحات المقترحة في حالة عدم رضى الطبيب عن المنظومة القانونية والأخلاقية للقطاع الصحي بنوعيه الخاص و العام	73
450	بين ملخص تحليل عبارات المحور الثالث تؤثر المنظومة القانونية في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري.	74
452	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (37) من المحور الرابع	75
452	يوضح المستجدات الطبية التي لم يخضعها المشرع الجزائري لرأي القانون و الفقه	76
453	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (38) من المحور الرابع	77
454	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (39) من المحور الرابع	78
455	يوضح الممارسات المسموح بها في المنظومة القانونية و الأخلاقية الطبية	79

	الجزائرية	
455	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (40) من المحور الرابع	80
456	يوضح أسباب عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة	81
457	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (40) من المحور الرابع	82
457	يوضح أسباب عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة	83
458	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (41) من المحور الرابع	84
459	يوضح سبب مشاركة بعض الأطباء في جريمة الإجهاض	85
460	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (42) من المحور الرابع	86
460	يوضح سبب عدم إخضاع الطبيب لبعض الحالات المعروضة عليه لرأي الفقه (الشرع) .	87
461	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (43) من المحور الرابع	88
462	يوضح سبب وجود نقص في الثقافة الشرعية الطبية لدى الأطباء) .	89
463	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (44) من المحور الرابع	90
464	يوضح جوانب توصيات للأطباء للممارسين مهنة الطب وحديثي التخرج .	91
465	يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (45) من المحور الرابع	92
465	يوضح الإصلاحات التي اقترحها الأطباء على المنظومة الطبية الجزائرية .	93
467	بين ملخص تحليل عبارات المحور الرابع تؤثر المنظومة القانونية في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري.	94

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الأشكال	رقم الصفحة
01	يوضح العلاقة بين الشخصية والأخلاقيات والمجتمع.	143
02	نسبة الفرضيات الجزئية من الفرضية محورها .	395
03	نسبة الفرضيات الجزئية من الفرضية العامة .	396
04	يوضح أسباب المشاكل التي اعترضت الاطباء في تكوينهم	398
05	يوضح المواد التي درسها الأطباء تحوي أخلاقيات المهنة والسنة التي درست فيها	400
06	يوضح مصادر توعية الطبيب	401
07	يوضح مدى مساهمة التكوين العلمي للأطباء في معالجة جميع الحالات المعروضة	403
08	يوضح عدد المرات التي يتلقى فيها الأطباء للدروس التطبيقية	405
09	يوضح آليات استدراك الاطباء للدروس الخصوصية	406
10	يوضح اجابات العينة حول تأثير غياب مقياس على تكوين الطبيب فيما بعد	407
11	يوضح كيفية معالجة الاطباء لغياب مقياس من برنامجهم التكويني	409
12	يوضح كيفية معالجة غياب مقياس من المقاييس	411
13	يوضح أسباب عدم رضى البعض على تكوين الأطباء في الجزائر	412
14	يوضح قيم كاي مربع المحسوبة و الجدولة لعبارات الفرضية الأولى	414
15	يوضح نمط التسهيلات التي يقدمها الأطباء لمرضاهم	418

420	يوضح أسباب الفحص الكثير للمرضى يوميا	16
421	يوضح أسباب عدم التعاون بين الأطباء	17
423	يوضح طبيعة هذه العلاقة بين الأطباء	18
424	يوضح أسباب المشاكل بين الأطباء	19
426	يوضح أسباب مشاكل الأطباء مع المرضى	20
428	يوضح أسباب كثرت الأخطاء المهنية في الممارسات الطبية	21
429	يوضح نوع الأخطاء في الممارسات الطبية الناتجة عن عدم تحلي الطبيب بأخلاق المهنة	22
431	يوضح كيفية علاج علاجها الأخطاء المهنية	23
433	يوضح قيم كاي الجدولة و المحسوبة مربع لعبارات الفرضية الثانية	24
435	يوضح نوع الضوابط التي تحكم القسم الطبي	25
437	يوضح بعض النماذج الدالة على وضوح المنظومة القانونية الجزائرية	26
439	يوضح النواحي التي يسعى مجلس أخلاقيات المهنة لإيجاد طرق ووسائل حديثة تساهم في تطوير مهنة الطب بالجزائر	27
442	يوضح مدى حفظ التشريعات القانونية لحقوق المريض و الطبيب	28
443	يوضح مدى حفظ التشريعات القانونية لحقوق المريض و الطبيب	29
445	يوضح نوع العقاب في حالة الخطأ المثبت	30
447	يوضح طبيعة العقاب للطبيب الذي لا يقوم بالمناوبة الليلية	30
449	يوضح الاصلاحات المقترحة في حالة عدم راضى الطبيب عن المنظومة القانونية والأخلاقية للقطاع الصحي بنوعيه الخاص و العام	31
451	يوضح قيم كاي مربع المحسوبة و الجدولة لعبارات الفرضية الثالثة	32
453	يوضح المستجدات الطبية التي لم يخضعها المشرع الجزائري لرأي القانون و	33

	الفقه	
455	يوضح الممارسات المسموح بها في المنظومة القانونية و الأخلاقية الطبية الجزائرية	34
456	يوضح يوضح أسباب عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة	35
458	يوضح يوضح أسباب عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة	36
459	يوضح يوضح سبب مشاركة بعض الأطباء في جريمة الإجهاض	37
461	يوضح سبب عدم إخضاع الطبيب لبعض الحالات المعروضة عليه لرأي الفقه (الشرع)	38
463	يوضح سبب و جود نقص في الثقافة الشرعية الطبية لدى الأطباء	39
464	يوضح جوانب توصيات للأطباء للممارسين مهنة الطب وحديثي التخرج	40
466	يوضح الإصلاحات التي اقترحها الأطباء على المنظومة الطبية الجزائرية	41
468	يوضح قيم كاي مربع المحسوبة و المحدولة لعبارات الفرضية الرابعة	42

فهرس المحتويات

رقم
الصفحة

المحتويات

.....	ملخص البحث بالعربية	.....
.....	ملخص البحث بالإنجليزية	.....
.....	فهرس الجداول	.....
.....	فهرس الأشكال	.....
.....	فهرس المحتويات	.....
أ	مقدمة	.....

• الباب الأول : الجانب النظري .

.....	الفصل الأول : مدخل الدراسة	.....
07	أولا : الإطار الإشكالي	.....
07	أ. الإشكالية	.....
11	ب. الفرضيات	.....
12	ثانيا : أسباب اختيار الموضوع وأهميته وأهدافه	.....
12	أ. أسباب اختيار الدراسة .	.....
13	ب. أهمي الدراسة .	.....
14	ت. أهداف الدراسة .	.....
21	ثالثا : الإطار المفاهيمي	.....

21	 أ. التعريف الإجرائي للمفاهيم
31	 رابعا : الدراسات السابقة
31	 أ. الدراسات الأجنبية
42	 ب. الدراسات العربية
44	 ت. الدراسات الجزائرية
49	 خامسا : صعوبات الدراسة
50	 خلاصة الفصل

● الفصل الثاني : مهنة الطب وعلاقته بعلم الاجتماع

52	 تمهيد
53	 أولا: تعريف مهنة الطب .
62	 ثانيا : تعريف الطبيب وما يتعلق بهذه المهنة الشريفة .
67	 ثالثا : دور الطبيب في المجتمعات الإنسانية .
80	 رابعا : دور العرب في تطوير الفنون الطبية والبحوث العلمية .
85	 خامسا : علم اجتماع الطب .
96	 سادسا : الجذور المعرفية والاتجاهات النظرية لعلم الاجتماع الطبي .
105	 خلاصة الفصل .

● الفصل الثالث : التأصيل النظري لأخلاقيات مهنة الطب

108	 تمهيد:
109	 أولا : أخلاقيات المهنة والمهنة الطبية .

129	■ ثانيا : أهم مراحل تطور أخلاقيات المهنة الطبية عبر التاريخ .
142	■ ثالثا : مهنة الطب بين التراث العالمي والشرعية الإسلامية .
179	■ رابعا : المفاهيم الأخلاقية في العصر الحديث .
192	■ خامسا : أخلاقيات وآداب تتعلق بالطب وطب النساء .
206	■ خلاصة الفصل .
	● الفصل الرابع : المقاصد والمبادئ والضوابط الشرعية للطبيب المسلم
208	■ تمهيد:
208	■ أولا : المقاصد الشرعية للطبيب المسلم .
224	■ ثانيا : القواعد والضوابط الشرعية للطبيب المسلم .
230	■ ثالثا : موافقة الأخلاقيات الطبية للمقاصد والقواعد والضوابط الشرعية .
232	■ رابعا : المبادئ التي تقوم عليها أخلاقيات الطب .
237	■ خامسا : قواعد مزاوله العمل الطبي وأخلاقياته وفق الشريعة .
244	■ خلاصة الفصل .
	● الفصل الخامس : أثر الحداثة و العصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب
246	■ تمهيد:
247	■ أولا : حرمة اعتداء الطبيب على النفس البشرية .
226	■ ثانيا : بعض الممارسات الطبية الخاصة بطب النساء .

300	▪ ثالثا : ممارسة إسقاط الحمل (الإجهاض) وموقف الأطباء والعلماء
313	▪ رابعا : العقوبة المستحقة للطبيب المشارك في هذا الجرم
318	▪ خلاصة الفصل
	• الفصل السادس : مهنة الطب في الجزائر وأخلاقيات الطبيب الجزائري
321	▪ تمهيد
322	▪ أولا : مهنة الطب في الجزائر
341	▪ ثانيا : أخلاقيات الطبيب الجزائري
354	▪ ثالثا : واقع المنظومة الصحية في الجزائر
356	▪ رابعا : التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
370	▪ خامسا : إصلاح النظام الصحي في الجزائر
378	▪ خلاصة الفصل
	• الباب الثاني : الجانب الميداني .
	• الفصل السابع : الدراسة الاستطلاعية والأساسية للبحث .
381	▪ أولا : الدراسة الاستطلاعية
389	▪ ثانيا : الدراسة الأساسية
	• الفصل الثامن : عرض وتحليل ومناقشة النتائج وتفسيرها .
394	▪ أولا : عرض وتحليل نتائج فرضيات البحث
470	▪ ثانيا : مناقشة النتائج وتفسيرها
	خاتمة

..... توصيات واقتراحات .

- المراجع
- الملاحق

مقدمة :

يعد موضوع أخلاقيات الطبيب من المواضيع المحورية في علم الاجتماع الطبي والديني أو علم الاجتماع على العموم ، و التي تشكل انشغالا جوهريا مركزيا بالنسبة للعديد من المقاربات في العلوم الاجتماعية ، حيث تؤدي دراسته إلى إدراك دلالات محورية ، تفسر جانبا مهما من الممارسات الأخلاقية السائدة في المجتمع .

يعتقد البعض أن موضوع أخلاقيات الطبيب ، موضوع روتيني والبحث فيه إجتراري ، ولكن هذه مغالطة كبيرة ، لأننا لازلنا نجهل الكثير عن الأطباء وعالمهم ، بسبب غياب تراكم معرفي ثري يقدم لنا تصورا شاملا وكاملا عن هذه الشريحة من المجتمع ، كما أن هناك معطى آخر لا يجب تجاهله ، وهو أن واقع الأطباء في القدام يختلف عن واقع الأطباء في العصر الحديث وحتى قناعاتهم تختلف كل الاختلاف عما كانت عليه القناعات في الماضي .

ناهيك عن واقع الأطباء الذين زاولوا دراساتهم في الدول الغربية ، إذ لا يجب أن نهمّل حتمية التغيير الاجتماعي ، وبخاصة في ظل التغييرات المعاصرة، و انهيار الخصوصيات المحلية ، وتزايد حجم الانفتاح على العالم ، وتغيير خريطته، وعلى الباحث في مثل هذه المواضيع إدراك حجم التغيير الذي أصاب القيم والعادات والتقاليد والأخلاقيات الموروثة وكذا انفتاح المجال أمام عادات وأخلاقيات ومعارف جديدة مكتسبة .

لقد حولنا من خلال هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على الفعل الأخلاقي لدى الأطباء الجزائريين وحاولنا استقراء رؤاهم وقناعاتهم حول بعض القضايا المرتبطة بالحقل الأخلاقي الجزائري لمهنتهم ، مركزين بذلك على جانبين أساسيين في الموضوع ، فأما الجانب الأول فيتعلق بالأخلاق العالمية وماحتويه من آداب وقيم وضوابط ، وأما الجانب الثاني فيتصل بالأخلاق الشرعية في الإسلام ومن خلاله حاولنا معرفة تصورات الأطباء المبحوثين لبعض الأخلاقيات المتوارثة والتي لا تتماشى مع الشريعة .

وقد ارتأينا لبلورة هذا الموضوع نسج رؤية شمولية تستثمر المعطيات النظرية وتستفيد من الحقائق الميدانية ، و تتمن الأخلاقيات الواسعة المكتسبة طيلة البحث، كما حاولت الباحثة أن تكون القضايا المعالجة في هذه الدراسة متكاملة لتفادي التكرار والإطناب من جهة ، والتطرف قدر الإمكان إلى طرح المسائل المهمة و المفيدة والحديثة من جهة أخرى الخ

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة التي عنوانت بـ(أخلاقيات مهنة الطب لدى الطبيب الجزائري في ضوء الشريعة الإسلامية

دراسة ميدانية لمجموعة من الأطباء بمستشفيات القطاع العام و العيادات الخاصة) أتبعنا خطة منظمة ، حيث تم تقسيم الأطروحة إلى بابين ، اشتمل الباب الأول : وقد خصص لتحديد الأبعاد النظرية للموضوع و قسم للفصول الآتية :

الفصل الأول: وخصصناه للإشكالية والفرضيات وأدرجنا فيه ١ كذلك التصورات والمذاهب الأخلاقية الغربية ، مركزين بذلك على أخلاقيات ومفهوم الأخلاق عند علماء اليونان وبعض النظريات التي تصب في هذا المنحى ومنها النظرية النفعية والنظرية الوضعية .

الفصل الثاني : وخصصناه لدراسة مهنة الطب وعلاقتها بعلم الاجتماع حيث قسمناه إلى أربعة مطالب فقد خصصنا المطلب الأول تعريف الطب وقسم إلى سبعة عناصر ، أما المطلب الثاني فقد خصص للمقاربة التاريخية لمهنة الطب وقسم هذا المطلب على ثلاثة عناصر ، وأما المطلب الثالث خصص إلى علم اجتماع الطب وقد قسم بدوره إلى خمسة عناصر، ثم المطلب الرابع والأخير فخصص للجذور المعرفية و الاتجاهات النظرية لعلماء لاجتماع الطبي وقسم بدوره إلى ثلاثة عناصر .
أما الفصل الثالث : وخصصناه للتأصيل النظري لأخلاقيات المهنة الطبية وهو على ثلاثة عناصر - أخلاقيات المهنة والمهنة الطبية - أهم مراحل تطور أخلاقيات المهنة الطبية عبر التاريخ - مهنة الطب بين التراث العالمي والشريعة الإسلامية وكل عنر ينقسم بدوره إلى مجموعة عناصر فرعية .

الفصل الرابع : فخصصناه للمقاصد والمبادئ والضوابط الشرعية للطبيب المسلم وكذلك قسم إلى ثلاثة عناصر - المقاصد الشرعية للطبيب المسلم - القواعد والضوابط الشرعية للطبيب المسلم - قواعد مزاوله العمل الطبي وأخلاقياته وفق الشريعة الإسلامية .

الفصل الخامس: وخصصناه لأثر الحداثة و العصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب وكذا لضبط تدخلات الطبيب وفق الشريعة الإسلامية وفيه حولنا معالجة بعض النماذج من الممارسات الطبية ومدى تعلقها بالأخلاقيات وما دور صقلها على الشريعة الإسلامية وذلك على سبيل مثال لا الحصر .

وينقسم هذا الفصل إلى ثلاثة عناصر - حرمة اعتداء الطبيب على النفس البشرية - بعض الممارسات الطبية والأخلاقيات الطبية - ممارسة اسقاط الحمل والإجهاض وموقف الأطباء والعلماء منها .

الفصل السادس : وخصصناه لمهنة الطب في الجزائر وأخلاقيات الطبيب الجزائري وفيه توضيح لواقع الممارسات الطبية بالجزائر مركزين على دراسة مقارنة في أخلاقيات مهنة الطب بمجتمعنا الجزائري على ثلاثة عناصر - مهنة الطب في الجزائر عبر التاريخ - الأبعاد الإخلاقية والمعرفية للأخلاقيات الطبية بالجزائر - واقع المنظومة الصحية في الجزائر مشكلاها والإصلاحات المطبقة عليها سعيا إلى تكوين طب جزائري منضبط يخدم مجتمعه .

أما الباب الثاني : فخصص للإطار التطبيقي للدراسة وقسم إلى فصولين على النحو التالي :

الفصل الأول : وبه تناولنا الاقتراب المنهجي للدراسة ويحتوي على - الدراسة الاستطلاعية - المنهج المستخدم بالدراسة - مجالات المعاينة والعينة - أدوات جمع البيانات .

الفصل الثاني : وخصص هذا الفصل لتحليل الجداول المتعلقة بدراسة تأثير المستجدات في إلتزام الطبيب الجزائري بأخلاقياته وتحديد نتائجها الجزئية ، وقد أتممنا هذا العمل بإدراج نتائج الدراسة قاصدين من ذلك تقديم صورة عامة عن الأخلاقيات لدى الأطباء الجزائريين ، مركزين بذلك على الأخلاقيات والتناقضات والمفارقات بين ماهو موجود بالفعل في ميدان الطب الجزائري و ما يشاع عنه في الشارع الجزائري .

ولعل أهم المراجع التي تم اعتمادها هي مسلم ابن الحجاج النيسابوري سنن مسلم ، جلال الدين السيوطي الجامع الصغير في أحاديث البشير النذير ، شرح الإمام النووي على صحيح مسلم ، صحيح البخاري ، صحيح مسلم ، سنن الترمذي ، أبو ريده ، موضوع الطب اليهودي فلسفته ومنهجه ، أعمال المؤتمر العالمي الأول في الطب ، ابن أبي أصيبعة أحمد ابن القاسم بن خليفة ، عيون الأنباء في طبقات الأطباء ، إبراهيم الصياد ، نظرة الإسلام للطب ، أحمد محمد كنعان: الموسوعة الطبية الفقهية ، أحمد محمود سعيد ، استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي والمسؤولية المترتبة عليها ، خالد حربي: الأخلاق بين الفكر الإسلامي والغربي، دراسة لنيل شهادة الدكتوراه شريفي الشلقافي ، مبادئ الإجراءات الجزائية في القانون الجزائري . وهي مراجع كانت بمثابة الخطوط العريضة التي استندنا عليها في بحثنا هذا ، فعند حاجتنا لحديث نبوي شريف تم الاعتماد على أهم المراجع التي تستقى منها الأحاديث الصحاح وذلك لرفع اللبس أو الشك و الرب من كل الأحاديث الواردة في بحثنا هذا ، أم المراجع الأخرى فكانت بمثابة ربط بين ماهو عالمي و ماهو محلي حتى نستطيع فيما بعد الحكم على الفارق بين الواقعين الداخلي الجزائري و بين ماهو معمول به على الصعيد العالمي .

ولقد واجهتنا في بحثنا هذا جملة من الصعوبة خاصة ما تعلق بعينة الدراسة و التي لها إلتزمات كثيرة حالة دون أخذ الوقت الكافي و اللازم لمعرفة الواقع عن كتب ، ضف إلى هذا ان التراث السيسولوجي لم يكن حفلا بهذا الموضوع الهام و الذي يمس شريحة كبيرة من الأفراد ، حيث وجدنا قلة سواء في المراجع أو في الدراسات خاصة على الصعيد المحلي هذا ما جعل الموضوع أوسع من أن تحتويه دراستنا

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل الدراسة .

أولا : الإطار الإشكالي

أ - الإشكالية

ب - الفرضيات

ثانيا : أسباب اختيار الموضوع وأهميته وأهدافه

أ - أسباب اختيار الدراسة .

ب - أهمية الدراسة .

ت - أهداف الدراسة .

ثالثا : الإطار المفاهيمي

أ - التعريف الإجرائي للمفاهيم

رابعا : الدراسات السابقة

أ - الدراسات الأجنبية

ب - الدراسات العربية

ت - الدراسات الجزائرية

خامسا : صعوبات الدراسة

خاتمة الفصل

أولاً : الإطار الإشكالي:

أ - الإشكالية:

تتميز كل مهنة بأخلاقيات ومن الضروري الالتزام بها من قبل الممارسين، ولا يكتمل الأداء المهني إلا بها ومن هذه المهن، الطب والطبابة، التي تعد في مقدمة المهن التي لها أخلاقيات صارمة منذ الأزل حيث كان التطبيب يقوم على أساس الربط بين المريض والمتغيرات التي تطرأ على الطبيعة وحركة الأجرام السماوية.

وعن طريق هذا الربط بين المرض والعوامل البيئية والطبيعية ومتغيراتها المختلفة قامت تقاليد ممارسة مهنة الطب لدى العرب أيضاً على مزيج مما توارثه العرب من تقاليدهم العربية الأصيلة ومما نقلوه عن الأمم السابقة.

وقد اشترط " أبقرط ¹ " مبدأ الطهارة والفضيلة في ممارسة مهنة الطب، وهو المبدأ الذي سار عليه الأطباء بعد ذلك، وعرفوا القواعد الأخلاقية الخاصة بمهنتهم وبنوها في ثقافتهم.

إن مبادئ وأخلاقيات الطب والعلاج ظلت وعلى مدى طويل ثابتة ونهائية وغير قابلة للجدل أو الاجتهاد، أما وسائل العلاج وطرق المداواة فإنها قابلة للتغيير وعليها أن تعتمد على أسس نظرية جديدة وأن تطور من آلياتها بما يخدم الهدف، أي تحقيق الشفاء من المرض.

إن الأخلاق تعد جزء من ظواهر وأنساق المجتمع، ولها وظائفها وضرورتها الاجتماعية في البناء الاجتماعي كما أنها جزء من مكونات ترابط هذا البناء.

كما تعد جزء من نسق القيم الاجتماعية في مختلف المجتمعات ومراحل تطورها وارتبطت بمختلف الديانات السماوية أو اللاسماوية إذ مثلت سياق لعملية الترابط الاجتماعي، بل إن الشعوب البدائية اعتبرت الأخلاق مكوناً دينياً محض وجزءاً من العبادة الإلهية، والتمسك بالقيم الأخلاقية

1 - ينتمي أبقرط إلى الطبقة الثرية للمجتمع الريفي بذلك العصر، أقام في مصر و *Sythie* (جنوب روسيا الحالية - وطاق بعدة مقاطعات إغريقية، ويقال أنه رفض علاج ملك الفرس عدو الإغريق رغم المكافأة المغرية، أنجب عدداً من الأبناء اشتغل بعضهم بالطب وكون عدداً لا يحصى من التلاميذ الذين بعد أن أصبحوا مؤرخين إذا مجده حول البحر الأبيض المتوسط).

تمسك بالدين كنسق تعبدية جعل من الأخلاق درع الحماية للأسس التعبدية، ومخالفة القواعد الأخلاقية خروجاً عن الديانة وعصيان للمعبود وخروجاً عن الطاعة له.

كما مثلت الأخلاق جزءاً من اهتمامات علماء الاجتماع والفكر الإنساني عبر التاريخ قديماً وحديثاً¹، فمن "ابقراط" إلى "سقراط" و"أفلاطون" و"أرسطو"، حتى "دروكايم" و"شونبهوز" وغيرهم، ومن المصريون إلى اليونانيون والأشوريون والبابليون إلى الدول الإسلامية المختلفة.² إن الرغبة في الشفاء مدفوعة بوجود ألم، أو عيب ما في المظاهر أو في وظيفة من وظائف الجسم يختلف تقديرها باختلاف المراحل التاريخية والثقافات والمجتمعات والديانات. فمن ذ الأزل وجد الألم مصاحباً للإنسان إما لتفاعله مع الطبيعة، أو نقصاً في الخلق والمكونات البيولوجية، أو لخلل في وظائف أعضاء الجسم ومكوناته، يمثل خطراً يهدد استمراره ووجوده. فإن الأخطاء الموجودة ضد الإنسان كالكوارث والحيوانات والأمراض مثلت موقفاً شديداً الحساسية له، ولذلك كان عليه التعامل مع هذه الأخطار وفق مبدأ الدفاع والبحث عن وسائل معينة له من خلال مصدر الشر ذاته، فكان ذلك إما بالاجتهاد بالطبيعة نفسها أو من خلال التعامل مع ما جاءت به الطبيعة نفسها من أعشاب ووسائل للعلاج.

ولا نستطيع الجزم في تحديد المصادر الأولى لمعرفة الإنسان بالعلاج، وإن كنا نستطيع تحديد الشعور بالألم الذي مثل الدافع الرئيسي للفرد نحو إصلاح هذا الاعتلال وهو الذي يقود الإنسان إلى التجربة والخطأ في البحث عن الشفاء.

فالعمل الطبي يصنع شخصاً ما باعتباره مريضاً أمام شخص آخر مشهود له بالقدرة والمعرفة العلاجية، وبهذا تسيطر فكرة الشفاء من المرض بضرورة وجود وسيط بين المريض وصاحب الشفاء، أو مانح الشفاء.

1 - الدكتور عبد اللطيف البدرى: أخلاقيات الطب عند العرب وغيرهم قبل التاريخ بغداد، دار الحرية للطباعة، ص 05.

2 - الدكتور مصطفى السباعي: من روائع حضارتنا، ؟، ص 138-139.

فصعوبة التعرف على المريض والعلاج، جعل هذه المهنة تحظى بأهمية خاصة عند جميع الفئات الاجتماعية ومن يمارسها منح مكانة راقية داخل المجتمع كونه يتمتع بقدرات لا ي شغل عليها الفرد العادي من المجتمع نفسه، مما جعلها محتكرة بين أفراد الطبقات العليا دون سواهم. فكان لا بد من وجود ضوابط تنظيمية للمهنة، بحيث تحفظ حقوق الناس وتعيق من الاستخدام المسيء للمهنة من قبل الأطباء¹ وصار ما يعرف بالقسم الطبي الذي أراد به "أبقراط" توسيع دائرة ممارسة الطب والعلاج بالخروج عن قاعدة الاحتكار. أما في عهد الدول الإسلامية أسند أمر الرقابة للمحتسب فكان من مهامه أخذ العهد على الطبيب أن يمارس المهنة بما يتوافق مع الشريعة الإسلامية.² قال تعالى: ﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾³ وقال رسول الله ﷺ « من تطب ولم يعلم من الطب قبل ذلك فهو ضامن».⁴

ولقد شهد الطب خلال العقود الأخيرة من تطور وتقدم في المجالات الطبية خلال الخمسين عاما الأخيرة ما يجاوز في أعميته ما تم خلال عشرين قرنا من عمر الطب⁵ ولا يزال الطب يأتي كل يوم بما هو جديد في كافة تخصصاته بحيث أصبح أهم ما يميز الطب الحديث هو الإيجابية والفعالية التي جعلت الطب يتجاوز حدود مهمته الأصلية التي هي الواقعية والعلاج من الأمراض، ليشمل أيضا تحقيق رغبات الإنسان في كثير من المجالات غير العلاجية كما هو الحال مثلا في زرع الأعضاء أو الجراحة التجميلية، أو استغلال الأجنة المجهضة... الخ ولكن الفعلية المتزايدة والتطور في الطب الحديث

1 - الدكتور محمود صالح العادي: كتاب الوسيط في المسؤولية الجنائية والمدنية للطبيب بيروت، دار الفكر الجامعي،

ص99-و- التقارير الطبية والمسؤولية الجنائية دار الفكر الجامعي، ص8 وما بعدها بتصرف.

2- المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي، الموضوع الثاني من مجلة الطب الإسلامي، الكويت، وزارة الصحة 1981، ص166.

3- سورة الشعراء، الآية رقم 80.

4- سنن أبي داود، المجلد الثاني رقم 4586، ص 350.

5- جان شارل سورينا: كتاب تاريخ الطب من فن المداواة إلى علم التشخيص تر: (إبراهيم البجلاني)، سلسلة كتب ثقافية الصادرة عن المجلس الوطني للثقافة والفنون - الكويت 1990، 2007، ص07.

نتج عنه آثار ضارة ومخاطر على جسم الإنسان حيث أن الأخير لا يزال في كثير من جوانبه مجهولا أمام الطب، والكثير من الممارسات الطبية الحديثة تتم في الغالب من خلال عقاير لا تخلو من آثار سلبية غير متوقعة قد تظهر بعد فترة من الزمن على الإنسان وأيضا زاد من مخاطر الطب الحديث استخدام الآلات والأدوات المعقدة في العلاج مما يسبب الكثير من المخاطر أيضا. ومحصلة هذا التطور الطبي ومال لازمة من مخاطر زاد في الأعمال الطبية الخاطئة أضرارا جسيمة يتحملها المريض وحده من الطبيب نفسه الذي كان من المفترض أن يكون مصدرا لحفظ صحة وسلامة هذا المريض.

ولذلك في مجال الأخلاقيات الطبية توجد مقومات محددة في مهنة الطب تجعل الطبيب في وضع حرج مقارنة مع غيره من المهنيين، لأنه يتعامل مع أثن شيء في الإنسان ألا وهو الحياة والصحة.

فالتبيب هو الشخص الذي لديه المهارة والخبرة في نظر المريض لتحقيق الشفاء ولكن الشفاء الذي قد يراه المريض في يد الطبيب فقد يكون مساويا أو معادلا لخسران حياته بأي خطأ يرتكبه الطبيب أثناء معالجة المريض، ومن الممكن أن يخسر حياته وسيكون من الصعب تعويضه. لذلك فرض علينا هذا الواقع في التقدم والتطور ضرورة الاهتمام بأثر الأخلاق على سلوكيات الأطباء، وإننا عندما نتناول موضوع (أخلاقيات المهنة الطبية في الشريعة الإسلامية)، فإننا لا نكشف على سر أو قانون اجتماعي جديد غاب عن أذهان الباحثين الاجتماعيين وإنما نحاول التركيز على العلاقة الأساسية بين عناصر هذه المهنة، والمتمثلة في (التبيب، المريض، الممارسات والأخلاقيات المطبقة في هذه المهنة، والوسائل المستخدمة التي تفرضها المستجدات الحديثة) لأن نجاعتها مرهونة بمدى تفاعل هذه العناصر تفاعلا إيجابيا قائما على حسن اختيار استخدام وسائل التداوي الفعالة واتباع طرائق الممارسة المبنية على أسس أخلاقية وآداب مناسبة مستمدة من مرجعية الطبيب.

إن تفعيل دور الطبيب عموما والطبيب الجزائري خصوصا في الممارسة الطبية مهم باعتباره محورها وأحد أقطابها فكان من الضروري التركيز على بنائه بناء شاملا متوازنا بتوفير خبرات معرفية،

وجدانية، اجتماعية، وتوظيفها لإنجاح ذلك، بأساليب وطرائق استمد أسسها من المرجعية الصحيحة والمستمدة بدورها من المصادر الثابتة فيواسطتها يمكننا تحقيق الكفاءات المرجوة والتي تتجلى في إحداث تغييرات مرغوبة في سلوك وممارسة الطبيب وإكسابه المعارف والمهارات، والاتجاهات والقيم والأخلاق التي يواجه بها مستجدات مهنته المتزايدة بأنسب الحلول التي تتماشى مع تنشئته وتربيته ومكتسباته.

ولتحسيس الإشكال المطروح وتحديد أبعاده نطرح التساؤلات التالية:

فيكون **التساؤل العام** على النحو التالي:

ما هي الأخلاقيات التي يلتزم بها الطبيب الجزائري في ممارسته لمهنة الطب؟

وبناء على ذلك تمت صياغة **التساؤلات الفرعية** التالية:

1. هل توجد علاقة بين البرامج التكوينية في المسار التكويني للطبيب الجزائري وأخلاقياته أثناء الممارسة؟

2. ما مدى التزام الطبيب الجزائري في ممارسته لمهنة الطب بأخلاقيات الشريعة الإسلامية؟

3. هل تؤثر المنظومة القانونية الجزائرية في تنظيم مسؤولية الطبيب؟

4. ما مدى تأثير المستجدات الطبية الحديثة على أخلاقيات الطب لدى الطبيب الجزائري؟

ب - الفرضيات:

● **الفرضية العامة:**

يلتزم الطبيب الجزائري في ممارسته لمهنة الطب بما تفرضه طبيعة هذه المهنة من أخلاقيات متعارف عليه.

● **الفرضيات الجزئية:**

-توجد علاقة بين البرامج التكوينية في المسار التكويني للطبيب الجزائري وأخلاقياته أثناء الممارسة.

-يعطي الطبيب الجزائري الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في التزامه بممارسة مهنة الطب.

-تؤثر المنظومة القانونية في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري.

لا يتأثر الطبيب الجزائري بالمستجدات الحديثة في التزامه بأخلاقيات مهنة الطب.

ثانيا : أسباب اختيار الموضوع وأهدافه وأهميته:

أ - أسباب اختيار الموضوع:

إن السبب الرئيسي في اختيارنا لهذا الموضوع هو اقتناعنا التام بأهمية المسألة الأخلاقية في أي مهنة على الإطلاق، كما أنني أعتقد جزما أن أي إصلاح لأوضاع مؤسساتنا الصحية وغيرها إذا لم تأخذ البعد الأخلاقي بعين الاعتبار ولم يعط له الأهمية القصوى التي يستحقها فإن هذا الإصلاح ما هو في الواقع سوى ترفيع ظرفي لن يأتي بأي فائدة لهذه المؤسسات أو حتى الأشخاص.

وفيما سبق من الحديث في دراسة الماجستير : الثقافة الإسلامية وعلاقتها ببعض

الممارسات الطبية .

ذكرنا بإجمال ثلاثة مسائل هامة إحداهما: تتعلق بالطبيب، والأخرى تعالج موضوع الطب ذاته، أما الثالثة فتلمس الهدف المرجو من وراء وجود محاولة لمواكبة المستجدات الطبية المعاصرة في عالمنا اليوم، هذا العالم الذي نراه آفاقا نحاول اللحاق به، ولهذا نحاول رسم ملامح مفصلة لهذه المسائل الثلاثة التي تستمد ضبطها من قانون أخلاقيات المهنة الطبية وبالطبع كان اهتمامنا بالمجتمع الجزائري على وجه التحديد.

والوقوف على مدى تماشي الضبط مع مبادئ الشريعة، فلذا تكون الأسباب الأخرى لاختيارنا لهذا الموضوع على النحو التالي:

1. جمع وتصنيف ما توصل إليه جموع العلماء والدارسين في الموضوع.

2. معرفة المصادر والفلسفة التي يبنى عليها القانون المهني الطبي بالجزائر.

إن الشريعة الإسلامية وضعت أسسا وقواعد أساسية لإباحة العمل الطبي وسنت مجموعة من القواعد يتبعها الأطباء في أعمالهم، وهذه القواعد ترجعه في حقيقتها إلى ضرورة موافقتها للمقاصد الشرعية وعلى رأسها ما يقتضي المحافظة على ما يخص مهنة الطب من الضروريات الخمس وهي :

حفظ النفس والنسل والعقل والمال والدين، ومن هذه القواعد الكلية يمكن استخلاص قواعد وآداب وأخلاقيات يجب أن يتحلى بها الطبيب في عمله الطبي.

3. مدى تحكم وتأثير القوانين في الممارسات الطبية الجزائرية.

4. إن عمل الطبيب لا بد أن يكون موافقا للمقاصد الشرعية حتى يكون مطابقا لمقاصد الشارع فالمقصد الأساسي من التشريع هو إخراج المكلف (الطبيب) عن داعية هواه حتى يكون أقرب إلى إخلاص العمل وصيرورته عبادة، فلا بد أن يلتزم الطبيب بالمحافظة على النفس والعقل والنسل التي يمكنه التصرف فيها بمقتضى عمله وعلمه.

5. الرغبة الملحة في الوقف على مؤشرات تطبيق منظومة تتماشى مع خصوصية الطبيب الجزائري ومجتمعه.

6. إن البحث العلمي تكثر هفواته وهي قد تصيب وقد تخطئ لأن مبنى الطب على التجربة، إلا أنه لا بد من اقتران التجربة الطبية بامتنال أوامر الشارع واجتناب نواهيه.

7. كما أن مجال الصحة وأدواتها باق بقاء الإنسان، ومتصور بتصوره فمن المهم النظر في مسألة بحث ودراسة لإثبات قدرة هذا الجانب ومواكبة العصر كباقي الجوانب في الشريعة الإسلامية.

8. حاجة المجتمع الجزائري - خاصة في العصر - لمعرفة الأحكام الشرعية المتعلقة بالشؤون الطبية التي تمس أفراد في حياتهم اليومية.

9. حاجة الطبيب والطبية المسلمين لبناء الأحكام الشرعية المتعلقة بالمستجدات الطبية.

10. حاجة البحث العلمي لدراسة بعض المستجدات الخاصة بالشؤون الطبية.

11. إن الموضوع يمس بطريقة المباشرة مجال عملي وسلوك حساس وهو الطب.

ب - أهمية الدراسة:

إن أهمية هذه الدراسة تنقسم إلى:

1. أهمية نظرية: تتمثل في إلقاء الضوء على ضبط أخلاقيات المهنة الطبية في إدارة الأطباء كأفراد، ومحيط العمل كجماعات وحتى على المجتمع نفسه، ومدى ارتباطها بالسلوك المهني للطبيب.

2. أهمية تطبيقية: يساهم هذا البحث إلى جانب غيره من البحوث في هذا المجال لتوضيح الرؤية للواقع السائد في المنظومة الصحية، ومدى ارتباط وتأثير مضمون أخلاقيات المهنة بالممارسة الطبية وتخفيف تفاقم الممارسات السلبية في هذه المهنة التي ترتبط بأرواح الناس. كما تساهم في محاولة تخطيط للأخلاقيات التي يجب أن تلتزم بها المنظومة الصحية وهو ما تحتاجه مؤسساتنا الاستشفائية العامة والخاصة بشكل ملح.

ت - أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق عدة أهداف تتمثل في النقاط التالية:

1. إثراء المعرفة حول موضوع أخلاقيات المهنة الطبية.
2. محاولة مقارنة مضمون البرامج التكوينية والقوانين الخاصة بأخلاقيات الطبيب بالجزائر عبر حدود الدين الإسلامي.
3. محاولة لتحديد القوانين والمبادئ الأخلاقية التي تضبط مسؤولية الطبيب في الممارسة.
4. محاولة الوقوف على العلاقة بين البرامج التكوينية لأخلاقيات الطب وبعض الممارسات السلبية في المنظومة الصحية الجزائرية.
5. أخلاقيات الأعمال (*Business Ethice*):
تتعلق الأخلاقيات بجميع مظاهر السلوك البشري واتخاذ القرارات، وتحدد هذه الأخلاق من المجتمع وخصائصه (قوانين، أعرف، قيم وديانات) أو من خلال الخصائص الفطرية للفرد. ارتبط مفهوم أخلاقيات العمل خلال العقدين السابقين بتطور مفهوم المسؤولية الاجتماعية، كما تطور الاهتمام بأخلاقيات العمل نتيجة التقدم التكنولوجي من جهة وتحديات العولمة من جهة أخرى، إضافة لنوع وعي المستهلك وقدرته على اتخاذ قرارات شراء عقلانية لا تتعارض مع متطلبات حماية البيئة ولا تمس أخلاقيات المجتمع، وتهتم أخلاقيات العمل بتحديد المعايير المعنوية للسلوكيات الصحية أو الخاطئة في صفقات الأعمال بين المنظمات، وتوجد أربع أنواع من المشاكل الأخلاقية المرتبطة بأعمال المنظمات هي: مشاكل الموارد البشرية: وتعلق بالعدالة في التعامل مع الموظفين

الحاليين والمحتملين، السلوكيات غير الأخلاقية المرتبطة بالتمييز بين الموظفين حسب الجنس اللون، الديانة، العرق... الخ، مشاكل مرتبطة بتصادمك المنافع: والتي تؤدي إلى التمييز في التعامل مع الآخرين حسب المصالح الشخصية، المشاكل المرتبطة بالأمانة مع المستهلكين، وترتبط بسلوكيات تقليل احترام المستهلك وعدم الاهتمام بأمنه وسلامته من خلال المنتجات أو الخدمات التي تقدمها المنظمة. المشاكل المرتبطة بالاستخدام السيئ أو الاستغلال الشخصي لمواد المنظمة من قبل الموظفين أو الاستخدام السيئ للمواد الطبيعية من قبل المنظمة.

6. أخلاقيات المهنة (*Job Ethice*) :

تتلمذ أخلاقيات المهنة بكيفية التصرف اللائق أثناء ممارسة الأنشطة المهنية المختلفة. كما تعبر عن ضرورة أداء الموظف لمهامه في كل وقت وفق قانون الدولة الإقليم، المجتمع والمنظمة التي يشتغل فيها (*Center for Career Guidance*) فأخلاقيات المهنة عبارة عن ثقافة مستمدة من قيم الفرد تدفعه لأن يكون مسؤولاً عن العمل الذي يقوم به. تم تحديد مجموعة من الخطوات يمر فيها الموظف حتى يصل إلى المستوى المقبول من أخلاقيات المهنة هي:

- **الانضباط:** بحيث أن الغياب والتأخر يعد من أهم العوامل المؤثرة على الأداء السليبي للموظف، ويمكن للموظف الوصول إلى أعلى درجات الانضباط من خلال جعل وظيفته من أهم أولياته، معرفة واجباته والخطوة الزمنية لإنجازها، ضبط الوقت، إعطاء لنفسه الراحة الكافية، وإعلام الجهات المعنية في حالة غيابه.

- **صفات الموظف:** فالمشرف يتوقع من الموظفين التعاون مع بعض لتحقيق أهداف العمل لذلك يجب على الموظف أن يحسن علاقته بالمنظمة، بالوظيفة، وبزملاء العمل، ومن بين الصفات التي يجب أن تتوفر في الموظف: الولاء، الصدق، الثقة المتبادلة، التبادل والتعاون في إنجاز المهام، الأمانة، وروح المسؤولية.

- **فرق العمل:** بحيث تضمن فرق العمل إنجاز المهام بكفاءة وفعالية أكثر، تحقيق أهداف المنظمة وأهداف الموظف من خلال كسبه لمعارف ومهارات جديدة، لذلك على الموظف احترام أعضاء فريق

العمل، الالتزام بفعالية ضمن عمل الفريق، روح التضحية، فتح فرص التعلم وإعطاء مجال للآخرين للتعلم، التوجه نحو المستهلك وتحقيق أهداف المنظمة، التحلي بالسلوكيات الإيجابية في علاقته مع أعضاء فريق العمل، والثقة في الآخرين.

● **المظهر:** بحيث أن مظهر الموظف يعطي صورة واضحة عن التزامه واحترامه للوظيفة للمنظمة، لزملائه الموظفين، للجهات العليا، وللمستهلكين.

● **المواقف:** فيجب أن تكون للموظف مواقف إيجابية تعكس ثقته في نفسه.

● **الإنتاجية:** حيث يمكن للموظف من تحسين إنتاجيته من خلال احترام إجراءات العمل إجراءات السلامة، وطرق استخدام موارد المنظمة.

● **المهارات التنظيمية:** إذ يجب على الموظف إدارة وقته وتطوير مهاراته من خلال أداء مهامه في المنظمة.

● **الاتصال:** فعلى الموظف أن يملك قدرات عالية على الاتصال الفعال مع الآخرين سواء كان الاتصال لفظي أو غير لفظي بحيث يظهر ثقافة الاحترام والشعور بالآخرين.

● **التعاون:** من خلال علاقات عمل جيدة تعتمد فعالية إدارة تصادم الأدوار والحل الجماعي لمشكلات العمل.

● **الاحترام:** فلا يمكن أداء أي عمل مع الآخرين إذا لم يدرك الموظف سياسات احترامه لمن هم أعلى أو أقل منه في المستوى الوظيفي (*Center for Career Guidance*).

7. أخلاقيات المهنة الطبية (*Medical Job Ethics*):

يعتبر الطب فن ومهنة تتعلق بحفظ الصحة ومقاومة المرض وإعادة الصحة للمريض، ولما لهذه المهنة من دور حساس في المجتمع فإن الحديث عن الآداب والأخلاقيات المرتبطة بها بدأ منذ آلاف السنين ولا يزال موضوع يجلب انتباه فئات المجتمع إلى يومنا هذا. فارتبطت أخلاق مهنة الطب بقيم الديانات المختلفة وعلى رأسها الدين الإسلامي، بالآداب العامة للمجتمع، وبأعراف وتقاليد الأمم، كما تم التطرق إلى الموضوع في عدة علوم مثل علم النفس، علم الاجتماع، والقانون، حيث ربطت

هذه العلوم مهنة الطب بعدة أبعاد مثل: النزاهة والأمانة، التواضع واحترام الآخرين، الصبر، المعاملة الحسنة للمريض وحفظ أسرار، العطف، العدل، إدراك مسؤولية المهنة، المعرفة والكفاءة الضرورية لممارسة المهنة، نشر الوعي الصحي في المجتمع، تجنب النقد السلبي لزملاء المهنة... الخ (*World Health*).

ويرى (*John*) أن أهم ثلاث أبعاد لأخلاقيات مهنة الطب هي الشعور بالمريض، المهارات العالية، والاستقلالية في أداء المهنة، وفي دراستنا الحالية تم تحديد مجموعة أبعاد لأخلاقيات مهنة الطب تم استنتاجها من علوم التسيير حيث تمس هذه الأبعاد كل من إدارة الموارد البشرية وسلوكيات الموظفين، وتمثل هذه الأبعاد في: الرقابة الذاتية، التطوير الذاتي للمهارات، دقة ووضوح الأدوار، والولاء والوظيفي ويرى (*John*) أنه يمكن لأخلاقيات المهنة الطبية أن تتغير مع الوقت تبعاً للتطور في العلوم الطبية، التكنولوجيا، وقيم المجتمع.

● الرقابة الذاتية (*Self Control*):

تسميها الأدبيات القديمة بالتعلم الذاتي من الموارد (*Learned resourcefulness*) وتعلق الرقابة الذاتية بالقواعد الوجدانية والسلوك الإيجابي للفرد تجاه عمله من حيث إنجاز المهام بكفاءة وفعالية، تحول ضغوط العمل، تجنب الوقوع في الخطأ، والمساهمة في حل مشاكل العمل... الخ، بحيث أن هذا السلوك يحكمه قدرته على التحكم والسيطرة على النواحي السلبية في إدراكه، سلوكه، ومواقفه، كما تصف الرقابة الذاتية توجه الفرد نحو تجنب الممارسات التي لها تكاليف طويلة المدى تفوق المزايا المتحصل عليها من عوائدها النقدية، وعادة ما يتصف الأشخاص ذوي الرقابة الذاتية المنخفضة بروح المخاطرة، نقص ثقافة الاهتمام والتعاطف، تفضيل المهام البسيطة والسهلة، وتجنب المهام المادية.

● وضوح الدور (*Role Clarity*):

عرف (*Donnelly. Jr. and Ivancevich*) وضوح الدور على أنه درجة المعلومات التي يحتاجها الفرد لإدراك وفهم عمله، ولدقة ووضوح الدور دور أساسي في تقليص عدم التأكد في توقع

ما هو مطلوب من الموظفين، بحيث يمكن وضوح الدور من فهم قيم وأهداف كل من الأفراد والمؤسسة.

• تطوير المهارات (*Skills Development*):

عرف (*Toner*) المهارات على أنها الأصول المنتجة من القوى العاملة والتي تم اكتسابها من خلال الأنشطة التعليمية، كما أن مستوى المهارات تترجم في تركيب من التعليم والتدريب والخبرات، وأكد (*Oyewole et al*) أن المهارات تكتسب وتستخدم خلال فترة حياة المورد البشري، كما أن امتلاك المهارات يحتاج إلى التعلم في مختلف المجالات والميادين باعتبارها عوامل ضرورية للمورد البشري، كما أكد (*Haan*) إلى ضرورة تطوير المهارات بشكل مستمر ويرى أن ذلك يتحقق من خلال التعلم المستمر من الخبرة.

• الولاء الوظيفي (*Loyalty*):

عرف (*Gill*) الولاء الوظيفي على أنه التزام الموظفين بكل ما يجعلهم ناجحين في المؤسسة واعترافيهم بأن وظيفتهم أمر مفضل بالنسبة لهم، وهذا ما تتجسد معاملات الموظفين مع الثقافة، الهيكل، والقيادة في المؤسسة.

H₂: لدى الطاقم الطبي بمستشفى "جيجل" مستوى عالي من أخلاقيات المهنة من حيث الرقابة الذاتية، وضوح ودقة الأدوار، تطوير والمهارات، والولاء الوظيفي.

الدراسات السابقة وبناء فرضيات الدراسة :

حوكمة الشركات وأخلاقيات العمل:

وضح (*Ryan et al*) علاقة كل جهة من الجهات المسؤولة عن حوكمة المؤسسة على أخلاقيات العمل، حيث يرون أن قوة المساهمين في التأثير على مجلس الإدارة في المؤسسة والمدراء التنفيذيين زادت نتيجة التشريعات الحكومية وتغير القوانين، في حين يلعب مجلس الإدارة الدور المحوري في أداء المؤسسة، بينما يحكم المدراء التنفيذيين سلوكيات الموظفين من خلال أنظمة الرقابة ونظم التعويضات، ويشيرون إلى أن دور كل جهة من هذه الجهات هو الذي يحكم أخلاقيات العمل

بالتركيز في دراستهم على الجوانب المالية للمؤسسة ، وفي دراستنا الحالية كان التركيز على ممارسات الإدارة التنفيذية كجهة حاكمة في المؤسسة وأثرها على أخلاقيات المهنة، حيث لم يتم التركيز على الجوانب المالية بل على الممارسات الموجهة للمستهلكين والذين يمثلون المرضى في دراستنا.

كما درست (Obay) العلاقة بين إدراك مدراء مجموعة من المؤسسات الإماراتية في "دبي" حوكمة المؤسسة والممارسات الأخلاقية في العمل، حيث ركزت في دراستها على المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات تجاه كل من الموظفين، المساهمين، المستهلكين الموردين، والمحيط وأخلاقيات العمل من حيث الإدارة ونظام الأخلاق في المؤسسة، أمن وصحة العمال، طبيعة الهيكل التنظيمي، والسلوكيات السيئة للموظفين، الرشوة والفساد وباقي مشاكل المحيط. توصلت في دراستها إلى أن نظام الأخلاق في المؤسسة يختلف حسب طبيعة هيكلها التنظيمي ومستوى الاستغراق، كما وجدت أن بعض المؤسسات لا تحتوي حتى على نظام يوضح تقارير الفساد والرشوة والسلوكيات السيئة للموظفين أو عقوبات هذه الممارسات الأخلاقية، بينما يوجد وعي لدى المؤسسات لهذه الممارسات حيث أفرزت المقابلات أنه يوجد على الأقل نوع واحد من السلوكيات السيئة للموظفين الأمر الذي قد يعكس مستوى جودة نظام الأخلاقيات في أغلب المؤسسات المدروسة وأكدت الدراسة من جهة أخرى أن أربع مؤسسات تواجه تصادم في سياسات مجلس الإدارة وأصحاب المصالح، في حين يوجد توافق بين اهتماماتها في باقي المؤسسات وتوصلت الدراسة أيضا إلى أن هناك مستوى عالي من الاهتمام بسلامة وصحة الموظفين ويعود ذلك إلى التشريعات الحكومية فيما يتعلق بقضايا العمال.

وعرضت الدراسة أهم المؤسسات التي ساهمت في الممارسات الخيرية في الإمارات وهي على التوالي: وكالة الإعانات الدولية والتي تسمى (*Red Crescent*)، تليها الأنشطة المرتبطة بشهر رمضان منظمات حقوق الإنسان، محيط المنظمات، حاجة الأفراد، برامج تدريس التلاميذ في الإمارات، وبعض الجمعيات الخيرية.

وقد درس *Wilson* سنة 2000 القوانين الجديدة للأخلاق، المسؤولية الاجتماعية و الإستراتيجية وتوصل الباحث إلى أن المؤسسات تكون مسؤولة اجتماعيا عن السلع والخدمات التي

توفرها لزيائنها، إلى جانب هذا فالغرض الرئيسي من حوكمة الشركات هو ضمن العمل الأخلاقي ففضلا عن المساءلة القانونية والتنظيمية، فالحكومة تعتبر كضمان لحقوق أصحاب المصالح كما تحمي حقوق المساهمين، وتجعل المدراء التنفيذيين أكثر مسؤولية وتحديث التوازن بين خصوصية المعلومات وضرورة الكشف عنها.

وقام **Othman & Rahman** سنة 2011 بدراسة استكشافية حول الأخلاق والجوهر الأخلاقي لحوكمة الشركات، توصلوا إلى أنه توجد طرق مختلفة لترسيخ وتعزيز أخلاقيات العمل من خلال ممارسات حوكمة الشركات. إذ أن مضمون الحوكمة يشجع الأفراد داخل الشركات على التحلي بالمبادئ الأخلاقية كالمساءلة والمسؤولية والشفافية وكذا الاستجابة لممارسة الحكومة بشمولية. ويزداد التزام المؤسسات بأخلاقيات العمل كلما تطابقت أهدافها ورؤيتها مع ممارسات الحوكمة، وكلما توفر فيها موارد بشرية تتصف بالنزاهة.

الشفافية مجلس الإدارة وإدارة المعلومات، وإدارة المكافآت وأخلاقيات المهنة:

درس (**Mcgovern & Fischer, 2011**) ردود الفعل حول الشفافية من قبل الموظفين في وظائف العلاج النفسي والطب وتوصل الباحثان إلى أن الشفافية سياسة جيدة تفعل من ممارسة الرقابة من خلال توفير قواعد للمقارنة بين القواعد الثابتة المنشودة وبين النشاطات المرئية، كما أن الشفافية مرتبطة بمدى تطبيق التدقيق المستقل والمساءلة، ففي مهنة الطب للشفافية تأثيرات وممارسات معقدة تؤدي إلى البحث عن التميز حتى لا يقع الموظف ضمن شبكة المساءلة، كما تؤدي إلى البحث عن طرق لتحسين مستمر في النظام وكذا تحسين ردود الفعل تجاه هذه الشفافية بما يخدم شاغل الوظيفة.

من جهة أخرى ترى الباحثين أن توفر الشفافية في المهنة الطبية سيؤدي إلى خلق ضغوط أكثر على ممارسي هذه المهنة باعتبارهم معرضين أكثر للمساءلة وكذلك عليهم خلق ثقة وانطباع إيجابي أمام المسؤولين وأمام الزملاء في الوظيفة، هذا يكون دافعا أساسيا كي يبحث الموظف عن سبل توفر له هذه الثقة، وتعتقد الباحثين أن الاعتماد على الرقابة الذاتية للفرد تجعل نسبة تعرضه للمساءلة

من قبل الغير ضئيلة وكذا إذا فهم متطلبات وظيفته والتزم بالدور الواجب القيام به، بالإضافة إلى أنه يمكنه تجاوز قصوره عند شعوره به وذلك بالقيام بعملية تطويرية لمهارته، وترى الباحثان أن قدرة الموظف من الاستفادة من الشفافية في هذه المؤسسة سيخلق نوعاً من الالتزام اتجاهها ومع الوقت يخلق لديه ولاء للوظيفة التي يشغلها. وعليه يمكن صياغة الفرضية التالية:

H₃: الشفافية لها تأثير إيجابي على أخلاقيات المهنة لدى الطاقم الطبي بمستشفى "جيجل".

أكدت الدراسات السابقة العلاقة بين الشفافية وأخلاقيات المهنة كون الشفافية توفر المعلومات المختلفة حول المؤسسة تدفع الموظفين إلى الالتزام أكثر بالأخلاقيات المهنية كذلك مجلس الإدارة مسؤول عن توفير المعلومات الإدارية بكل شفافية، كما يلزم على إدارة المستشفى أن تملك إدارة فعالة للمكافآت تركز على العدالة والشفافية في عملية التقييم وانطلاقاً من ذلك يمكن صياغة الفرضيتين التاليتين:

H₄: مجلس الإدارة وإدارة المعلمات لها تأثير إيجابي على أخلاقيات المهنة لدى الطاقم الطبي بمستشفى "جيجل".

H₅: إدارة المكافآت لها تأثير إيجابي على أخلاقيات المهنة لدى الطاقم الطبي بمستشفى "جيجل".

ثالثاً : الإطار المفاهيمي للدراسة :

أ - التعريف الإجرائي للمفاهيم:

3. الأخلاقيات:

هي نموذج للقيم، والاتجاهات، والسلوك يتميز بدوامه واتساقه النسبي، وبوجوده لدى فرد معين كممثل للقيم ومعايير وأعراف جماعية محددة يتوحد معها، وبهذا المعنى ينظر إلى هذا المصطلح على أنه يشير إلى الجانب الأخلاقي للشخصية كما تحدده المستويات المعيارية لجماعة معينة.

ولاستخدام علماء الاجتماع مفهوم الأخلاقيات استخداما فنيا إلا في كتابات محدودة ويتداخل مفهوم الأخلاقيات إلى حد ما مع مفهوم الشخصية ولكن الفارق الرئيسي بينهما أن التركيز في الأخلاقيات يتجه إلى الإدارة ويصطبغ بالقيم.

بينما هو في الشخصية يتناول المظاهر الاجتماعية للسلوكيات بوجه خاص.¹

4. أخلاقيات المهنة وأنظمتها:

أخلاقيات المهنة: هي توجيهات مستمدة من القيم والمبادئ تعنى بكيفية التصرف اللائق أثناء ممارسة الأنشطة المهنية المختلفة.

أما أنظمة المهنة: فهي مجموعة من القواعد والتشريعات التي تنظم عمل الممارسين للمهنة ويترتب على انتهاكها عقوبات، وهي نوع من القوانين.

ومن هنا فأخلاقيات المهنة تشير إلى الكيفية التي ينبغي للطبيب أن يتصرف بها بينما أنظمة المهنة تشير إلى الكيفية التي يجب على الطبيب أن يتصرف بها، وتجدر الإشارة هنا إلى أن أنظمة تحتاج ابتداء إلى تقعيد وتأسيس من خلال أخلاقيات المهنة.

5. تعريف الأخلاقيات في الشريعة الإسلامية:

ذهب علماء العقيدة والفلسفة إلى: أن تعريفات الأخلاقيات تتنوع وتعدد تبعا لخلاف وجهات النظر في موضوعها:

فمن جعل الأخلاقيات عامة تتضمن الإيجابي والسلبي من السلوك الإنساني عرفها بأنها (علم تحليل السلوك الإنساني من حيث بواعثه وأهدافه مع دراسة الإدارة الإنسانية والمسؤولية الحلقية (وركنها العقل والاختيار).²

1 - الدكتور محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، الهيئة العربية العامة للكتاب، 1979، ص 53.

2 - الدكتور محمد الشرقاوي: الفكر الأخلاقي، الطبعة الأولى، 1990، دار الجيل، القاهرة، ص 17.

ومن جعلها خاصة بالأحكام التي تقوم السلوك البشري عرضها بأنها (علم يدرس عادات وتقاليده واضعاً في اعتباره ما هو خير وما هو شر وما هو خاطئ وما هو صائب أو هو العلم الذي يحكم على السلوك الإنساني، أنه صائب أو خاطئ).¹

ومن جعلها عامة في الحميد والتميم من الصفات والأفعال عرفها بأنها: لفظ يطلق على الأفعال الصادرة عن النفس محمودة كانت أو مذمومة).²

وتدل الأخلاقيات من صفات وخصائص وتوجيهات حميدة للإنسان العاقل على حد قول أحد الفلاسفة المعاصرين (فإن الأخلاقيات تدل على الصفات الطبيعية الموجهة للإنسان وانعكاساتها على سلوكه وعاداته واتجاهاته كالتدين والاستقامة في السلوك وحسن الخلق أو العكس كالانحراف بكل أشكاله).

كما يتطلب المجتمع البشري وجود ضوابط ومعايير تحدد لأعضائه حقوقهم كما توجههم لواجباتهم أيًا كانت المهنة التي يمارسونها، وتتم عملية تأكيد الأخلاقيات في الجانب الإيجابي من السلوك عند أفراد المجتمع من خلال عدة أساليب يأتي من بينها التنشئة الاجتماعية التي تهدف إلى إحداث تغيير وتطوير في سلوك الناشئة لتعويدهم على حسن التصرف والاستقامة منذ الصغر.

6. تعريف مهنة الطب:

• تعريف المهنة (Occupation):

هي مجموعة من أنشطة تتركز حول دور اقتصادي، تستهدف ضمان توفير الحاجات الأساسية للحياة، ويطلق المصطلح على الأعمال التي تتم في الميادين التجارية والفنية، وتعتبر المهنة من جانب آخر دوراً اجتماعياً يحدده تقييم العمل العام في المجتمع كما أنها تمثل عاملاً هاماً في تحديد هوية الشخص، ووضعه الطبقي، وأسلوب حياته.³

1 - نفس المرجع.

2 - الدكتور رمضان الصياغ: الأحكام التقييمية في الجمال الأخلاقي، الطبعة الأولى 1998، ص 19.

3 - قاموس علم الاجتماع، المرجع السابق، ص 307.

• تعريف الطب والطبيب في الاصطلاح الطبي:

عرف الإمام ابن رشد صناعة الطب بقوله «صناعة فاعلة عن مبادئ صادقة يلتمس بها حفظ بدن الإنسان وإبطال المرض وذلك بأقصى ما يمكن في واحد من الأبدان»¹. ويراد في تعريفه: إن هذه الصناعة ليس غايتها أن تبرئ ولا بدليل أن تفعل ما يجب، بالمقدار الذي يجب، في الوقت الذي يجب، ثم ينتظر حصول غايتها، كالحل في صناعة الملاحة وقود الجيوش².

ومن التعريفات الحديثة لمهنة الطب أنها (علم يبحث مقومات الحياة والصحة ونشأة الأمراض وتشخيصها، وطرق العلاج، والوقاية)³ و (التداوي هو العلاج وتعاطي الدواء بقصد معالجة المرض أو الوقاية منه)⁴.

إن هذه التعريفات المتعددة لمهنة الطب أنها عبارة عن صناعة تهتم بالحفاظ على بدن الإنسان، ومعالجته من الأمراض، أو تخفيف حدتها، أو الوقاية منها. وبناء على هذه التعريفات السابقة لمهنة الطب يكون تعريف الطبيب الإجرائي هو (الذي يمارس مهنة الطب ويذل كل ما بوسعه للحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من الأمراض وإنقاذه منها والعمل على استرداد الصحة الزائلة).

• تعريف الطب والطبيب في الاصطلاح الفقهي:

الطب في الاصطلاح الفقهي يطلق على التداوي والمداواة، والمداواة هي رد الجسم إلى مجراه الطبيعي بعد خروجه عنه بالمرض⁵.

1 - الإمام ابن رشد القرطبي: الكيان في الطب، طبعة المجلس الأعلى للثقافة 1989.

2 -

3 - الدكتور حسن سعيد: المؤسسة الثقافية مؤسسة فرانكلين للطبع والنشر، ج2، دار الشعب سنة 1979، ص 635، والموسوعة العربية العالمية مجموعة من العلماء، 15، مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع، الرياض 1994، ص 502

4 - الدكتور أحمد محمد كنعان: الموسوعة الطبية الفقهية بيروت، 2000، دار النفائس، ص 193.

5 - شرح الإمام النووي على صحيح مسلم، 14، طبعة دار القلم، بيروت، 1987، ص 442.

وذلك يكون باصطلاح الأغذية وغيرها، ودوره يكون بالمواقف من الأدوية المضادة للمرض.¹
وقد عرف صاحب الروضة الندية صناعة الطب بقوله: (هي عبارة عن التمسك بطبائع
الأدوية الحيوانية أو النباتية أو المعدنية، والتصرف في الاختلاط نقصا وزيادة).²
أما عن تعريف الطبيب فيوضحه الشيرازي الشافعي بقوله: (هو العارف بتركيب البدن ومزاج
الأعضاء والأمراض الحادثة فيها، وأسبابها وأعراضها، وعلاماتها، والأدوية النافعة فيها، والاعتياظ عما
لم يوجد منها والوجه في استخراجها، وطريق مداواتها ليساري بين الأمراض والأدوية في كمياتها،
ويخالف بينها وبين كمياتها).³

وعليه فإن مهنة الطب لا تقتصر على العمل المادي الذي يقوم به الطبيب لعلاج جسم
المريض، بل تشمل أيضا العمل النفسي أو الروحي الذي يقوم به روح المريض، وفي هذا المعنى يقول
الإمام ابن القيم: «طبيب لا يداوي العليل يتفقد قلبه وصلاحه، وتقوية روحه وقواه بالصدقة، وفعل
الخير، والإحسان، والإقبال على الله والدار الآخرة فليس بطبيب بل متطبب قاصر».⁴
فالطبيب إذا الذي يجمع بين علاج البدن وعلاج الروح، فقد يكون اعتلال البدن بسبب
اعتلال النفس، وقد تكون تقوية النفس أعظم أثرا في الشفاء من العلاج بالأدوية والمركبات.
إذا العمل الطبي: هو ذلك العمل الذي يقوم به شخص متخصص من أول مداواة المرض
الحادث للإنسان لإزالته، أو تخفيف حدته، أو الوقاية منه، مستعينا في ذلك بالقواعد والتعاليم
المتعارف عليها بين أهل الخير في هذا الشأن.

1 - المرجع نفسه، ص 442.

2 - أبي الطيب صديق بن حسن بن علي الحسن الفتوحي البخاري: الروضة الندية شرح الدورة البهية، دار المعرفة، بيروت، لبنان،
ص 227.

3 - الإمام عبد الرحمن الشيرازي: نهاية الرقبة في طب الحسبة، دار الثقافة، بيروت، ص 97.

4 - الإمام شمس الدين ابن عبد الله محمد بن أبي بكر المعروف بابن قيم الجوزية، دار المعاد في هدي خير العباد، مؤسسة
الرسالة، بيروت، 1955، ص 142.

• العمل الطبي تحسن مصطلح مهنة فنية عليا (*professeur*):

يشير هذا المصطلح إلى المهن التي تحتاج إلى معرفة متخصصة ومهارات خاصة يمكن اكتسابها عن طريق الدراسات النظرية والممارسات التطبيقية في نفس الوقت، وغالبا ما تتم هذه الدراسات داخل معاهد متخصصة أو في الجامعات، وينظم أصحاب المهن الفنية العليا ومنها الطب إلى منظمات أو روابط خاصة بهم تفرض عليهم بعض القواعد الخاصة بممارسة المهنة والتعامل، وتعرف هذه الروابط باسم المنظمات المهنية (*Professional Association*).

أما القواعد التي تصنعها هذه المنظمات فهي الأخلاقيات المهنية (*Professional Ethics*)¹.

ولقد كان هذا المصطلح بمعناه الضيق يطلق على الذين يشتغلون بالطب فقط والقانون ضم أصبح بعد ذلك يطلق على الذين تلقوا تعليما أكاديميا. ويشير المصطلح في معناه المحدود إلى المهن ذات المكانة العليا التي تشمل على خبراء مدربين تدريباً فنياً متخصصاً، ويقومون بدور متخصص جداً في المجتمع وأهمهم الأطباء. وتحتاج المهنة الفنية العليا ومهنة الطب خاصة إلى معارف، وخبرات ومهارات متعددة يتطلبها المجتمع، وجدير بالذكر أن أصحاب كل مهنة فنية عليا يميلون إلى الإحساس بأن مهنتهم قادرة بذاتها على تكوين وصياغة أخلاقياتها وعلى ضبط جودة عملها والتحكم فيه، ذلك على أساس من احتكاكها لضرب معين من ضروب المعرفة والمهارة، ومسؤوليتها عن شرف المهنة، واستمرارها ولهذا تميل جماعات المهن الفنية العليا إلى رفض رقابة الجمهور، أو ضبط العملاء لها، ومع ذلك فهي تتأثر بالجمهور الذي تعمل من أجله.

كما يشير مصطلح (المهن الفنية العليا) إلى (مهن الخدمات) التي تطبق نسقا منظما من المعرفة العلمية على مشكلات ترتبط ارتباطا وثيقا بقيم مركزية في المجتمع وهذا ما ينطبق تماما على

1 - المرجع السابق، قاموس علم الاجتماع، ص 192.

مهنة الطب¹ ولقد ذهب كل من كارسوندرز (*Caras Saunders*) وويليون (*wilion*) في كتابهما (*The profassions*)، إلى أن مهنة الطب مهنة فنية عالية تكشف عن مركب من الخصائص المميزة، وأن المهن الأخرى تقترب أو تبتعد عنها بقدر ما لها من هذه الخصائص ويسمى هذا المركب من الخصائص المميزة المهنية (*Professionnalisme*) ولقد حاول بعض العلماء تحديد عناصر هذا المركب، فإبراهيم فلكسنر (*Abraham phexner*) مثلاً في كتابه (*Schoolond sociely* 1915) يؤكد على المسؤولية الفردية للطبيب، والتطبيق العملي للمهارات والوسائل الفنية العقلية، والميل نحو تنظيم الذات، وتزايد الدوافع الغيرية الإيثارية) كذلك ذهب موريس كوجان (*Moris cogan*) إلى أن مهنة الطب مهنة فنية عالية وهو عبارة عن عمل تستند ممارسته أو مزاولته على فهم دقيق للبناء النظري لبعض فروع العلم أو أجزائه، وعلم المهارات والقدرات المصاحبة لمثل هذا الفهم. كما أن هذا الفهم وهذه القدرات يجب أن تطبق على المسائل العملية والحيوية في حياة الطبيب، وبالمثل حلل جيوفري ميارسون (*Geeffery millerson*) خصائص المهن الطبية كمهن فنية عليا على النحو التالي:

- ✓ أنها تشتمل على مهارة تستند على معرفة نظرية.
- ✓ أن هذه المهارة تتطلب تدريباً وتعليماً من نوع معين.
- ✓ أن صاحبها (الطبيب) يجب أن يثبت جدارته باجتياز امتحان من نوع معين.
- ✓ أنها تتطلب الأمانة والإخلاص والتمسك ببعض القواعد السلوكية.
- ✓ أنها تخدم الخير العام.
- ✓ أن صاحبها (الطبيب) يجب أن يكون منظماً أو مرتبطاً بتنظيم.²

1- D : Rueschem Eyer-canadian Reve of Sociology, 1964.

2 - Theuali |ying|Associotion, 1964.

7. أخلاقيات المهن والمهنة الطبية:

هي أفكار الصواب والخطأ التي يؤمن بها فرد معين أو جماعة أو مجتمع ما، أو جماعة تحت هيئة معينة لتسير مهنة ما، ويستخدم هذا المصطلح في علم الاجتماع دون تحديد فني، لأنه يظهر في التحليل أحيانا دون قصد.¹

وقد يجعلنا هذا مضطرين لتعريف ثقافة الضبط، فالجوانب التي تشتمل عليها ثقافة معينة ويمكن المجتمع من القيام بوظائفه بطريقة منظمة عن طريق دفع الأفراد، والضغط عليهم لكي يسلكوا على نحو يتماشى مع التوقعات الاجتماعية، تتضمن الثقافة الضابطة المعايير والقيم، والجزاءات الدينية، والبناء الشامل للقانون والعقوبات الرسمية.²

8. أخلاقيات المهنة الطبية:

تنبّهت المجتمعات إلى أهمية المرجعية الأخلاقية لممارسة المهن الطبية وذلك بما يرجع لعدة اعتبارات وقبل أن نخوض في ذكرها وجب أن نتطرق إلى معنى المرجعية أو الإطار المرجعي

• الإطار المرجعي (*Frame of référence*):

يستخدم مصطلح فني في المنهج للإشارة إلى مجموعة افتراضات أساسية تسهم في تحديد الموضوع الذي تناوله العلم أو النظر فيه.

ويظهر هذا الاستخدام في أعمال هوبسون (*V.hobson*) وبخاصة مجال العلم الطبيعي ³1923 حيث أقام تفرقة بين نوعين من المفاهيم في العلم، المفاهيم التي تجد لها مقبلا يدرك بصورة مباشرة والمفاهيم التي لا يوجد لها هذا المقابل وهي التي تتكون من خلال نوع من التخيل البنائي، الذي يهدف إلى وضع إطارات ممثلة، تمثل بدورها الخبرة. وإذا كان من الضروري القيام بملاحظات ذات معنى، فكأن تحديد هذه الأطر المرجعية يقوم على أساس جوانب الواقع التي يوجه العالم اهتمامه

1 - انظر نسق الأخلاقي (*Anaral system*)، قاموس علم الاجتماع، ص 294 .

2 - قاموس علم الاجتماع، المرجع السابق، ص 90.

3 - *The damain of natural Science. Combridge, at the university press, 1923.*

نحوها، وقد استخدم (هوارد بيكر) المصطلح بنفس المعنى الذي ورد عند (هوسيون)، حينما كتب يقول: (إن علم الاجتماع العلمي ينظر إلى الكائنات الإنسانية بوصفها تمثل قطعاً تحتل مواقعاً على قاعدة الشطرنج الكبرى للحياة الاجتماعية وفي كل حركة يحدث لها نوع من التجاذب أو التجمع أو الافتراق).

وهذا المدخل ضروري لأنه يشكل الإطار المرجعي السوسيولوجي وتحدد نفس هذا الاستخدام عند (بارسونز *T. parsons*) و (شيلز *Shills*) في مؤلفهما نحو نظرية علمية للعقل 1951. إذا أن الإطار المرجعي لنظرية العقل يتألف من الفاعلين، وموقف العقل، وتوجيه الفاعلين نحو الموقف.

هكذا يكون الإطار المرجعي في المنهج هو مجموعة الافتراضات الضرورية التي تحدد موضوع الدراسة ويسهم في توجيهها.

1. وجهة نظر أو مستوى أو نسق المتصورات يتبناه فرد أو جماعة لتنظيم التجارب والإدراكات والتفسيرات وتعتبر قيم الإنسان ومعاييرها الاجتماعية التي تؤثر في ملاحظاته وتفسيراته وأحكامه في موقف اجتماعي معين مثلاً من بين أمثلة متعددة للإطار المرجعي.

● الإطار المرجعي الاجتماعي لمفهوم الأخلاقيات:

يمثل التنشئة على الأخلاقيات والسلوكيات الحسنة قديمة قدم المجتمعات البشرية كما أن رفض السلوكيات المنحرفة والأخلاقيات الذميمة هي من السمات المنتشرة في كل النظم الاجتماعية، وتدل الأخلاقيات الحميدة على الصفات والخصائص المميزة للإنسان العاقل وعلى حد قول الدكتور محمد عبد الغني (إن الأخلاقيات تدل على الصفات الطبيعية في الإنسان وانعكاساتها على سلوكياته وعاداته واتجاهاته كالتدين والاستقامة في السلوك أو العكس كالانحراف بكل أشكاله). وقد كانت لتعاليم الدين الإسلامي خاصة فيما يتعلق بالمعاملات دوراً مهماً في تأسيس الأخلاقيات الحميدة لدى الإنسان المسلم وحتى المجتمع الإسلامي ككل، فقد نهى الإسلام عن الغش

والكذب والاستغلال، وحث على مكارم الأخلاق فقال رسول الله ﷺ «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق»¹.

وتضع المجتمعات معايير محددة تنظم من خلالها معاملات الأفراد وتتواصل علاقاتهم وتشير المعايير الاجتماعية إلى جملة من القواعد المنظمة للسلوك الفردي والجمعي، ويعتبر المعيار الاجتماعي من أنماط ونماذج (أخلاقيات) السلوك المقبول أو المستحسن أو المرفوض بمعنى أن المعيار الاجتماعي يعد مقياساً متفقاً عليه اجتماعياً وقيماً لتحديد نوعية وقيمة السلوك يعرف بموجبه السلوك السوي الذي يتفق مع معايير المجتمع لتحديد هذا السلوك بأنه سوي.

خصائص المعايير الاجتماعية: تتصف المعايير الاجتماعية بعد خصائص يمكن تحديد أهميتها في الآتي:

- ✓ يعبر المعيار الاجتماعي عن نوع من القواعد أو المقياس للاتجاهات والخبرة باعتباره إطار مرجعياً معيارياً لما هو متوقع من السلوك.
- ✓ تتضمن المعايير الاجتماعية مكونات دينية وأخلاقية قيمية وثقافية وعلمية وسواها.
- ✓ تختلف المعايير الاجتماعية باختلاف المجتمعات والثقافات مع وجود شبه اتفاق عام على المعايير التي ترفض الغش والخداع والكذب والاحتيال والسرقة وغيرها.
- ✓ تشكل المعايير الاجتماعية نوعاً من الالتزام والإلزام ترتضيه الجماعة تعززه بأشكال الثواب والعقاب.
- ✓ رغم وجود معايير فرعية اجتماعية عامة وشاملة إلا أن هناك معايير فرعية تخص كل مهنة من المهن وهو ما أسميناه في الدراسة (أخلاقيات المهنة الطبية).
- وَنَعُودُ لِقَوْلِنَا أَنَّ الْمَجْتَمَعَاتِ قَدْ تَنَبَّهَتْ إِلَى أَهْمِيَةِ الْمَرْجِعِيَةِ الْأَخْلَاقِيَةِ لِمُمَارَسَةِ الْمِهْنِ الطَّبِيَّةِ بِنَاءً عَلَى اعْتِبَارَاتِ شِيوعِهَا عَلَى النُّحُوِّ التَّالِي:
- ✓ إن المهن الطبية تمس صحة وحياة الإنسان فلا ينبغي أن تترك هكذا دون ربطها بإطار مرجعي أخلاقي يجنبها الممارسات الخاطئة والسلوكيات المنحرفة.

✓ إن الذين يمارسون مهنة الطب في جميع تخصصاتهم من البشر الذين قد ينحرفون أو يخطئون.

✓ تمثل أخلاقيات المهن الطبية ضمانا للفرد والمجتمع والتزاما من قبل الممارسين لها.

رابعا : الدراسات السابقة:

أ - الدراسات العربية :

لقد تناول هذا الموضوع أكثر من باحث ومن زوايا متعددة، ومن مجتمعات مختلفة حيث تم تناوله في المؤسسات الصناعية وحتى على قضايا تتعلق بالمهنة نفسها... الخ وهي دراسات تبحث في تأثير القيم والأخلاق والعوامل الثقافية في ممارسات أصحاب المهن وكيف يؤثر الاختلاف القيمي والسلوكي في طرق أداء هذه الممارسات مهما اختلفت المهن أو المجتمعات، إلا أنني لم أعثر في دراسة تنطلق في بحثها من معطى أن ثقافة المجتمع الجزائري ليست ثقافة مختلفة فقط عن الثقافات الأخرى بل مشكلتها أنها ثقافة مأزومة تجعل من المعايير السلوكية أو الأخلاقيات لهذه المهنة، تحمل بقايا هذا الاختلاف وتطبعه على واقع الممارسة مما جعلها محل للدراسة، وبهذا نحاول إيراد بعض الدراسات المشابهة التي أجريت حول هذا الموضوع بوجه أو بآخر مع محاولة إيضاح أوجه الاتفاق مع الدراسة الحالية.

الدراسة الأولى: بعنوان (الأخلاق بين الفكرين الإسلامي والغربي) وفيها يقدم (الدكتور خالد حربي)

دراسة مقارنة بين مفهوم الأخلاق لدى المفكرين المسلمين، ولدى المفكرين الغربيين، المعاصرين فيوضح أن هناك اختلافا جوهريا بينهما منذ المقدمة.

ولا ندري على أي أساس قدم المؤلف حكمه على هذا الاختلاف والتباين منذ أسطره الأولى من دون أن يوضح لنا أسباب هذا الاختلاف ومظاهره، ولم يقدم لنا نماذج عليه مكتفيا فقط بتوضيح الفرق بين مذهب اللذة في الفكر الغربي ومبادئ الأخلاق واضعا فرضية رئيسية دار حولها البحث وهي:

✓ ما مدى ارتباط كل من النموذج الأخلاقي الإسلامي والنموذج الأخلاقي الغربي بين مبدأ الحلال والحرام، ومبدأ الصواب والخطأ؟

وسعى المؤلف للإجابة عليها في بابين وسبعة فصول ففي:

الفصل الأول: تناول الأخلاق في القرآن والسنة، فأوضح أن الإسلام منذ لحظته الأولى ندد

بأخلاقيات الجاهلية، وندد بفساد تصوراتها الاعتقادية، فالأخلاق ليست شيئاً ثانوياً في هذا الدين، وليست محصورة في نطاق معين من نطاقات السلوك البشري، إنما هي ركيزة من ركائز السلوك البشري كله.¹

الفصل الثاني: تناول الأخلاق عن المتكلمين المسلمين، المعتزلة والأشاعرة، فأوضح أن المعتزلة

تطبق المنهج العقلي في الأخلاق وتقول يتلزم الخير والشر في طبيعة الأفعال فاستبدلوا وصف الأفعال بلفظي الحسن والقبح، لأنهما أدق في التعبير من الناحية الأخلاقية، وتذهب المعتزلة في مذهبهم الأخلاقي إلى الفصل بين المحسن والمسيء وبين حسن الوجه وقبيحه، فيحمد المحسن على إحسانه ويذم المسيء على إساءته.

وخصص الفصل الثالث: لدراسة الأخلاق عند الفلاسفة المسلمين فتناول بالشرح والتوضيح

نظرية الفارابي (339/257هـ) في الأخلاق، موضحاً أنه حين رسم المدينة الفاضلة، أكد على الجانب الأخلاقي منها، كما أكد على احتياج الإنسان إلى التعاون فالناس مقطورون على التعاون فما بينهم، ومن أهم العلمية الخلقية التي جعلها الفارابي لرئيس المدينة الفاضلة، ويرجع بقاء المدينة الفاضلة إلى علم وحكمة رئيسها، وللأخلاق عند الفارابي شأن كبير في حياة الأفراد، فهي عنده ممارسة وإن الأشياء التي إذا اعتدناها اكتسبنا الخلق الجميل هي الأفعال التي من شأنها أن تكون في أصحاب الأخلاق الجميلة والتي تكسبنا الخلق القبيح هي الأفعال التي تكون من أصحاب الأخلاق القبيحة. ثم تطرق للأخلاق عند ابن سينا (428/370هـ) فإنها علم يندرج تحت العلوم

1 - الدكتور خالد حربي: الأخلاق بين الفكر الإسلامي والغربي، دراسة لنيل شهادة الدكتوراه، إصدار المكتب الجامعي الحديث بالإسكندرية.

العلمية التي تسعى إلى تبرير الخير وغايتها العمل وفقاً للمعرفة النظرية، وتحدث ابن سينا عن مجموعة من الفضائل إذ تحلى بها الإنسان عموماً والطبيب على وجه الخصوص استقام أمره في الحياة وسحن أدائه، وهذه الفضائل هي: الفقه، القناعة، السخاء، الشجاعة الحلم والصدق، وانتقل للحديث عن الأخلاق عند ابن مسكويه (320/421هـ) أشهر فلاسفة الإسلام الذين اهتموا بموضوع الأخلاق فقد أوقف عليها عنايته واهتمامه أكبر من أي مفكر إسلامي آخر، وفلسفته الأخلاقية عبارة عن مزيج من أفكار أفلاطون وأرسطو وجاليتوس، فضلاً عن الشريعة الإسلامية وتجارب الشخصية. واختتم المؤلف الباب الأول: بقوله: (الأخلاق في الفكر الإسلامي تستمد معظم أصولها من كتاب الله وسنة رسول الله ﷺ، وذلك بالحث على مكارمها، ودعوة الناس إلى الفضيلة والخير، ونهي عن الإثم والشر).

أما الباب الثاني: (الأخلاق في الفكر الغربي) فقد قسمه إلى ثلاثة فصول:

الفصل الأول: (الأخلاق في الفكر الغربي القديم) عند كل من أفلاطون (427-347 ق.م.)

وأرسطو (384-327 ق.م.) الإبيقورية في نهاية القرن الرابع ق.م.

أما الفصل الثاني: (الأخلاق في العصور الوسطى المسيحية) فقد تناول شارحا فلسفة القديس أوغسطين كنموذج لفلسفة العصور الوسطى مستنتجا في النهاية أن أخلاق العصور الوسطى المسيحية هي أخلاق دينية من الدرجة الأولى أو على الأقل هي أخلاق تأثرت بالدين وقضاياه.

وفي الفصل الثالث: تناول بالدراسة والتحليل (الأخلاق في العصر الحديث والمعاصر) فتعرض

إلى نشأة علم الأخلاق في العصر الحديث على يد الفيلسوف الفرنسي رينيه ديكارت (1596-

1650)، ثم تطوره في القرن التاسع عشر على يد بنتام (1748-1832) وجون ستيوارت ميل

(1806-1873) محولا مذهب إبيقور إلى المنفعة.

وأوضح أن علم الأخلاق في الفترة الحديثة والمعاصرة قد تميز تشعبه فيما يتعلق بالفارق بين

الصواب والخطأ إلى مذهب ووجهات نظر متباينة، أدت إلى ظهور نظريات أخلاقية كثيرة، وتصنيفات

لهذه النظريات، يميز بين الأخلاق المطلقة والأخلاق النسبية، وظهر تصنيف يميز بين الأخلاق الذاتية، وثالث بين النظريات الأخلاقية الطبيعية والنظريات الأخلاقية غير الطبيعية.

ثم توقف بصورة مختصرة عند بعض القضايا الأخلاقية وعرف العلاقة بين الأخلاق والنشاط الجنسي لدى المفكرين الغربيين، ثم انتقل لشرح نظريات الحتمية الأخلاقية، واختتم الفصل بمذهب اللذة الأخلاقي.

ويتهي إلى أن أهم ما يميز الأخلاق في الفكر الإسلامي عن الأخلاق في الفكر الغربي، أن الأول تأخذ في السواد الأعظم من مبادئها بمفهوم (الحلال والحرام) كميّار للحكم على الأفعال في حين تأخذ في الفكر الغربي بمفهوم (الصواب والخطأ) في الغالب الأعم من مبادئها وتلك هي النتيجة النهائية التي انتهت إليها دراسته.

ولقد تشابحت هذه الدراسة إلى حد ما مع الدراسة الحالية (أخلاقيات مهنة الطب لدى الطبيب الجزائري في ضوء الشريعة الإسلامية، دراسة ميدانية لمجموعة من مستشفيات القطاع العمومي والعيادات الخاصة).

ولأن المهنة الطبية أساسها الممارسة والعمل الطبي، والممارسة جنيسة الفعل وكما كانت الأخلاقيات في الفكر الغربي تمثل الجانب القانوني والمعيّار الضابط الوضعي الذي يصدر أحكام الصواب والخطأ على هذه الأفعال، كذلك هي في دراستها الحالية.

وتمثل أخلاقيات المهنة الطبية في الجزائر الجانب المعياري الوضعي الضابط لممارسة الطبية والحكم عليها بالصواب والخطأ، وكذلك كما تمثل الأخلاق في الفكر الإسلامي لهذه الدراسة المبادئ المستوحاة من الشريعة الإسلامية هي كذلك في الدراسة الحالية بمثابة المعايير الضابطة والمصدرة لأحكام الحلال والحرام على الأفعال.

الدراسة الثانية (2007): تحت عنوان (مسؤولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه) وأجراها الدكتور أحمد محمود سعد¹، ولقد تم اختيار هذه الدراسة من بين عدة دراسات متشابهة لها تتخذ من تحديد الوضعية القانونية للطبيب الممارس هدف لها وتتكلم هذه الدراسة عن قوانين الممارسة الطبية أو ممارسة الطبيب أعماله في حدود القانون وهذه الدراسة تتناول القانون المصري والعربي الشرقي والقانون الفرنسي الأجنبي الغربي ويقتى موضوعنا الذي تناوله الدراسة الحالية رأس مالها الإنسان، وهو الطبيب والأخلاقيات التي تكون له إطارا مرجعيا يضبطه، وكيف تجعل منه الشخص الطبي تحميه أخلاقه وقيمه بالإضافة إلى القوانين التي اخترعها البشر للتقييم، والكل معرض للخطأ.

فيها يحلل ظاهرة الأخطاء التي يقع الطبيب وفريقه المهني أثناء تأديتهم العمل في المستشفى والقطاع الخاص، ومسؤولية إدارة هذا الأخير عن تكل الأخطاء حسب اتجاهات الفقه والقضاء المصريين والفرنسيين.

يقسم الباحث دراسته إلى قسمين أساسيين، قسم يتناول الطبيعة القانونية للعلاقات الطبية المتعددة، والمتنوعة بين إدارة المستشفى الخاص والطبيب والمساعدين والمرضى وقسم يبين فيه التأصيل القانوني لمسؤولية غدارة المستشفى الخاص عن الطبيب ومساعديه.

يرى الباحث أن ممارسة الطب تعد من أقدم المهن التي عرفها الإنسان وقد عرفت هذه المهنة تطورات كثيرة نتيجة لتطور العقل الإنساني، وكذا تطور وتعدد وتنوع الوسائل والأدوات المستخدمة بالإضافة إلى ظهور التخصص العملي الذي انجر عنه وجود القطاع الخاص -أفراد ومؤسسات خاصة... الخ- الذي تتبناه أغلب الدول ذات المنهج الليبرالي.

1 - أحمد محمود سعد: مسؤولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه، دراسة تحليلية لاتجاهات الفقه (الفضاء المصريين والفرنسيين)، ط2، دار النهضة، القاهرة، 2007.

فالمستشفى الخاص حسب وجهة نظر الباحث هو مؤسسة علاجية يمتلكها طبيب مرخص له من طرف الدولة لمزاولة نشاطه الطبي، تعمل على تقديم العلاج للمرضى والمصابين، فهو نسق من أجل تقديم العلاج وتقديم أحسن الخدمات لراحتهم. غير أنه يقع في الكثير من الأخطاء الطبية التي تجعله يتحمل المسؤولية عن تلك الأخطاء لذلك فإنه توجد علاقة متعددة ومتنوعة ووثيقة بين هاته العناصر، لاجتناب كل الصعوبات التي قد تعترض الممارسة الطبية في المستشفى الخاص، تعتمد الدراسة على الفقه والقضاء المصريين والفرنسيين في كيفية نظرها إلى المسؤولية التي تقع جراء الخطأ التي يرتكبها الفريق الطبي الخاص حيث يخلص الباحث إلى أن فرنسا تمتلك مرتبة أحسن من مصر في درجة تحمل المسؤولية، وفي مناهج العمل التي تحد من ارتكاب أخطاء طبية كثيرة داخل المؤسسات العلاجية الخاصة، وذلك راجع إلى عوامل من بينها وجود تشريعات صارمة، ورقابة وإشراف دائم، والاعتراف بتحمل المسؤولية من طرف الأطباء الخواص أثناء علاجهم للمريض.

أما مصر فلا تزال تعرف المستشفيات الخاصة بها نقائص ومشاكل كثيرة نتيجة قلة الخبرة والتكوين الجيد، وغياب تشريعات واضحة وشفافة، بالإضافة إلى عدم الأخذ بمبدأ المسؤولية في تأدية العمل التي عبر عنها الباحث -النقص الذاتي- أي عدم وجود رقابة ذاتية خلال ممارسة مهنة الطب، التي تجعل وهي بدورها تجعل الطبيب يمارس مهامه بكل مسؤولية من أجل الوصول إلى أحسن النتائج في عمله للمريض ووقايته.

وفي هذا السياق يرى الباحث أن الطبيب الخاص ما هو إلا إنسان معرض للخطأ مثله مثل أي إنسان آخر في ممارسته لهذا النشاط الصعب، لذلك فإن نجاح هذا النشاط يتطلب وجود طبيب قادر ومتمكن مسؤول وفريق طبي متكاتف، كما يتطلب تحمل كل طرف لمسؤوليته وليس الطبيب وحده، خاصة إذا كان هذا المستشفى يقع في دولة لا تملك تقنيات فنية وتشريعية وتكنولوجية متطورة وهادفة لخدمة المواطن المريض، الذي يبقى في الأخير هو من يتحمل كافة الأعباء المالية والنفسية، ونرى أن الدراسة تخدم الدراسة الحالية في جانب الأخطاء الطبية حيث خلصت إلى أن عدم وجود

التشريعات الصارمة سواء في البلدان العربية أو غيرها، يفتح أمام الأخطاء المتكررة بابا يصعب سده، وأيضا أشارت إلى قلة الخبرة والتكوين الجيد يدفعان بالطبيب إلى إهمال وعدم تحمل المسؤولية على أتم وجه، وتحمل الطبيب لهذه المسؤولية والوجه الذي يحفظ حق المريض ما ينبع إلى من أخلاقيات يمتلكها هذه الطبيب تجعله يحرص كل الحرص على حفظها دون هدف آخر.

دراسة الدكتور العشوي أحمد (2006): عنوانها (مدى تطبيق أخلاقيات مهنة الخدمة الاجتماعية) وفيها تناول الباحث أهمية التعرف على مدى تطبيق أهم أخلاقيات المهنة على مهنة الخدمة الاجتماعية ومبادئها تجاه العملاء والعلاقات السائدة من خلالها مثل: (العلاقة المهنية والتقبل، والسرية، وحق تقرير المصير) أثناء الممارسة المهنية لاختصاصيين الاجتماعيين في المجتمع السعودي، وقد اشتملت الدراسة على عينة من الاختصاصيين الاجتماعيين والاختصاصيات الاجتماعيات حددت بـ(160) العاملين في مجالات الخدمة الاجتماعية (التأهيلي، المدرسي الطبي) في القطاع الحكومي في مدينة الرياض، ثم جمع بيانات هذه الدراسة عن طريق استبيانات صممت لهذا الغرض، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الاختصاصيين الاجتماعيين مبدأ علاقة المهنة بدرجة كبيرة، ومبدأ السرية ومبدأ التقبل... الخ، وتشترك هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في أن كلما كانت الأخلاقيات المهنية مضبوطة ودقيقة وشفافة وتماشى مع خصوصية المجتمع المهني المطبقة كلما حسن الأداء ونجح العمل أو المهنة في هذا المجتمع.

دراسة الدكتور محمد غالي (2002): بعنوان (الأخلاق الإسلامية والطب وأخلاقيات الممارسة الطبية في وجود المستجدات الطبية)

يتناول الباحث في دراسته هذا المجال الحساس إذ أنه في خضم التقدم العلمي والتقنيات الجديدة يضع المتخصصين والأطباء في مواجهة كبيرة مع قضايا غاية في التعقيد والصعوبة يتحتم عليهم أن يتخذوا قرارات بشأنها على مدى العقود الماضية، كان الفقهاء على اتصال بالأطباء يتعاونون معهم بهدف إصدار فتوى مهمة.

تشير هذه الدراسة أن الأطباء أنفسهم وقعوا تحت ضغوط شديدة تتعلق بعوامل أخرى مثل العوامل الاقتصادية والاجتماعية وثمة قرارات ينبغي اتخاذها في مجالات أخرى عديدة مرتبطة بهذا المجال لتزايد حساسيتها عندما يتعلق الأمر بقضايا مثل الموت وتحديد لحظة الوفاة، بيع الأعضاء... الخ وفيما هو أبعد من القرار العلاجي مثل (الاستئصال)، الذي ينبغي أن يدفع الطبيب بأخلاقياته إلى المفاهيم إلى جوهر القضايا المتعلقة بجوهر الحياة البشرية نفسها، الطبيب مثل (قضية الإجهاض، وقضية الإيدز) حيث يؤدي التوظيف الأخلاقي للمرض إلى تعقيد مهمة الأطباء والفقهاء لدى محاولتهم تقديم مساهمة إيجابية إذ أن هناك قضايا مازلت قيد الدراسة بسبب تعقيدها وتوصيفها الأخلاقي. تتطلب من الطبيب بحكم أخلاقياته حتى يصل بالمريض إلى بر الشفاء مع أقل الخسائر المادية والنفسية، وهذه الدراسة تصب في صميم الدراسة الحالية إلى مدارها حول توظيف الطبيب الحكيم لأخلاقياته أثناء ممارسته حتى يحقق ربح هذه المهنة النبيلة.

دراسة الدكتور عبد العزيز بن عبد الكريم القصير (2010): عنوان الدراسة: (أخلاقيات مهنة الطب دراسة تأصيلية في الإسلام)

وتهدف هذه الدراسة إلى أربع نقاط هامة هي محور تشابها مع الدراسة الحالية نلخصها فيما يلي:

1. دور وزارة العمل في تنظيم أخلاقيات العمل في القطاع العام والخاص، ويتفرع هذا العنصرين بدوره إلى ما يلي:

أ. الحاجة الماسة لقيام مراكز ثقافية عاملة تقوم بدور توعوي نحو أخلاقيات العمل في المهن المختلفة.

ب. هناك نقص في تكامل جهود الأسرة والمؤسسات التعليمية والتربوية والتدريسية والإعلامية وكافة المؤسسات الاجتماعية الرسمية والمدنية نحو تأصيل أخلاقيات العمل.

2. التنمية الإدارية والأخلاقية المهنية في إيجاد بنية عمل ملائمة ومساعدة ومتوازنة في استخدام الثواب والعقاب في الممارسة المهنية.

3. مؤسسات التعليم والتدريب بحاجة إلى جهد أكبر في مجال إعداد القوى العاملة الملائمة

لسوق العمل وأخلاقياته وضوابطه المهنية.

دراسة الدكتور حسين محمد الفريحي (1998): عنوان: (أخلاقيات مهنة الطب في المجتمع المسلم):

وتهدف هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على بعض هذه الجوانب من أخلاقيات مهنة الطب في

المجتمع المسلم، حيث تعتمد التشريعات في هذا المجتمع على تعاليم الإسلام الثابتة في القرآن والسنة

كون المجتمع بأكمله يدين بالإسلام ولقد ركز الباحث دراسته على هاذين التساؤلين:

1. هل تؤثر الجوانب الأخلاقية أو الاجتماعية أو الدينية فيما يخص التعليم الطبي أو عند

الممارسة العلمية للطب في نظم التعليم في كليات الطب في الدول الأخرى؟

2. هل مناهج التعليم الطبي في العالم مماثلة أو أنها مختلفة ومتباينة، وإذا كانت مختلفة فما الذي

يحدد اختلافها؟

ومنه انطلق الباحث من هذين السؤالين لتحقيق الفرضيتين التاليتين:

1. تؤثر الجوانب الأخلاقية والاجتماعية والدينية فيما يخص التعليم الطبي وكذلك عند الممارسة

الطبية في نظم التعليم في كليات الطب.

2. مناهج التعليم الطبي في العالم مماثلة في جوانب ومتباينة في جوانب أخرى.

ولقد خلص الباحث إلى أن الجوانب الدينية بكل بلد لها خصوصيتها الاجتماعية التي تؤثر

عليها في جميع الميادين وكذا ميدان الطب، مما يجعل النظام التعليمي وحده غير قادر على تخريج

الأطباء المرجوا تواجدهم في المجتمع المسلم.

دراسة الدكتور عبد الله معمر (1990): بعنوان: (أخلاقيات المهن الطبية في تاريخ الفكر

الاجتماعي):

تهدف هذه الدراسة إلى أنه معروف لكل مهنة أخلاقياتها ومن الضروري الالتزام بها من قبل

الممارسين ولا يكتمل الأداء المهني إلا بها ومن هذه المهن الطب والطبابة الذي يعد في مقدمة المهن

التي لها أخلاقيات صارمة منذ الأزل حيث كان التطبيب يقوم على أساس الربط بين المرض والمتغيرات

التي تطرأ على الطبيعة وحركة الإجماع السماوية وعن طريق الربط بين المرض والعوامل البيئية والطبيعة ومتغيراتها المختلفة وقامت تقاليد ممارسة مهنة الطب لدى العرب أيضا على مما توارثه العرب من تقاليدهم العربية الأصيلة ومما نقلوه عن الأمم السابقة.

كما أشارت الدراسة إلى أن الأخلاقيات هي جزء من ظواهر وأنساق المجتمع ولها وظائفها وضرورتها الاجتماعية في البناء الاجتماعي، وكما أنها جزء من مكونات وترابط هذا البناء.

كذلك تعد جزء من نسق القيم الاجتماعية في مختلف المجتمعات ومراحل تطورها وارتباطها بمختلف الديانات السماوية أو اللاسماوية إذ مثلت سياج لعملية الترابط الاجتماعي.

حيث توصل الباحث في دراسته إلى أن الأسس الأخلاقية في ممارسة مهنة الطب في الدول الإسلامية كانت تقوم على التالي:

- ✓ التقاليد العربية بما تتضمنه من أخلاقيات.
- ✓ التقاليد الطبية المنقولة من الحضارات السابقة.
- ✓ تحكيم المبادئ الدينية والقيم الإسلامية في العلاقة بين المريض والطبيب.
- ✓ النظم الخاصة بإدارة الدول الإسلامية.
- ✓ بالإضافة إلى حث الإسلام على العلم وطلبه والسعي إليه وضرورة سقوله بما حثت به الشريعة الإسلامية.

وفي نهاية الدراسة خلص الباحث إلى أنه يمكن الاستنتاج إجمالا أن أبقرط أول من حدد أخلاقيات الطب بشكل مكتوب وإن كانت موجودة قبله كنظم وتعاليم أخلاقية على الممارس اتباعها والالتزام بها والذي على أساسه تم تحديد الإطار العام لأخلاقيات الطب ثم ظهر نظام المحتسب في الدول الإسلامية والذي كانت له دلالاته الاجتماعية والأخلاقية.

حيث ذكر الباحث بعض أخلاقيات الطب في المجتمع الإسلامي منها:

1. احتماء واعتدال الأكل والشرب.

2. النظافة والوقاية.

3. العلاقة الإيجابية بين الطب والدين.

ومن هذه الدراسة التي تتفق مع الدراسة الحالية في النقطة المحورية والرئيسية والمتمثلة في ضرورة وجود أخلاقيات توجه القائم على هذه المهنة الحساسة والنبيلة أحسن توجيه يحفظ للمريض كرامته وصحته.

دراسة موفق علي عبيد (1998): بعنوان: (المسؤولية الجزائية للأطباء عن إفشاء السر المهني): ينطلق الباحث في هذه الدراسة أنه مع ازدياد حدة الأزمة الأخلاقية والدينية أمام كل تحضر مادي جديد، وهذا بطبيعة الحال تشمل الأطباء، مع أن السر الإنساني قد عاش لقرون طويلة في حمى القواعد الأخلاقية والدين بعض سلطاتها الاجتماعي، صار حتما أن تنقلب هذه القواعد الأخلاقية والدينية السامية إلى قواعد قانونية متميزة بالجبر والإكراه المادي الصادر عن الدولة.

وانطلق الباحث في هذه الدراسة من مجموعة من التساؤلات منها:

- ✓ هل يعتبر السر المهني واجبا يفرض على الطبيب أم أنه حق له؟
- ✓ وهل يوجد سر إنسانية في حماية النظام العام أو في العقد الرابط بين الطبيب والمريض؟
- ✓ وهل يتسع نطاق السر فيشمل كل ما وصل إليه علم الطبيب من معلومات وبيانات أم يشترط أن يدلي بها المريض ذاكرا له أنها من أسرارهم؟
- ✓ وهل يشمل السر من حيث الأشخاص الطبيب وكل من يعاونه من زملاء أو خبراء وكتبه وسكرتيرين أم يقتصر عليه وحده؟
- ✓ وهل أن إفشاء الطبيب لسر عملية يعتبر جريمة إذا ما توافرت أركانها في كل الأحوال أم أن هناك حالات تبيح للطبيب أن يفشي السر وبالتالي تنتفي صفة الجريمة عن فعله؟
- ولقد توصل الباحث في دراسته للإجابة على تساؤلاته السابقة إلى النتيجة التالية أنه:
- لكي تتحقق المسؤولية الجزائية للطبيب عن جريمة إفشاء السر الطبي يجب أن تتوافر لهذه الجريمة أربعة أركان:

✓ الركن الأول: هو أن يكون ما تم إفشاؤه سرا.

✓ الركن الثاني: هو فعل الإفشاء نفسه.

✓ الركن الثالث: هو صفة الإفشاء ووقوعها من الطبيب

✓ الركن الرابع: وهو الركن المعنوي أو القصد الجرمي.

وهنا إذا توافرت الأركان الاربعة السابقة مع عدم وجود سبب من أسباب الإباحة حققت على الطبيب العقوبة وهي في مكان العتبة (المجتمع الأردني) الحبس مدة لا تزيد من ثلاثة سنوات. وهذا يجعلنا نتأمل خطورة هذا الفعل الذي يخل بأخلاقيات الطبيب أثناء تأديته لواجبه الإنساني والاجتماعي.

ب - الدراسات الأجنبية:

لقد تم تناول هذا الموضوع أكثر من باحث ومن زوايا متعددة، ومن مجتمعات مختلفة، حيث تم تناوله في المؤسسات التربوية الصناعية، ومؤسسات الأعمال عموماً وهي دراسات تبحث في تأثير الأخلاقيات والمبادئ السلوكية القيمة في أداء العاملين وأصحاب المهن، لهذا سنحاول إيراد بعض الدراسات التي أجريت في الدول الأجنبية.

دراسة (س.ج. ردينج 1990): بعنوان: أخلاقيات وسلوكيات العمل في مؤسسات النسيج بين الصينيين بمختلف توجهاتهم

وقد أجريت هذه الدراسة على (72) عامل من الصينيين في مؤسسات مختلفة للنسيج في هونج كونج، وتايوان وسنغافورة، واندونيسيا، وكانت الدراسة تستهدف لإعادة تركيب أفكارهم العقائدية وقيمهم وربط هذه الأنماط بما كان معروفاً من قبل عن أخلاقيات الإدارية في أعمال الأسرة الصينية، وقد أجرى هذا البحث بواسطة مقابلات ممتدة مسجلة على شرائط، حيث استخدمت عملية شبه تركيبيّة للأسئلة لاستطلاع عشر موضوعات أساسية أختيرت لكي تلقى الضوء على الآراء المناصرة عن العلاقات، والقرباة، الصبر، الإتقان في العمل... الأمانة، وقد سجلت التصريحات وتم تحليلها، وتصنيفها لإيجاد صورة للتركيبة الذهنية لمجموعة من الأشخاص حيث أخذ بعين الاعتبار العامل التاريخي والاجتماعي والثقافي لكل شخص، وأيضاً أنماط السلوك الحاضر.

وبعد تحليل الإجابات وتركيبها توصلت الدراسة إلى مجموعة من المعطيات يمكن تلخيصها فيما يلي:

يبدو أن هناك وصايا للتاريخ الاجتماعي الصيني تعمل كعوامل محددة للأخلاقيات في الوقت الحاضر، فالنظام الأبوي مستمد من أخلاقيات كونفوشيوس السائدة والتي تكمن من رواء بنيان المجتمع الصيني.

1. تكفل الأخلاقيات هيكل هرمي قائم على تبادل التوفير إلى أعلى وصرامة مسؤولية وإنسانية إلى أسفل.

2. النزعة الشخصية قوة تنال مشكلة إنشاء علاقات ثقة في حالة غياب الأخلاقيات بين الأشخاص.

3. تغيير العقيدة الرسمية للدولة (سواء عقيدة كونفوشيوس أو الشيوعية) تركت الشخص الصيني لا يتوقع الكثير من الخير.

ومن خلال هذه التحليلات استخلص الباحث أن أية نظرية لشرح أخلاقيات العمل لدى المهنيين والعمال الصينيين سواء في مجتمعهم الأصلي أو في الخارج، يجب أن تبدأ بالمحيط الاجتماعي الذي يزيد من أهمية امتلاك هذا العامل بأخلاقيات تحفزه على الأداء الجيد لعمله دون التأثير بأخلاقيات دخيلة عليه، والتي تعد في كثير من الأحيان أخلاقيات تفرض عليه أثناء تأدية العمل بالإضافة إلى الأخلاقيات الأصلية التي اكتسبها وتعد من الموروثات الاجتماعية والأسرية لدى الفرد الصيني ابتداءً.¹

دراسة فرنسية تم ترجمتها إلى اللغة العربية بواسطة الدكتور محمد الصالح بن عمار أستاذ جامعي استشفائي بكلية الطب بتونس تحت عنوان: (الأخلاقيات مهنة الطب):

1 - بريجيت بيرجر: أخلاقيات العمل، ترجمة: محمد مصطفى غنيم، دار الدول للنشر والتوزيع، مصر، 1995، ص 171-187 بتصرف.

وهذه الدراسة ساهم في نشرها العديد من الأساتذة الدكاترة لإخراجها بشكل مهم فهي تمثل المفهوم الأوسع و الأشمل لكل ما يتعلق بأخلاقيات مهنة الطب ولكنها لم تعنى كل الاعتناء بأخلاقيات مهنة الطب في الإسلام والتي هي موضوع بحثنا الأساسي.

لذا نلاحظ في هذه الدراسة عدم التخصصية بالشكل الكامل، ونقول أن الدراسة التي بين أيدينا عنت باهتمام بالغ بأخلاقيات مهنة الطب في ضوء الشريعة الإسلامية.

كما توجه هذه الدراسة إلى كل من له اهتمام بالطب وقضاياها فهو للطبيب وطالب الطب والعاملين في الحقل الصحي.

ت - الدراسات الجزائرية:

دراسة أقطي جوهرة ومقراش فوزية (2012): عنوان الدراسة: (أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية جيجل.

هدفت الدراسة إلى اختبار أثر حوكمة المستشفيات¹ بأبعادها الشفافية²، مجلس الإدارة وإدارة المعلومات³، لجان التدقيق⁴، وإدارة المكافآت⁵ على أخلاقيات المهنة الطبية⁶ بأبعادها الرقابة الذاتية، الولاء الوظيفي، دقة ووضوح الدور، وتطوير المهارات بالتطبيق على المؤسسة الاستشفائية العمومية لولاية جيجل، وباستخدام استبيان تم توزيعه على عينة مكونة من 114 موظف، وبعد التحليل

1 - حوكمة المستشفيات: نظام محكم المعالم يهدف لتحديد مسؤوليات مجلس الإدارة والطاقم الطبي حتى تلتزم الموارد البشرية لمسؤولياتها المهنية.

2 - الشفافية: تعبر عن الإفصاح عن الوضعية الحقيقية للمستشفى وكذا الإفصاح عن كل المعلومات ذات العلاقة بالمهنة الطبية وكل ما يحدث من وقائع داخل المستشفى.

3 - لجنة التوثيق: لجنة تهدف بالدرجة الأولى منها هو التأكد من صدق وصحة التقارير المقدمة حول المستشفى، وكذا القيام برقابة فعالة داخلية

4- مجلس الإدارة وإدارة المعلومات: توفير معلومات عن مجلس الإدارة والمهام التي يقوم بها بدون أدنى لبس لكل الموظفين.

5 - إدارة المكافآت: تعتر هذه الإدارة عن توفر ووضوح المعلومات المتعلقة بالأجور والتعويضات وكذا توضيح أسس تقييم الأداء.

6 -أخلاقيات مهنة الطب: مدى التزام الطاقم الطبي بمسؤوليته في أداء الخدمة الصحية بتوفر صفات أخلاقية عالية في تعامله مع المريض ويمكن قياس ذلك من خلال مجموعة أبعاد تتمثل في الرقابة الذاتية بالنسبة للطاقم الطبي ولأدائه الوظيفي، وضوح دوره، والتزامه بتطوير مهاراته باستمرار.

باستخدام برامج التحليل الإحصائي *Spss* توصلت الدراسة إلى أن المستشفى العمومي لولاية جيجل يطبق مستوى عالي من أبعاد الحوكمة كما أن الطاقم الطبي له مستوى عالي من أخلاقيات المهنة، كما أكدت النتائج أن كل من إدارة المكافآت والشفافية لها أثر إيجابي مباشر على أخلاقيات المهنة الطبية، بينما لكل من مجلس الإدارة وإدارة المعلومات ولجان التدقيق فليس لها أثر مباشر على أخلاقيات المهنة الطبية وقدمت الدراسة مجموعة من التفسيرات والتوصيات ذات الصلة بالموضوع. دراسة الدكتور سليمان النحوي (2002): بعنوان: (مشروعية التصرف في جسم الإنسان بين الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري)

ولقد تناولت الباحثة في هذه الدراسة بحث مشروعية التصرف في جسم الإنسان وهو بعد واحدا من أهم وأحدث الدراسات سواء في فقه القانون المقارن أو في أحكام الشريعة الإسلامية وهذا بالنظر إلى التطورات التي تستجد في العالم الطبي والتي تشير بدورها الكثير من الجدل حول مدى مشروعيتها.

وخلص الباحث فيها إلى أن حقيقة الأمر في التصرف الطبي في جسم الإنسان بأبعاده المعاصرة مسألة مستجدة ولا يتوقع الفقهاء المسلمين قد تعرضوا لبحث حكمها الشرعي، ذلك أن هذه المسألة وليدة ما توصل إليه التقدم العلمي في مجال نقال وزراعة الأعضاء وكذا عمليات التلقيح الصناعي.

وصحيح أن أولئك الفقهاء قد تعرضوا لبحث أنواع من التصرف بتصور وقوعها في أي عصر على الجسد البشري وأعضائه واستنبطوا أحكامها بتطبيق أحكام الشريعة العامة عليها. غير أن ما ذكره في مصنفاتهم حول هذا الموضوع يختلف في عناصره الجوهرية عن المسألة موضوع البحث من حيث نوع التصرف الوارد على جسم الإنسان، ومن حيث الطريقة التي ينفذ بها، لذلك لا يجوز في بحث جاد أن يتخذ ما ذكره الفقهاء من أحكام لبعض المسائل في هذا المجال أصلا لموضوع البحث.

دراسة الدكتور عيسى بن علي (1998): عنوانها (مكانة الأخلاقيات في مناهج المعاهد الطبية والصحية)، دراسة نظرية

وفيها يبين الباحث القصور والتقصير والتساهل والإهمال واللامبالاة وتزايد أخطاء الطب ومختلف المهن الطبية، وبينت الدراسة أنه ليس لأخلاقيات المهن الصحية مكانة في كثير من تخصصاتنا الصحية الموجود منها يخلوا من أنظمة مزاوله الأخلاقيات الطبية ما يؤخذ على الدراسة.

✓ الاختصار الشديد مع أهمية ومكانة الموضوع.

✓ الافتقار إلى كثير من المراجع.

وتتميز الدراسة الحالية عن هذه الدراسة في:

✓ المساهمة في ربط المهنة الطبية بالأخلاق الإسلامية والبعد الإيماني.

✓ الرجوع للكتاب والسنة والآثار في جميع ما يكتب في البحث.

يقاس عليه لمجرد وجود بعض العناصر المشابهة مع إغفال كثير من العناصر المستجدة بحكم

التقدم العلمي الكبير، كذلك فإنه مع هذا التطور الهائل في ميدان نقل الأعضاء والعلوم الإحيائية والهندسة الوراثية لا توجد قوانين تنظم هذه العمليات ومع كل باب علم يفتح استجد مشاكل قانونية وأخلاقية لا قبل لأهل القانون بها فيصير الجدل ثم البحث وهذا دليل على قصور القانون الطبي.

وهذه الدراسة رغم كونها دراسة قانونية إلا أنها تخدم موضوع الدراسة الحالية من عدة جوانب

أولها أنها تولي حرمة الجسد وسلامته أهمية واضحة وتعتبره أهم حق يتمتع به الفرد بعد حقه في الحياة وهو ما أسميناه في الدراسة الحالية بمقصد (حفظ النفس) كما يعد بالنسبة للمجتمع حقاً أساسياً في

المحافظة على وجوده، كما أن مبدأ معصومية جسم الإنسان ورحمته حياً أو ميتاً محل إجماع العلماء

والقانونيين كما تتفق الدراسات في أنه يوجد الكثير من المبادئ التي تبرز حسب رأي الدكتور المساس بجسم الإنسان منها مبدأ إحياء النفوس، مبدأ التراحم والتضامن والتعاون على البر والتقوى وهي أصل

القواعد التي يعتمد عليها قانون أخلاقيات الطبيب الجزائري وكذا مبدأ ارتكاب أفق الضررين لدفع الأشد منها.

● مناقشة الدراسة السابقة:

يتضح من خلال الدراسات السابقة أهمية المعطى الأخلاقي والقيمي والاجتماعي في دراسة مسألة الأخلاقيات في جميع المهن وعلى رأسها مهنة الطب التي لها من الشرف القدر الكبير وذلك بإجماع العلماء والحكماء على شرف مهنة الطب وعظم أهمية الطبيب قال الشافعي رحمه الله: صفان لا غنى عنهما: (العلماء لأديانهم والأطباء لأبدانهم) وذكر الرازي في فضل الأطباء: (أنهم قد جمعوا خصالا لم تجتمع لغيرهم، منها اتفاق أهل الأديان والملوك على تفضيل صناعتهم، واعتراف الملوك والسوقة بشدة الحاجة إليهم: ومجاهدتهم الدائمة باكتشاف المجهول في المعرفة وتحسين صناعتهم واهتمامهم الدائم بإدخال السرور والراحة على غيرهم).

فإن عرف الطبيب قدر مهنته وعظيم شرفها لم يسعه إلا أن يتصرف بما يليق بقدرها ومكانتها، فيسمو بنفسه عن ارتكاب كل ما يليق به وبمهنته من أعمال وخصال شيء لسمعته وسمعة مهنته، من خداع في العمل وخلف للمواعيد وكذلك وتكبر وادعاء ما لا يعرف وغير ذلك من الخدمات التي لا بد أن تعرف إلا عاجلا أو آجلا فيتعص ذلك من قدره عند الناس ويكتب في كتاب سيئاته عند الله تعالى.

ففي الدراسات السابقة سواء العربية أو الأجنبية أو الجزائرية منها والتي أجريت في عدة دول وعلى عدة مهن منها مهنة الطب كشفت أن معطى الأخلاقيات لدى الفرد عموما ولدى الطبيب على وجه الخصوص يشكل حجر الزاوية في نجاح العمل وأداء المهنة على أحسن وجه أو عكس ذلك، وهذا يتوقف مع جميع افتراضات الدراسات السابقة، ونتائجها التي تعضد الموضوع بشكل مباشر أو غير مباشر، هذا أن هذا المعطى هو الذي يصنع وعي الأفراد وعلاقتهم المباشرة بالمهن ويصنع لهم تصوراتهم ومن ثم مواقفهم وسلوكهم.

كما أشارت الدراسات إلى وجود فوارق في الالتزام عند الأفراد أو الأشخاص رغم اتفاق المهنة بينهم في توظيف هذه الأخلاقيات أثناء ممارستهم لمهنتهم وقد يرجع هذا الفرق إلى الاختلاف الواضح في مشاربهم وتنشئتهم ومرجعياتهم وحتى في النواحي الاجتماعية والاقتصادية الأخرى. وقد تختص الدراسات التي أجريت في الدول العربية الإسلامية والتي تقترب تشابهاً من المجتمع الجزائري خاصة في الجانب العقائدي والثقافي إلى حد ما.

حيث أظهرت هذه الدراسات مدى ارتباط القيم الدينية بصفة عامة بمدى التزام الأفراد والمهنيين مهما اختلفت المهن بالتمسك النسبي بأخلاقيات الدين الإسلامي لاتحاد المصادر المستمدة منها عندهم إلا وهو كتاب الله وسنة رسوله ولو اختلفت في جزئيتها وهذا راجع لتأثرهم بالثقافات الدخيلة وحتى المحيط الاجتماعي لديهم، والتي قد تكون هي التي تحدد بالفعل السلوكات الاجتماعية وأخلاقيات لدى هذا الفرد.

إن هذه الدراسات مهمة للغاية وتعطي للباحث القوى لدراسة هذا الموضوع وخاصة وأن الباحثة لم تطلع على دراسة جدية في الموضوع ذاته، وخاصة الدراسات الميدانية، فلم تجد دراسة تتناول موضوع الأخلاقيات المهمة الطبية في ضوء الشريعة الإسلامية لدراسة ميدانية في أي مؤسسة من المؤسسات، تحت أنها لم تعثر على دراسة تبحث في أخلاقيات المهنة في أي مجال آخر بشكل ميداني مطبق، وأن الدراسات التي اطلعت عليها الباحثة لم تدرجها في البحث، كانت غير متعمقة أكثر في مجال تطبيق أخلاقيات المهنة وأثرها على الممارسات، ولهذا جاءت هذه الدراسة المتواضعة لتنبه على الأقل إلى أهمية الموضوع التي تجعل مجتمعنا في مواجهته جراء عدم الاهتمام بسقل الممارسات بالأخلاقيات لضمان جودة الأداء ونزاهته في جميع المجالات وخاصة المجال الصحي ومهنة الطب لسمو مكانتها وسمو مقصدها وفق حفظ النفس البشرية.

خامسا : صعوبات الدراسة:

ما أحوجنا أن نصلح أنفسنا وأخلاقياتنا ومرجعياتنا ومؤسسات مجتمعتنا، وأن انبثت على ما بقي من قيمنا عسانا بها تدب الحياة في مامات أو سيموت منها في حاضرتنا حتى نسير بها إلى مستقبلنا المنير.

هذا المستقبل الذي تصنعه أيدينا وأرواحنا السامية سمو رسالة الإنسان، وهي حمل الأمانة الثقيلة التي استخلفه الله بها على عمارة الأرض ورفيها وإصلاحها لا للإفساد فيها.

ويتحقق هذا السمو بتكاثف الجهود وجمع شتات القيم والأخلاق الداعمة للأخلاقيات والتي لا يكاد المتخصص في هذا المجال أن يجد له مرجعا يعود إليه عند الضرورة وهي من الصعوبات التي يتلقاها الطبيب المتمسك بأخلاقياته، وهي أول الصعوبات التي واجهتني أثناء جمع المادة العلمية لمتغيري البحث معاً، ومما زاد صعوبة البحث خلال هذه المرحلة خلو المدينة التي أقطن بها من المكتبات العامة والمعارض المتخصصة مما استدعى إلى تنقلي إلى بعض المدن البعيدة، وتكبد عناء السفر الجسدي والمادي، وكذلك مما يذكر توفر الكتب العديدة لمتغيري عنوان الدراسة كلا على حدا وبالتالي كان الاستغناء على الكثير منها في الكثير من الحالات.

وكذلك من الصعوبات التي واجهتني في المرحلة الميدانية أثناء جمع استمارة الدراسة لتفرق عناصر العينة وبعد المسافة.

وأخيراً ورغم كثرة المؤسسات الاستشفائية والعيادات الخاصة التي كانت تود الباحثة مسحها مسحاً شاملاً في دراستها الميدانية، إلا أن الجانب المادي كان عائقاً يحول دون تلك المبتغى. وهذا ما جعل أهم الصعوبات التي واجهتها الباحثة تخص الجانب الميداني سواء أثناء المرحلة الاستطلاعية أو أثناء المقابلات الخاصة بالاستمارة وقد تم التعرض لها في الجانب الميداني بشيء من التفصيل.

خاتمة الفصل:

إن القوانين الوضعية قد تجاهلت دور الدين في حل المشكلات الأخلاقية، مما أدى إلى عزها في حل المعضلات الطبية وعدم قدرتها على تطبيقها لا بمضمونها القانوني ولا بمضمونها الإنساني ولكن بالمقابل فإن النظام الإسلامي قد استوعب هذه الأسس الأخلاقية وانعكس بدورها على أخلاقيات الممارسة الطبية.

إن هذا الفصل يحدد ملامح البحث في نظرية الآداب والأخلاقيات الطبية من وجهة نظر الشريعة الإسلامية والتي تستند على خمس أسس تدعى (مقاصد الشريعة) ينبثق عنها خمسة أهداف طبية هي:

✓ حفظ الدين والأخلاق وتهدف إلى حفظ الدين.

✓ حفظ الصحة والحياة وتهدف إلى حفظ النفس.

✓ حفظ الإنجاب وتهدف إلى حفظ النسل.

✓ حفظ الفكر والذهب وتهدف إلى حفظ العقل.

✓ حفظ المال ويهدف إلى عدم إهدار المال فيما لا يجدي نفعا.

وأن أي عمل طبي يجب أن يتوافق ويتحقق مع كل هدف من هذه الأهداف الخمسة، وفي حال انتهاك أي أحد منها فإن ذلك يعتبر خرقا لقانون أخلاقيات المهنة الطبية ومزاولة مهنة الطب موجودة منذ القدم، وما زالت عليه حتى الآن، فقد وضع ابقرراط (القسم الطبي) وكتب ابن سينا عن ذلك، إلا أن أهميتها اليوم هي أكثر بكثير من السابق وذلك بسبب أن هذه الأخلاقيات المهنية كانت قديما مرتبطة بتعاليم الدين، حيث كان التدين عند الناس معلما واضحا في حياتهم، وبعدها أصبح الدين هامشيا في حياتهم وأصبحت آداب مزاولة المهنة مقلقة ومورقة... وذلك لسببين:

✓ تطور التقنيات الطبية التي أدت إلى ظهور معضلات طبية جديدة.

✓ زيادة نسبة الخروقات الأدبية والأخلاقية من قبل الأطباء الممارسين.

ولهذا بات البحث في هذا المجال من الضروريات والتي توضح معالمها وعناصرها في هذا الفصل.

الفصل الثاني: مهنة الطب وعلاقته بعلم الاجتماع

تمهيد

أولاً: تعريف مهنة الطب .

ثانياً : تعريف الطبيب وما يتعلق بهذه المهنة الشريفة .

ثالثاً : دور الطبيب في المجتمعات الإنسانية .

رابعاً : دور العرب في تطوير الفنون الطبية والبحوث العلمية .

خامساً : علم اجتماع الطب .

سادساً : الجذور المعرفية والاتجاهات النظرية لعلم الاجتماع الطبي .

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتفق العديد من الباحثين والعلماء أن العمل هو مجموعة الواجبات التي يقوم بها الفرد والتي تتطلب جهداً بدنياً وعقلياً لإنجازها ضمن فترة زمنية معلومة وبأجر معلوم، والمهنة هي العمل الذي يقوم به الشخص بع أن يتلقى تدريباً عملياً وإعداداً نظرياً في معاهد أو مراكز أو مدارس أو جماعات حتى يتمكن من إتقان المهارات والمعارف النظرية والقواعد التي تحكم العمل في المهنة.

كما عرفت المهنة (*Occupation*)¹: هي مجموعة أنشطة تتركز حول دار اقتصادي تستهدف ضمان توفر الحاجات الأساسية للحياة ويطلق المصطلح على الأعمال التي تتم في الميادين التجارية والفنية، وتعتبر المهنة من جانب آخر دوراً اجتماعياً يحدده تقسم العمل العام في المجتمع. ويعد تقسم العمل (*Division*): هو نشق ذو وظائف متكاملة من الأدوار أو التخصصات المهنية في مجمع معين، وقد كان تصور تقسيم العمل في المجتمع بمثابة أداة نظرية استخدمت بوضوح في التحليل السوسيولوجي، ويوجد تقييم العمل في كل المجتمعات، ويعتبر الجنس رأس الدعامتين الأساسيتين للتمييز بين الأنشطة المهنية في المجتمعات البسيطة ومنه تقسيم لا معياري للعمل وتقسيم العمل المفروض.

ويتضمن تعريف المهنة أن يستمر الشخص بالعمل بها حتى يصل إلى درجة الاحتراف والإتقان، وعليه واجب المتابعة للإطلاع على ما يستجد في مجال مهنته وكذلك مراعاة أخلاقيات العمل بهذه المهنة والتي تحتم عليه تقديم خدمة يعترف المجتمع بأهميتها.

وتكون متطلبات المهنة²: لابد من توافر متطلبات أساسية للعمل حتى يصح أن يسمى مهنة وتشمل هذه المتطلبات ما يلي:

أ. **المعرفة النظرية:** وتشمل الأفكار والمفاهيم والنظريات التي تشكل الإطار المرجعي الفكري الذي يحدد كيفية تنفيذ الأعمال والممارسات بالمهنة.

1 - قاموس علم الاجتماع، الدكتور محمد عاطف غيث، دار النشر الهيئة المصرية العامة للكتاب، ط307.

2 - تحسين أحمد الطراونة، أخلاقيات المهنة، ط1، عمان، مكتبة الرسالة الحديثة، 1986، ص56-57.

ب. **المعرفة المتخصصة:** وتعتبر المعرفة المتخصصة أمراً لا بد منه لصاحب المهنة، وكلما اتسع نطاق المعرفة المتخصصة، كلما كان أقدر على القيام بعمله بفعالية والمعرفة المتخصصة تتكون من المعرفة النظرية والممارسة العملية والخبرة.

ت. **الإعداد المناسب:** ولكل مهنة معارف نظرية ومهارات عملية ولا بد من الإعداد النظري والتدريب العملي لصاحب المهنة، وهذا يستلزم وجود المدرب المؤهل والمادة التدريسية المناسبة.

ث. **القدرة على النمو والتطور في المهنة:** وذلك بمتابعة ما يستجد من معرفة في مجال المهنة (فالطبيب بحاجة إلى متابعة ما يستجد في مجاله من اكتشافات طبية وتكنولوجية والاستفادة منها في ممارسته للمهنة).

ج. **الاستمرارية:** الاستمرار في مزاولة المهنة حتى يتمكن من محافظته على مستوى أداء متميز في مهنته، والتوقف عن مزاولة المهنة يترتب عليه فقد المهني بعض المهارات العملية والنظرية.

ح. **وجود تنظيم قانوني للمهنة:** مثل النقابات أو الاتحادات التي تحدد شروط مزاولة المهنة أو منح تراخيص العمل في المهنة، وتدافع عن حقوق منسبيها، وتعاقب من يخالف قواعد وأخلاقيات المهنة.

خ. **وأخلاقيات المهنة هي قواعد التي يجب أن يراعيها صاحب المهنة ويلتزم بها تحت مراقبة تنظيم المهنة ويتحتم على مزاولة المهنة المساهمة في دعم مهنته وتطويرها والاعتزاز بها والدفاع عن مهنته ضمن الإطار الأخلاقي لهذه المهنة.**

أولاً: تعريف مهنة الطب:

أ - تعريف الطب لغة واصطلاحاً:

1 - تعريف الطب في اللغة:

هو علاج الجسم، والنفس، يقال: طبَّه، طبًّا إذا داواه¹ وأصل الطب الحذق في الأشياء، والمهارة فيها، ولذلك يقال لمن حذف بالشيء وكان عليمًا به طبيبًا¹. الطبيب أطباء، وأطبَّة، الأول

1 - لسان العرب لابن منظور/1/553، وتاج العروس للزبيدي/1/351 والمصباح المنير للقيومي/2/368.

جمع كثرة، والثاني جمع قلة.²

وتستعمل مادة الطب في اللغة بمعنى سحر فيقال: فلان مطبوب، أي مسحور³، وهذا على سبيل التفاؤل، فإن العرب تطلق بعض الألفاظ الدالة على السلامة، وتستعملها فيها بضادها من باب الفال قسموا اللديغ سليما، والمهلكة مفازة، تفاؤلا بالسلامة والفوز، وهكذا هنا سموا المسحور مطبوبا. فيقال: ما ذاك بطبي، أي بشأني، وعادتي، ودهري، وهو استعمال مجازي أيضا.⁴ وقد تستعمل مادة طب في الدلالة على نية الإنسان وإدارته. والمعنى المتعلق من هذه المعاني بعنوان البحث هو المعنى الأول، وهو علاج الجسم، والنفس.

ب - تعريف الطب اصطلاحا:

اختلف الأطباء في بيان حد الطب، وتعريفه الاصطلاحي على ثلاثة أقوال:

القول الأول: هو علم يعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يعرض لها من صحة وفساد.⁵

ونسب هذا القول لقدماء الأطباء، ولابن رشد الحفيد.⁶

القول الثاني: هو علم بأحوال بدن الإنسان يحفظ به حامل الصحة، ويسترد زائلها.⁷

ونسب هذا القول لجالينوس.⁸

القول الثالث: هو علم يعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يصح ويزول عن الصحة ليحفظ

الصحة حاصله، ويستردها زائلة.

1 - لسان العرب لابن منظور، 1/553.

2 - المصطلح للبعلي، 267.

3 - لسان العرب لابن منظور، 1/554، وتاج العروس للزبيدي، 1/351.

4 - المصدرين السابقين.

5 - النزهة البهية في تشخيص الأذهان وتعديل الأمزجة للأنطاكي، 1/234.

6 - هو أبو الوليد محمد بن أحمد بن محمد بن أحمد بن رشد القرطبي ولد بقرطبة ع520هـ، ونشأ بها ودرس الفقه والطب والمنطق وغيرها، توفي بمراكش عام595هـ، من مؤلفاته: بداية المجتهد، الكليات في الطب.

7 - ؟؟؟؟؟؟؟؟؟

8 - كلودوس جالينوس (ومعناه الهادي): وهو قدماء الأطباء المبرزين ولد في مدينة يرغمش، من أرض اليونان في خريف عام

130 بعد الميلاد وقبل59.

وهذه التعريفات وإن اختلف ألفاظها وعباراتها، إلا أنها متقاربة في المعنى المضمون، لكن يؤخذ على التعريف الأول أنه اعتبر الصحة والمرض فرعين عارضين، والحقيقة والواقع بخلاف ذلك فإن الصحة تعتبر أصلاً والمرض وحده هو الفرض العارض الذي يظهر عليها.¹

وقد اعتبر هذا أصحاب التعريف الثاني والثالث وسلموا من ورود الاعتراض عليهم فأشاروا إلى أن الصحة أصل بقولهم: (يحفظ به حامل الصحة، ويسترد زائلها)، وقولهم: (ليحفظ الصحة الحاملة، ويسترد زائلها).

وهذه ميزة لكلا التعريفين الثاني والثالث على التعريف الأول، وامتاز التعريف الثالث بالجمع بين دلالة التعريفين الأول والثاني دون ما اعتراض به على التعريف الأول.

كما امتاز على التعريف الثاني بتحديد التعرف على أحوال بدن الإنسان حيث حققها بقوله (من جهة ما يصح، ويزول عن الصحة)، وهذا أبلغ لأنه قيد في المعرف، لهذا فإنه من المناسب اختيار هذا التعريف دونهما لشرح مفرداته وبيان محتواه.

1. مفهوم علم الطب: يعد العلم من أهم المفاهيم التي أثير النقاش حولها، سواء كان بين العلماء أو بين الفلاسفة فمفهوم العلم يختلف في العصر الحديث عما كان سائداً في العصور القديمة، فهو بمعناه القديم معرفة الشيء بعقله، وهو يرادف الحكمة، أو المعرفة التامة للوجود، أول كل محاولة يبذلها العقل البشري لفهم نفسه والعلم المحيط به، وهذا المعنى الواسع الشامل أخذ يزداد دقة على مرّ العصور²، فهو في الوقت الحاضر يعني اكتشاف القوانين التي تحكم الظواهر وتفسير بمقتضاها، - وهذا الاكتشاف من نتائج الملاحظة الدقيقة للأشياء - وصياغة تلك القوانين ومحاولة ربط الوقائع بشروط وجودها.³

1 - أشار إلى هذا الاعتراض دواوين عمر الأنطاكي حيث قال بعد ذكره التعريف الأول: (وفي فرعيه كل من الصحة والمرض)، النزعة البهجة الأنطاكي، 34/1.

2 - فؤاد زكريا، التفكير العلمي، عالم المعرفة، العدد 3، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت 1978، ص 117.

3 - Moulabis.A. (Ed) *Technology and Respons: bility. Essays present on the occasion of the Centenary the college of Engineering and Applied Science University of Colorad Boulder, Boulder colo International, Research center for .*

والضن علم وصنعة معا، أي علم له موضوعه، منهجه، نظرياته، وقوانينه، كما أنه تطبيق لقواعد العلم على المرضى في العيادة والمصحات¹، فهو فن تطبيقي من حيث هو مجموعة من أساليب التقنية لتشخيص الأمراض وعلاجها بوصف الأدوية المناسبة أو الجراحات الضرورية وأساليب الرعاية الصحية والتغلب على الأمراض أو تجنبها ومساعدة المريض على الشفاء.²

وموضوع علم الطب تشخيص المرض بع د ملاحظة أعراضه، ومحاولة اكتشاف الدواء. ويوحي التعريف السابق للطب بأنه فن أو صنعة، لكن الواقع أن الطب علم وتطبيق معا هو علم نظري كسائر العلوم الطبيعية، له موضوعه، منهجه، قوانينه، ونظرياته عن المرض، الصحة العلاج، وعلم علم نظري يحاول فهم العالم لكي يغيره، والعالم في هذا السياق هو الناس، سواء كان منهم المرضى أم الأصحاء، ومحاولة تفسيرهم من حالة المرض إلى حالة الصحة، أو وقايتهم بكثير من العلوم النظرية مثل: الفيزياء في استماتته بأشعة الليزر، والنشاط الإشعاعي في معداته التكنولوجية، وعلوم الكيمياء الحيوية، علم وظائف الأعضاء، التشريح، وعلم الأمراض العصبية.³

• تعريف العمل الطبي:

العمل الطبي هو نشاط يتفق - في كفيته وظروف مباشرته - مع القواعد المقررة في علم الطب، ويتجه في ذاته، أي وقف المجرى العادي للأمور إلى شفاء المريض. والأصل في العمل الطبي أن يكون علاجيا، أي يستهدف التخليص من مرض أو تخفيف حدته أو مجرد تخفيف آلامه، ولكن بعد كذلك من قبل الأعمال الطبية ما يستهدف الكشف عن أسباب سوء الصحة، أو مجرد الوقاية من مرض.⁴

2. حقيقة مهنة الطب في المنظور الشرعي:

هي علم يعرف به أحوال بدن الإنسان من صحة ومرض ومزاج وإخلاط مقدار ما يمتنع به

1 - أحمد محمود صبحي، محمود فهي زيدان، في فلسفة الطب، دار المعرفة، الإسكندرية 1990، ص 136.

2 - حسين علي، فلسفة الطب، أم القرى للطباعة والنشر، القاهرة 2008، ص ص 32-33.

3 - حسين علي، فلسفة الطب، أم القرى للطباعة والنشر، القاهرة 2007، ص ص 32-33.

4 - الدكتور محمود نجيب حسن، - شرح قانون العقوبات - القسم العام 1977، بند 176، ص 182-183.

عما يضر ببدنه من المأكل والمشرب والمسكن والملبس.¹

فهو علم يتعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما صح ويزول عن الصحة، لحفظ الصحة الحاصلة وسترد الصحة عن زوالها.²

فالطب هو: العلم بكل ما يؤدي إلى إصلاح ومعالجة الأبدان، والأصل في العلاج وفي حفظ الصحة وقوة البدن دفع ضرر الشيء بما يقابله كالبارد والحر، والرطب واليابس، وبالمضد لها في ذلك من التعديل ودفع ضرر كل كيفية أو أكثر بما يقابلها وفي ذلك عنون على صحة البدن وقوته وخصوصيته³، ومهنة الطب منها النظري ومنها العملي.

فالنظري هو علم أصول وقواعد الطب وهي ثلاثة: حفظ الصحة، والحماية عن المؤذي واستفراغ المواد الفاسدة. أما **العملي** فهو كيفية مباشرته، وهو ما يفيد علم كيفية العمل والتدبير وذلك مثل الجزء الذي يعلمك كيفية حفظ الصحة، أو كيفية معالجة المرض، فأصل مهمته الطب هي التجربة والتدريب رعتهما آخر (من كثرت تجاربه كثرت معرفته) وهذا الجزء العملي قسمان: أحدهما: علم تدبير الأبدان الصحيحة أي كيف يحفظ صحتها ويسمى علم حفظ الصحة. والثاني علم تدبير البدن المريض أي كيف يرد إلى حال الصحة ويسمى علم العلاج.⁴ وإذا تقرر هذا:

فعلى كل إنسان أن يحتاط لنفسه فلا يأخذ من الأطباء من ليس له معرفة بهذا الشأن وغن كانت معهم إجازة بممارسة مهنة الطب، لأن المعول عليه في هذا نفس معرفته لأصول وقواعد علم الطب وكثرة تجاربه ومعرفته بما يستجد في هذا المجال ومدى تدبير وورع هذا الطبيب والتزامه بأمر الله ونواهيه.

1 - شمس الدين بن محمد بن أبي بكر بن قيم الجوزية، الطب النبوي، ط، مكتبة الدعوة بالأزهر، مصر، ص12.

2 - الشيخ أبو علي الحسن بن علي بن سينا، القانون في الطب، ج1، ص1، مؤسسة عز الدين للطباعة، القاهرة، ص13.

3 - أبي عبد الله محمد بن مقلد المقدسي، الآداب الشرعية لمهنة الطب، ج4، دار قرطبة للنشر والتوزيع، 1998، ص369.

4 - ابن سينا، القانون في الطب، المرجع السابق، ص111.

وعلم الطب ومهنته من فروض الكفاية إذا اشتغل بتحصيله البعض ولو واحد سقط الفرض عن الباحثين، وإن قصر فيه أهل عصر عصوا وأشرفوا على خطر عظيم.¹

ولقد أباحت الشريعة الإسلامية التداوي²، ومما يدل على مشروعية المهنة الطبية في الكتاب والسنة. حيث وردت آيات كثيرة تدل على مشروعية التداوي منها:

قال تعالى: ﴿وَأَنْفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾.³

وقوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَأْكُلُوا أَمْوَالَكُمْ بَيْنَكُمْ بِالْبَاطِلِ إِلَّا أَنْ تَكُونَ تِجَارَةً عَنْ تَرَاضٍ مِّنْكُمْ وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾.⁴

ووجه الدلالة:

فهو الله سبحانه وتعالى في هاتين الآيتين عن إلقاء الشخص بيده لما فيه هلاكه أي لما يستوجب عذاب الله، وذلك بالتسبب في قتل نفسه بأي وسيلة كانت، ومن ذلك ترك التداوي الذي أباحه الله لنا، لأنه بلا شك يؤدي إلى تعريض النفس للخطر، خاصة مع التيقن من حصول الشفاء به، فالتداوي يؤدي إلى المحافظة على النفس التي هي من مقاصد الضرورية والتي أمر الله بالمحافظة عليها مما يدل على مشروعية التداوي.⁵

من السنة: روي عن النبي ﷺ من السنة القولية أحاديث عديدة تدل على مشروعية التداوي منها ما روي عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: «ما أنزل الله داء إلا وأنزل له شفاء».⁶

1 - بريقة محمود، المنشور في القواعد الفقهية لبدر الدين محمد بن بهار الزركشي، ط1 وزارة الأوقاف الكويتية، ص35.

2 - كامل ابن محمود البايزي، قول الحنفية والمالكية والحنابلة بجواز التداوي، دار إحياء التراث العربي، الأردن، ص10-37.

3 - سورة البقرة، الآية 195.

4 - سورة النساء، الآية 29.

5 - أبي جعفر بن جرير الطبري، تفسير الطبري المسمى جامع البيان في تأويل القرآن، ط1 دار الكتاب العربي، بيروت، 1997، ص202.

6 - صحيح البخاري، 4/76/15، كتاب الطب، باب ما أنزل الله داء إلا وأنزل له شفاء، رقم 5678.

وما روي عن جابر بن عبد الله رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: «لكل داء دواء فإذا أصيب دواء الداء برأ بإذن الله عز وجل».¹

وما روي عن أسامة بن شريك ² قال: «قالت الأعراب: يا رسول الله ألا تتداوى؟ قال: نعم، يا عباد الله تداووا، فإن الله لم يضع داء إلا وضع له شفاء»، أو قال: «دواء إلا داء واحدا قالوا: يا رسول الله وما هو؟ قال: الهرم».³

ووجه الدلالة:

دلت هذه الأحاديث على مشروعية التداوي حيث أمر النبي ﷺ به فقال تداووا، كما يبين فيها أن الله تعالى كما خلق الداء فقد خلق الدواء المناسب له فيجوز للإنسان أن يستعمله إذا علم تأثيره في دواء معين، وذلك لمن اعتقد أنها تشفي بإذن الله وتقديره.

ومن هنا كان التداوي لا ينافي التوكل، كما لا ينافي دفع الجوع والعطش بالأكل والشرب.⁴ كما يدل على ذلك فعله ﷺ ومن ذلك:

ما روي عن جابر بن عبد الله رضي الله عنه أنه قال: «بعث رسول الله ﷺ إلى أبي بن كعب ⁵ فقطع فقطع عرقا ثم كواه عليه».⁶

1 - صحيح مسلم، 4/1371/393، كتاب السلام (16)، باب الطب والمرض والرقى، رقم 2185.

2 - أسامة بن شريك الثعلبي الذبياني من بني ثعلبة بن سعد، راوي عن النبي 351 حديث، وهو ممن نزل الكوفة، كتاب تهذيب التهذيب، ص 210.

3 - سنن الترمذي، ص 561/233، كتاب الطب، باب (2) ما جاء في الدواء والحث عليه، رقم 2038، وهو حديث حسن صحيح.

4 - الشيخ محمد بن علي بن محمد الشوكاني، نيل الأوطار شرح منتقى الأخبار من أحاديث سيد الأخيار، 1 طدار الجليل، بيروت، ص 201.

5 - أبي ابن كعب بن حسين بن عبيد بن مالك بن النجار، تهذيب راد العقبة الثانية وهو ممن جمع القرآن على عهد النبي ﷺ كان يكتب في الجاهلية قبل الإسلام وكانت الكتابة في العرب قليلة، وبعد الإسلام كان يكتب الوحي لرسول الله ﷺ مات 22 هـ بالمدينة في خلافة عمر بن الخطاب.

6 - صحيح مسلم، 4/1381/39، كتاب إسلام، باب لكل داء دواء واستحباب التداوي، رقم 2207.

كما أن الحمامة من أقوى الأدلة على جواز التداوي فقد روي عن ابن عباس رضي الله عنه أن النبي ﷺ «احتجم وأعطى الحجام واستعط»¹.

ولو كان التداوي غير جائز لما بعث النبي ﷺ إلى أبي بن كعب بالطبيب، ولما احتجم إذا أصابته آفة أو مرض من صداع أو غيره.

ولا يقال: إن التداوي ينافي التوكل فقد تداوى النبي ﷺ وهو رأس المتوكلين لبيان جواز مشروعية التداوي، الرضا بقضاء الله التوصل إلى محتوياته مباشرة ما جعله سببا فيه فليس من الرضا للعطشان أن لا يمد يده إلى الماء زاعما رضاه بالعطش.² وعلى هذا فالمريض لا يخلوا أمره من أحوال:

أعلاها وأحسنها وأرفعها لمن قد عليها التوكل على الله، والتفويض إليه والاعتماد على سعة فضله وعظيم كرمه في رفع المرض.

كما روي عن عطاء بن أبي رباح³، قال: «قال ابن عباس: ألا أريك امرأة من أهل الجنة؟ قالت: بلى، قال: هذه المرأة السوداء، أتت النبي ﷺ فقالت: إني أصرع وأني أتكشف، فادع الله لي قال: إن شئت صبرت ولك الجنة، وإن شئت دعوت الله أن يعافني، فقالت: أصبر، قالت: فإني أتكشف فادع الله أن لا أتكشف فدعا لها»⁴.

روي عن ابن عباس رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: «يدل من أمتي سبعون ألفا يغير حسابهم الذين لا يسترقون ولا يتطايرون وعلى ربهم يتوكلون»⁵.

فإن عجز المريض عن هذه الدرجة فليتمثل السنة في استعمال الأدوية الشرعية التي نص عليها النبي ﷺ، وهذه الحالة الثانية.

1 - صحيح مسلم، 4/1352 (39)، كتاب السلام باب لكل داء دواء واستحباب التداوي، رقم 1202.

2 - الجيرامي علي الخطيب، مغني المحتاج، ط1، دار النشر عمان، ص 579.

3 - عطاء بن أبي رباح واسمه عطاء ابن أسلم بن صفوان القرشي، ولد باليم²⁸ هـ ونشأ بمكة، كان كثير الحديث فكان حجة إماما، أنهت إليه فتوى أهل مكة وأدرك مائتين من الصحابة، عاش تسعين سنة وتوفي بمكة.

4 - صحيح البخاري، 4/57/75، كتاب المرض، باب فصل من يصرع من الريح رقم 5652.

5 - صحيح البخار، 4/17/76، كتاب الطب.

وعلى كل مسلم من هذه الحالة أن يتعهد أن لا طيب ولا شافي على الإطلاق إلا الله تعالى وحده يتوكل عليه ويلجأ في مرضه وصحته إليه ثقة فيه، ويكون تناوله للدواء واستعماله له كما يستعمل الأسباب بمجرد الأمر، فإن أوصله الله سبحانه وتعالى إلى الدواء برئ وإن حجب به بمانع يمنعه وقدّر موته أجر، فالأدوية المستعملة وعملية التداوي في مهنة الطب ما هي إلا أسباب ووسائل لقوله تعالى: ﴿مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِّن قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ﴾¹، وقال تعالى: ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَرْيَدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا﴾²، وقال تعالى: ﴿ثُمَّ كُلِي مِن كُلِّ الثَّمَرَاتِ فَاسْلُكِي سُبُلَ رَبِّكِ ذُلُلًا يَخْرُجُ مِنْ بُطُونِهَا شَرَابٌ مُّخْتَلِفٌ أَلْوَانُهُ فِيهِ شِفَاءٌ لِّلنَّاسِ إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَةً لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ﴾³ وقد روي عن عائشة رضي الله عنها أن رسول الله ﷺ كان يعود بعض أهله بمسح بيده اليمنى فيقول: «اللهم رب الناس اذهب البأس واشفه وأنت الشافي لا شفاء إلا شفاؤك شفاء لا يغادر سقما».⁴

ومن حكمة الله تعالى أنه إذا ابتلى أعان، فابتلى بالداء أعان بالدواء، وابتلى بالمحرمات أعان بالمباحات وابتلى بالذنوب وأعان بالتوبة.⁵ وعلى ضوء ما سبق ذكره فإضافة الأخلاقيات إلى مهنة الطب من إضافة الشيء إلى صفته وهي تعني الأخلاقيات⁶ التي لا بد أن يتسم بها الطبيب في العمل الطبي الذي ارتأينا أن نتطرق إليه بعد تطرقنا إل شرف هذه المهنة في هذا الفصل يعتبره مواقف من يحملها.

1 - سورة الحديد، الآية 22.

2 - سورة الإسراء، الآية 82.

3 - سورة النحل، الآية 69.

4 - صحيح مسلم، 4/1371 (39)، كتاب السلام، باب الطب والمرض والرقى، رقم 2185.

5 - العبدري شيخ نظام مولى أبي حنيفة، مدخل الآداب الشرعية والمنح المرعية، دار إحياء التراث العربي، لبنان 1986، ص 115.

6 - سوف نتناول هذه الأخلاقيات بالتفصيل في العنصر الموالي من الفصل.

3. شرف مهنة الطب:

لقد جعل الإسلام حفظ النفس البشرية وصيانتها في المرتبة الثانية بعد حفظ الدين، فقد حرم الإسلام قتل النفس إلا بالحق، وأوحى القصاص، وحرم الاعتداء على النفس، قال تعالى: ﴿أَنَّهُ مَن قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾¹.

ولأن مهنة الطب تتعلق بالنفس البشرية وبصحة الإنسان وحياته، وقاية لها مما يعطلها أو يزيل وجودها، وبالعقل البشري وقاية له مما يعطله أو يفقده وجوده، ولكون الطبيب مؤتمن على صحة الإنسان وهي أتمن ما لديه ومؤتمن على أسرار المرضى وأعراض الناس، صارت مهنة الطبابة من أشرف المهن وأنبهها.²

وقد أجمع العلماء والحكماء على شرف مهنة الطب وعظم أهمية الطبيب القائم عليها، كما أشاد بهم الإمام الرازي في قوله: «أنهم قد جمعوا خصالاً لم تجتمع لغيرهم، منها اتفاق أهل الأديان والملك على تفضيل صناعتهم، واعتراف الملوك بشدة الحاجة إليهم، ومجاهدتهم الدائمة باكتشاف المجهول في المعرفة وتحسين مهنتهم واهتمامهم الدائم بإدخال السرور والراحة على غيرهم». فإن عرف القائم على هذه المهنة الشريفة النبيلة قدرها وعظيم شرفها لم سعه إلا أن يتصرف بما يليق بقدرها ومكانتها، فينجو بنفسه عن ارتكاب كل ما لا يليق به ومهنته من أعمال وخصال شيء لسمعته وسمعة مهنته وكل الحاملين للقب الطبيب وهو ما سندرجه في دراستنا حس سمي أخلاقيات الطبيب.

ثانيا : تعريف الطبيب وما يتعلق بهذه المهنة الشريفة:

أ - تعريف الطبيب:

هو الشخص المؤهل والمتخصص لعلاج المرض، ويستعمل الاصطلاح الإنجليزي في حالات معينة كأن يقال طبيب العائلة (*Fami lydoctor's*)، أو طبيب المدرسة (*School doctor*)

1 - سورة المائدة، الآية 32.

2 - أبي إسحاق علي الرازي، آداب الطب، ط1، 1992، مطبعة مركز الملك الرياض، ص208.

يطلق على هذا المصطلح في نظرينا على كل من يقوم بعمليات التطبيب بمعناها الواسع، ولم سكن خريج كلية الطب مثل: الصيدلي، وطبيب الأسنان وأخصائي العلاج الطبيعي (*physio* *thérapies*) ومن الخطأ العربي الشائع في اللغة العربية، إطلاق كلمة دكتور على طبيب، لأن هذا اللقب في معناه العلمي الدقيق لا يجوز إطلاقه إلا على الحاصلين على درجة الدكتوراه من خريجي كلية الطب، أو طب الأسنان أو الصيدلية، أو الطب البيطري أو العلاج الطبيعي.¹

ب - دور الطبيب :

من المعلوم أن الطبيب بحكم تخصصه هو السلطة العلمية، التي يمكنها تشخيص المرض وإصدار التعليمات اللازمة بما يتناسب مع حالته، ولكن بجانب هذه المسؤولية فهو إنسان له اتجاهاته الخاصة وميوله وخبراته وفرديته في تشكيل شخصيته كإنسان، وإن تصادف وكان طبيبا لذا يختلف الأطباء في أسلوب معاملتهم للمرضى وأسرههم، بل هو المسؤول عن مرضه، أو انتكاس حالته وقد يسلك إزاء ذلك المريض²، سلوكيا يشعر به اللوم والتأنيب شعوريا وغير شعوريا تصرّحا أو تلميحاً، كما قد يختلف إيمانهم بقيمة هذا التعاون مع الآخرين، ولكي يمكن للفريق الطبي تحقيق مهمته بنجاح يجدر بالطبيب إدراك أهمية الدور الذي يقوم به الآخرون، وكيف يمكن الاستفادة تماما من المعلومات التي يقدمها للفريق والربط بينها وبين الحالة المرضية للمريض.³

ت - صفات الطبيب: من أهم هذه الصفات ما يلي:⁴

1 - الصفات الجسميّة:

يجمع لنا ابن الرضوان صفات الطبيب في سع خصال:

- أن يكون تام الخلق، صحيح الأعضاء، حسن الذكاء، جيد الرؤية، عاقلا، ذكورا خير الطباع.
- أن يكون حسن الملبس، طيب الرائحة، نظيف البدن والثياب.

1 - عبد الفتاح مراح،

2 - أحمد فايز النمّاس،

3 - المرجع نفسه، ص78.

4 - عبد الرحمن النقيب، الإعداد التربوي والمهني للطبيب عند المسلمين، دار الفكر العربي، القاهرة، 1984، ص 187 -

- أن يكون كتوما لأسرار المرضى لا ييوح بشيء من أمراضهم.
- أن تكون رغبته في إبراء المرضى أكثر من رغبته فيما يلتمسه من أجرة ورغبته في علاج الفقراء أكثر.
- أن يكون حريصا على التعليم والمبالغة في منافع الناس.
- أن يكون سليم القلب، عفيف النظر، صادق اللهجة، لا يخطر بباله شيء من أمر البناء والأمور التي شاهدها في منازل الأغنياء فضلا عن أن يتعرض إلى شيء منها.
- أن يكون مأمونا ثقة على الأمور والأموال، لا يصف دواء قاتلا ولا يعلمه، ولا دواء يسقط، يعالج عدوه بنية صادقة كما يعالج حبيبه.
- فابن الرضوان يذكر لنا صفة الطبيب الممارس، والطبيب المعلم، والطبيب في مرحلة الإعداد وطلب العلم، إذ يبدوا أنه مهتم بحسن اختيار أبناء المهنة، ممارسين وأساتذة، وطلاب، ولا شك أننا إذا أحسنا اختيار طلب الطب، وأحسننا إعداد معلمه، لارتقت المهنة علميا وأديا واجتماعيا.

2 - الصفات العقلية:

يجب على الطبيب أن يكون متصرفا إلى متابعة نموه العقلي والمهني باستمرار، وذلك بالمواظبة على قراءة الكتب، والانتفاع بتجارب الآخرين، وعدم الاعتماد على التجربة والخطأ في التشخيص والعلاج، والتفرغ الكامل للمهنة ودعم الانشغال بسواها، لذلك نجد أن الرازي يرى أن الإنسان يجب أن يتأكد من حسن سير وسوابق الطبيب الذي لا يعهد إليه بصحته وصحة أقاربه التي هي أعز ما يملك، وذلك بأن يتجنب الطبيب الذي يقطع وقته بين الملهي والملذات ويشغل كثيرا بالفنون الأجنبية عن مهنته.

وبخلاف ما ذكر، يجب أيضا على المرء أن يثق بمن أتم دروس الطب تماما وافية، وشاهد كثيرا من المستشفيات، وعاشر كثيرا من الأطباء الماهرين، وعالج عددا وافرا من المرضى، وأن يثق بالطبيب الواسع الاطلاع على كتب أعظم المؤلفين، الذي يضم تجارب الآخرين إلى مباحثه وملحوظاته الشخصية لأنه يستحيل على الإنسان أن يقوى على رؤية كافة الأشياء واختبارها بنفسه.

فالذكاء والاطلاع والاستمرار في التعلم والبحث صفات عقلية ينبغي أن يتحلى بها الطبيب الناجح.¹

3 - الصفات الأخلاقية:

تحتل الأخلاق بصفة عامة مكانة مهمة في تكوين شخصية المسلم مهما كانت مهنته أو وظيفته ويكفي أن نذكر هنا قوله صلى الله عليه وسلم «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق». ومن ثم، فالطبيب المسلم إنما يستمد أخلاقه من أخلاق هذا الدين، غير أن كتب الطب ركزت بجوار ذلك على بعض الجوانب المهمة في حياة الطبيب اليومية كالرفق بالمرضى، وحفظ أسرارهم وغض البصر عن عوراتهم، وعدم الانحراف الجنسي، أو تعاظمي المسكرات وعدم التكبر أو العجب بما أحرزه الطبيب من نجاح.

وقد قال الحكيم "جالينوس" في وصيته للمتعلمين: «على الطبيب أن يكون مخلصا لله وأن يغض طرفه عن النسوة ذوات الحسن والجمال، وأن يتجنب لمس شيء من أبدانهن إذا أراد علاجهن أن يقصد الموضوع الذي فيه معنى علاجه ويترك إحالة عينيه إلى سائر بدنهما»، قال: «رأيت من يتجن ما ذكرت أكبر في أعين الناس واجتمعت إليه أقاويل الخاصة والعامة» قال: «ورأيت من تعاظمي النساء فكثرت قالة الناس فيه، فتجنبوه ورفضوه».

ومهما نصح الطبيب في عمله ووفق في معالجته فليتواضع ويحمد الله على ذلك، حتى لا يأخذه العجب بنفسه فيصيبه الغرور والتكبر على زملائه ومرضاه وكلما تواضع الطبيب كلما ازداد علما ونجاحا في عمله، يقول "الرازي": «واعلم أن التواضع في هذه الصناعة زينة وجمال دون صفة النفس، لكن بتواضع يحسن اللفظ وجيد الكلام ولينه ويترك الفظاظ والغلظة على الناس فمتى كان كذلك فهو المسدد والموافق».²

ويحمل بعض المعاصرين أهم تلك الصفات والأخلاقيات التي يجب أن يكون عليها الطبيب المسلم فيما يلي:

1 - عبد الرحمن النقيب، المرجع السابق، ص 189-190.

2 - نفس المرجع السابق، ص 191.

- الذي لا يحتسي الخمر.
- الذي لا يتعاطى المخدرات.
- الذي يصون الأعراض فيغض بصره ويحفظ فرجه.
- الذي يشهد بالصدق في كل ما يطلب منه أو يشهد به.
- الذي لا يكسب إلا مالا حلالا، والذي يخشى الله فيقول لمريضه الكلمة الصادقة والنصيحة الخالصة.

ث - حقوق الطبيب وواجباته:

1- حقوق الطبيب:

يتمتع الطبيب في المجتمع الإسلامي بمنزلة اجتماعية عالية مثل: منزلة المعلم أو أكثر، فالمعلم يقدم للمجتمع العلم والمعرفة، والطبيب يمدده بالصحة والعافية.

ولذلك أوصى "الرازي" أن ينال الطبيب منزلة محترمة في نفوس العامة والخاصة، فيقول:

«ينبغي لم يختص المتطبيب لنفسه من الملوك والأكابر والسوقة، أن يبالغ في تطيب قلبه بلطيف الكلام، وأن يرفقه فوق جميع من في مجلسه من خدمه وغيرهم، وأن يقربه من نفسه ويكلمه كما يكلم أخص الناس به، وأن لا يكتم سرا عنه...»¹.

2- واجبات الطبيب:

إذا كان الطبيب المسلم قد نال الحقوق الأدبية والمادية له، فقد كان ذلك تقديرا من المجتمع لدوره وما يبذله الطبيب من جهد في سبيل أداء واجبه، ولقد كان من أول هذه الواجبات ألا يتصدى للمهنة إلا بعد أن يتقنها نظريا وعمليا، وإلا تعرض للمسؤولية في الدنيا، والعذاب في الآخرة، بقوله صلى الله عليه وسلم «من تطيب، - ولم يعلم منه الطب قبل ذلك - فهو ضامن»².

كذلك وضعت مواصفات دقيقة للطبيب، وكيف يمارس المهنة وما ينبغي عليه من تدقيق تشخيص المريض وتبعية حالته، وتاريخه المرضي حتى يعلم كل ما يدور حول حالته المرضية

1 - عبد الرحمن النقيب، ص 194.

2 - تخريج الحديث:

وأسبابها... الخ.

وكذا عليه أن يعطي للمريض الوقت الكافي للفحص الشامل وسماع حالته وشكواه وأن يقوم بالكشف الدوري على المريض في الحالات التي تستدعي ذلك، وعلى الطبيب ألا يقتصر بخدماته الطبية على الأغنياء وذوي الجاه، بل يشمل بها الفقراء والمحتاجين. إضافة إلى أنه ينبغي على الطبيب ألا يستغل مهنته استغلال ماديا بشعا، كأن يوهم المرضى بعلل معينة، أو يبالغ في تقدير جهده أو يحتال لكسب أكبر قدر من المال: (إذ لا ذنب أعظم من ظلم الناس وأخذ أموالهم بغير حقن لا سيما من كان ضعيف أو مسكينا ولا عقل له ولا أمر ولا نهي).¹

ثالثا : دور الطبيب في المجتمعات الإنسانية:

يخطئ كثيرا من يحدد أنشطة الطب الحديث وراء ذلكم المثلث التقليدي... الطبيب المريض، الدواء، لقد اتسعت دائرة العلاقات الاجتماعية وتعمقت الأواصر بين الإنسان والبيئة المحيطة به، خيرها وشرها، أمسى الإنسان الفرد يتفاعل مع القيم ويعاني من إصدار القيم تماما كما ينعم بالهواء النقي ويعاني من الأجواء الملوثة. إن علاقة الطبيب والمريض أشبه ما تكون بعملية تغذية متبادلة، كل منهما يقتات على جهد وحال الآخر، ولا تقتصر مهمة الطبيب على مراجع الجسم وتراجع الصحة، ولكنها تمتد لتشمل أثر المشكلات الاجتماعية² والعلاقات الأسرية، والتفاعلات العامة والخاصة، (كالتجارة والمضاربة والزواج والطلاق والوئام والشقاق)، كي يتحرى الطبيب مدى تأثيرها على حال المريض. وأضحى المريض يرى في الطبيب ملاذا وأملا على أكثر من سعيد، وكم من مريض يهمس للطبيب بمشكلاته الخاصة ويرتاح كثيرا لهذا، ثم يستمع لنصح الطبيب وكأنه يتعاطى دواء شافيا، كثيرا ما يكون الطبيب صديق للمريض وعائلاته، وبهذا يكون الدور الاجتماعي الذي يؤديه قد تخطى حاجز الطبيب إلى مجالات مد يد العون بالمشاركة في الأفراد والأقارب والنصح والتوجيه، وقد يندرج

1 - نفس المرجع، ص 194-195.

2 - هذا ما تناوله بشيء من الدراسة في العنصر الثاني من البحث (تأثر الطب بعلم اجتماع الطب أو العلاقة).

هذا الوضع تحت ملابسات ما يسمى بغسل الدماغ وتحويل الفكر أو (*indoctrination*)¹ عندما يكون الجسم واهنا يصل المخ إلى قرية من الشلل الوقائي *Su Spe Nded. Pa Ralysis*، وفيها يكون المريض في وضع استعداد لتقبل التوجيه أو التحول الفكري عندئذ تتاح للطبيب فرصة ترسيخ العقيدة لدى المريض يحمله على الإيمان بالله قادر على أن يهبه الشفاء، وأن التريبات *Panacea* يأتي من عند الله قبل العقاقير والتطبيب.

ولقد عرف العلماء هذا النهج بالعلاج العقائدي أو الديني *Religio- Thrapy* وقالوا أن تقبل المريض لفكرة الشفاء من عند الله تمثل نصف الشفاء، أنها تمثل الأمل وترسخ الحرص على الشفاء والرغبة فيه، إن القسم الذي يؤديه الطبيب عن التخرج ينطوي على الكثير من الضوابط² التي لو عقلها لكانت عنوانا له في انتهاج السلوك الناجح الذي ينمي علاقته مع مرضاه، أحد البنود العشرة التي ينص عليها القسم الطبي³، حيث نص على: «أن أراقب الله في مهنتي» في هذا النص تلخيص للقسم بكامله، ومنهاج أمثل للطبيب، وبيني علاقة قوية معه، كما يحافظ على كرامة الناس وستر عوراتهم ويحفظ أسرارهم.

أ - متطلبات المجتمع من الطبيب:

1. **الدراية والمهارة** : ويكون في الشق العلمي وفي الجانب العملي بقول البرت شوترز: (إن من الواجب أن نتذكر دائما أن الطب ليس مجرد علم، ولكنه فن ومهارة يستطيع الطبيب بهما أن يجعل خصوصياته تتفاعل مع خصوصيات المريض).⁴
2. **الإنسانية**: وهي محصلة الحوار الروحي بين الطبيب والمريض، يقول فرنسيس بيودي: «أحد مميزات الطبيب المهمة هي اهتمامه بإنسانية المريض ورعايته قاصدا علاجه» لا شد أن الطبيب لن يتخلى عن إنسانية في تعامله مع مرضاه.⁵

1 - نايت عميد شؤون الطلبة ، جامعة الخليج العربي، صحة الوسط البحرينية، العا56، الأربعاء 24 مارس 2004.

2 - الدكتور: عادل عوض، الأصول الفلسفية لأخلاقيات الطب، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية 2011، ص 116.

3 - وهو ما نقصد به في دراستنا أخلاقيات الطبيب.

4 - البنود الخاصة بالقسم الطبي في البلدان الإسلامية وسيدرج في الملاحق.

5 - الدكتور عادل عوض، المرجع السابق، ص 112.

3. السلوك: أو الأسلوب الذي ينطوي على الطيبة والبشاشة، يقول أبوقراط: «بعض المرضى يدركون تماماً أن حالتهم مخوفة بالمخاطر، ولكنهم ببساطة قد يستعيدون صحتهم على أساس قناعتهم بطيبة الطبيب»¹ شتان بين طبيب بشوش وطبيب عابس.
4. الخصال²: الإيمان بالله والتشبث بالقيم، والصدق، والإخلاص، كلها من خصال الطبيب وهذه تتضح في التعامل مع المرضى، بدء بالتفاني في أداء الواجب وانتهاء بإشعار المريض بالحرص عليه.
5. الثقة: زرع الثقة في نفس المريض تؤدي إلى المصارحة، مع استبعاد مخاوف إفشاء أسرار المريض أو الإساءة إليه، الثقة تدفع المريض إلى الإفضاء بمكونات قلبه للطبيب من دون خجل أو توجس، الأمر الذي يعين الطبيب في عملية التشخيص وانتهاج مسلك علاجي فعال، فالطبيب في لحظات الألم واليأس يمثل للمريض من الأصدقاء أكثرهم وفاء من المعين لجزلهم عطاء، فهو الصديق والأخ والأب للمريض إلى أن يصل به الطبيب إلى بر الشفاء والعافية.
6. العلم والإلمام³: ثمة طبيب لا يواكب تطور المهنة ولا يقبل على مطالعة أخبار المخترعات والتقنية والعقاقير الجديدة وأساليب الطب من تشخيص إلى تقرير منها العلاج، هذا النوع غير خليق بأن يحقق نجاحاً ملموساً، وهو إن أحرز نجاحاً يكون اعتباطياً ومن قبيل المصادفة على الطبيب أيضاً أن يحيط بكل شاردة وواردة عن حال المريض، فضلاً عن شخصيته مم يشكو من هو المريض، وفي النهاية يسأل الطبيب ويحجب نفسه عن السؤال الدائم هل حصل المريض على ما جاء من أجله؟
7. الالتزام⁴: الطبيب رسول شفاء، يؤدي رسالته تحت خشية الله وهو لا يسعى لكشف عورات المريض أو الإساءة إليه، كما أن الطبيب يلتزم بأخلاقيات المهنة ضمن هذا الإطار فلا يلجأ إلى الجريمة ولا يغامر ولا يقدر على عمل لم يؤهل له.

1 - الدكتور خالد حربي، المرجع السابق، ص74.

2 - صحيفة الوسط البحرينية، المرجع السابق.

3 - عبد الغني، أخلاقيات المهنة، المرجع السابق، ص207.

4 - صحيفة الوسط البحرينية، المرجع السابق، ص04.

8. القدرة والمثل¹: من نافلة القول أن ثقة المريض تمهبط للحضيض إذا رأى طبية رث الثياب يفترق إلى الرقي في المظهر والقول والإشارة، أو عندما تفوح منه رائحة عرق نفاذة أو دخر فم الطبيب متمثل للمريض القدرة والمثل الذي يحتذى ويعمق في نفسه الثقة والطمأنينة عندما يضيق المريض يعامله وتوحد دونه أبواب الأمل، يفتح له الطبيب منافذ الرجاء.
9. الابتزاز²: من الأطباء من يتغون الثراء السريع فيعمدون إلى إضفاء قتامة على حال المريض كي يطيلون فترة العلاج ويحققون أكبر (ربح) ممكن منه، إن مثل هؤلاء الأطباء وكلمات القسم الذي يحضهم على خشية الله؟
10. استمرارية الطبيب المعالج³: أن أحد متطلبات المريض استمرارية وجود الطبيب المعالج نفسه، إذا إنه الملاذ والملجأ الدائم من شكواه الصحية.

ب - المقاربة التاريخية لمهنة الطب:

1 - مهنة الطب ما قبل التاريخ:

إن المهنة الطبية قد مرت بمراحل مختلفة عبر التاريخ من حيث مدى معرفة تلك المجتمعات لهذه المهنة، والقائم بها، ونطاق مسؤوليته، والأساس القانوني والأخلاقي لهذه المسؤولية ذلك أن الطب —شأنه شأن أي فن آخر— له أصوله التاريخية التي تطورت مع تطور الفكر الإنساني، وقد قام هذا الفن — في أول الأمر— على الخرافات ممتزجة بالخيال حيث كان سبب المرض — في نظرهم— أن الشيطان⁴ يمكن في أجسامهم ومن هنا كان العمل على تخويف الشيطان بالصخب والضجيج والرتعى، وقد كان من له الحق في ممارسة الطب هو الكاهن⁵، وعندما ظهرت المدينيات القديمة كانت هناك محاولات لتخليص العلاج الطبي من النظريات التأملية التي كانت تسيطر على رجال

1 - الضغط النفسي ومدى تأثيره على سلوك الأطباء، المرجع السابق، 108..

2 - صحيفة الوطن الوسط البحرينية، المرجع السابق، ص 08.

3 - المرجع نفسه، ص 09.

4- Paul. Monzeinila Responsabilité médicale, 1974, p115.

5 - الدكتور مصطفى فهمي، علم النفس الإكلينيكي، 1، مصر، 1967، ص 04، ومن أشهر الكهنة الذين مارسوا الطب هو ميلامبيوس Melampus الذي عاش قبل وفات الملك هوميروس بحوالي 300 عام.

الدين ومن أمثال المفكرين في هذا العصر الطبيب هيبوكراتس ¹ *Hippocrates* الذي عاش في القرن الرابع قبل الميلاد وهاجم بشدة فكرة ارتباط المرض العقلي بغضب الآلهة وقرر أن اللجوء إلى تفسيرات إلهية يعتبر عجزاً واضحاً لجأ إليه المشتغلون بالطب وسنحاول جاهدين التعرف على التطور التاريخية لهذه المهنة من خلال ما يلي:

2- مهنة الطب في العصور القديمة والوسطى:

● عند قدماء المصريين:

أدهش قدماء المصريين العالم بطريقتهم العجيبة والمجهولة في تخنيط موتاهم وجعلهم حافظين لأشكالهم وملاحظهم ² المستمر حتى الآن وكانوا على درجة من العلم بالجراحة، فهم أول من مارس الختام وعنهم أخذاه ³ اليهود ومع تقدم المدينة المصرية نشأ نوع من التخصص فكان هناك أطباء في العيون والأسنان وأمراض أخرى، وانفصل الطبيب عن الكاهن ونشأت أول مدرسة للطب، والتي عرفت باسم مدرسة "صالحجر" وكان طلبتها يختارون من أبناء أرقى الأسر. وكان الأطباء يعالجون الأمراض طبقاً للقواعد المقررة التي وضعها كبار الأطباء القدامى ودونوها في السفر ⁴ المقدس، وكان لا يسمح للطبيب بإجراء التجارب الجديدة على المريض إلا إذا مضت على كاهنة يتضح خلالها أن القواعد الجارية لم تجدد نفعاً، والطبيب يكون مقيداً في هذه الحالة بنتائج هذه التجارب فإن نجح فيها فلا عقاب عليه وإن أخطأ قد حُق عليه العقاب، وذلك فتحة لباب الاجتهاد أمام الطبيب مع المحافظة على سلامة المريض من نتائج اندفاعه وتهوره.

1- *Bernard Dawson, The History of Medcin ed, London, 1931, pp 4-6.*

2 - *Revillout, les orginis Egyptiennes du droit civil, Romain , ed, paris, 1912, pp42-47.*

3 - الدكتور فائق الجوهري، مسؤولية الطبيب، رسالة دكتوراه حقوق، القاهرة، عام 1997، دار الجوهري للطبع، ص72.
4 - كتاب تجمع فيه القرارات التي كانت تفرض على كل مريض أن يذهب بعد شفائه إلى المعبد ويذكر للكهنة أعراض مرضه والعلاج الذي شفى منه، وكان يشمل السفر المقدس على 42 كتاباً تنسب إلى توت إله الحكمة عند قدماء المصريين.

• عند البابليين:

لقد اعتبر البابليون الكبد أهم الأعضاء الداخلية لأنه مقر الروح في نظرهم وجعلوا الفلك¹ عنصراً أساسياً في علم الطب، وكان القائم بمهنة الطب رجل الدين "الكاهن" ثم انفصل الطب عن الكاهن وأصبح يمارسه الطبيب المختص، وقد كان يصل الحد في المسؤولية إلى أن تقطع يد الطبيب ويلتزم بالتعويض إذا ما نجم عن العلاج موت العبد المملوك، الأمر الذي كان من شأنه التشدد في مسؤولية الطبيب والذي نجم عنه ضعف الإقبال على هذه المهنة في هذا الوقت حتى قيل أنه لا عجب في أنه لم يكن هناك أطباء في بابل.²

• عند اليهود:

لقد بلغ الطب عند اليهود درجة من التقدم، ومعرفة أصوله بحيث كانت هناك نظرة علياً لرجل الطب الذي كان ومنذ البداية منفصلاً عن رجل الدين، وكان يحظى بمركز اجتماعي يمتاز على كافة الناس، وكان "بيت الدين" يستعين به في³ المسائل الجنائية، وقد أعطت الشريعة اليهودية حق الطبيب في إجراء العلاج دون خشية من المسؤولية، حتى ولو وقع ضرر للمريض طالما أنه ينبع أصول المهنة، فيما كانوا يقررون مسؤولية الطبيب غير اليهودي والذي كانت تصل إلى حد العقوبة بالموت في حالة الخطأ في حق المريض اليهودي.

• عند الإغريق:

عرف الإغريق الطب، وكان إله الطب عندهم أسكليبيوس⁴ (*Sculapuis*) وكان أبقرراط والملقب بأبي الطب له الفضل الكبير في إزالة السحر وإقامة الطب على أسس علمية مستمداً أصوله من القدماء المصريين والتي دونها في أوراق البردي وأكد أفلاطون أن المخ يلعب دوراً هاماً في الحياة العقلية للإنسان، وذهب أرسطو إلى أن القلب هو مصدر التعقل⁵ والإحساس وكان الأطباء قل أن

1 - الدكتور فائق الجوهري، المرجع السابق، ص11.

2 - Dawson,; po.cit, p15.

3 - الدكتور فائق الجوهري، المرجع السابق، ص11.

4 - لا تزال إشارته "العصا والثعبان" رمز المهنة الطبية حتى الآن.

5 - الدكتور مصطفى فهمي، علم النفس الإكلينيكي، المرجع السابق، ص05.

يمارسوا المهنة يقسمون قسم أبقرات¹ الشهير والذي كان لا يعني التزاما قانونيا وإنما كان التزاما أدبيا محضاً، وقد كان غياب الرقابة على الأطباء موضع شكوى حتى قيل في هذا العصر: "أن الأطباء يأخذون أجورهم سواء شفوا المرضى أو قتلوهم دون أن يتعرضوا لأية مسؤولية".

• عند الرومان:

عرف الرومان الطب -شأنه شأن باقي العلوم- وكان أطباء الرومان يبقون على طرق أبقرات في العلاج، وكان القائمون بمهنة الطب يتمتعون بشبه حصانة تامة من العقاب وكان غياب كل رقابة رسمية موضع شكوى حيث فتح ذلك للجهلة والدجالين باب الدخول إلى مهنة الطب إلا أنهم ومع تقدم المدينة الرومانية وصدور² القوانين التي نصت على وجوب العقاب للطبيب طبقاً لمركزه الاجتماعي، فبنفى في جزيرة إذا كان من طبقة راقية ويعدم إذا كان من طبقة وضعية فقد عرفوا نظام الطبيب نتيجة جهله أو غشه للناس.³

• في أوروبا (عهد الظلام):

انتشرت الحروب والفتن في هذا العصر، وانتكس الطب - شأنه شأن سائر الفنون - وكان المسؤول عن هذه النكسة سيطرة الكنيسة في روما على عقول الناس في تلك العصور المظلمة وقد ضاعت كبت أبقرات وجالينوس وظهرت كتب⁴ التمايم والتعاويد وضاعت الأنظمة الصحية الدقيقة التي وصفها المصريون، والإغريق، والرومان وكانت نظرة رجال الدين المسيح - في هذا الوقت - أنه من الكفر أن يلجأ الإنسان طلباً للعلاج إلى أطباء الأرض.

• الطب عند العرب في الجاهلية وقبل الإسلام:

في هذا العصر نتبع في لقطات خاطفة الطب العربي منذ نبت في عصره الجاهلي، وهم بالنمو في صدر الإسلام، وازدهر في عصر الترجمة في مطلع العصر العباسي، وحتى بلغ ذروة أصالته في

1 - أقسم أبقرات على مزاولة المهنة الذي سندرجه بشيء من التفصيل في العنصر الموالي.

2 - صدر قانون الكويليا عام 287 ق.م، وكان يقرر مسؤولية الطبيب مدنياً بأن الإيذاء الذي يوجد إلى جسم الشخص إنما يستفطر أن يقع عن عمد، فلا يلقي مجرد الخطأ تفصيل ذلك، د. فائق الجوهري، م.س، ص17.

3 - جوستيان، الكتاب الأول، فصل18، بيان17، ص100.

4 - V.R. Villey: *Histoire du Dignastic médicale, ed, paris, 1976, p35.*

المشرق والمغرب العربيين، ثم تتركه متى أشرف على عصر التدهور والاضمحلال.

✓ في الجاهلية :

إذا توخينا أن نتخير لقطاتنا من ماضي الطب العربي عبر التاريخ الطويل، تبين لنا أن له جذورا تمتد إلى ماضيه السحيق، وأنه تعرض خلال نموه للتأثر العميق بالطب الأجنبي واستمد منه حيويته ونضجه ... الكثير الكثير.

لقد شاع بين الناس أن العرب في جاهليتها كانت أمة منعزلة عن العالم، لا تتصل بغيرها أي اتصال، وأن الصحراء من جانب والبحر من جانب آخر حصرها وجعلها منقطعة عمن حولها، لا تتصل بهم في مادة، ولا تقتبس منهم أدبا ولا تهذبا ! وإن كان هذا الاتصال أضعف مما كان بين الأمم المتحضرة لذلك العهد. نظرا لموقعها الجغرافي وحالتها الاجتماعية¹ وإذا كان هناك ما يسمى بالطب الجاهلي العربي، فإنه لا يعدو كونه بعض المعارف الطبية التي نقلها العرب ممن جاورهم من الشعوب القديمة، وخاصة الهنود والفرس والكلدانيين واليونانيين، بالإضافة إلى ما استنبطوه من تجاربهم البسيطة كأثرا من آثار خبرتهم العملية.²

ولقد تأثر الطب العربي الجاهلي مثله مثل غيره من طب الشعوب الأخرى بطريقتين لعلاج الأمراض.

الأولى: هي طريقة الكهنة وما ينبثق عنها من عرافة وسحر وشعوذة.

الثانية: هي طريقة العلاج بالعقاقير والمتمثلة في بعض الأشربة النباتية والمعدنية البسيطة إلى جانب الاعتماد على الكي والحجامة والفصد، فقد قامت النار مقام المظاهرات فكانوا عند البتر يحمون الشفرة بالنار قبل استعمالها.³

فقد اشتهر العرب منذ الجاهلية بمعرفة الكثير من الأمراض وبالحذق في فهم خواص الأغذية والحشائش، وكانت لهم آراء سديدة أحيانا، وتجارب فجة ناقصة أحيانا أخرى يتوارثونها من مشايخ

1 - أنظر كتاب تاريخ الطب والحضارة العربية الإسلامية، للدكتور فرج محمد الهوني، ص27.

2 - أنظر كتاب فجر الإسلام، للدكتور أحمد أمين، دار الكتاب العربي، 10، بيروت، 1969، ص12.

3 - الدكتور أحمد أمين، المرجع السابق، ص14.

الحي وعجائزه تعتمد على الكي والحجامة والفصد... الخ مثلهم مثل غيرهم من الأمم السابقة في التاريخ البشري، كما برز واشتهر لدى العرب في الجاهلية عدد من الأطباء، كان أقدمهم (ابن حزيم)، قيل عنه أنه كان حذقا في الطب، فقد بلغ فيه منزلة عالية قياسا إلى زمانه. واشتهر منهم أيضا رجل من بني ثقيف بالطائف هو (الحارث بن كلدة الثقفي)¹ والذي عاصر الرسول ﷺ وأبو بكر وعمر وعلي وعثمان ومعاوية رضي الله عنهم أجمعين، وقد سألته معاوية قائلا: «ما الطب يا حارث؟ فقال الأزم يا أمير المؤمنين، يعني الجوع»². وقد خلف الحارث ابنا يدعى (النظر بن الحارث بن كلدة) الذي تطب على يد أبيه وجالس الأفاضل من العلماء والأخبار والكهنة وغيرها، وبلغ شأنا جليلا في العلوم القديمة وعلوم الفلسفة وأجزاء الحكمة.

وما دام الحديث قد تطرق بناء إلى أطباء عاصروا الرسول ﷺ فينبغي علينا لأن نشير أن الأطباء في هذا العصر هم حلقة وصل بين الممارسات الطبية في العصر الجاهلي، واكتمال تيارات العمل الطبي في خضم عصر النبوة نفسه وصولا إلى قمة ازدهاره في العصر العباسي الثاني، وهذا ما يلي ذكره.

✓ الإسلام:

أ ما العالم الإسلامي فكان الوضع مختلفا، فقد كانت الدولة الإسلامية الناشئة منفتحة على العالم، لذلك اهتم المسلمون بالطب منذ وقت مبكر وراعوا ترجمة كتب الطب المعروفة عند الأمم فأقبل المسلمون على دراسة الطب وازدهر عندهم لا سيما وأن الإسلام نفسه يحثهم على دراسة الطب، فقد قال الرسول ﷺ «لم ينزل الله داء إلا وأُنل له الدواء الشافي»³، ولهذا لم يكن من المستغرب أن يتأثر الأطباء (بالتراث الأبقراطي) وطب (جالنيوس) وغيرهم من العلماء، ولكنهم لم

1 الحارث ابن كلدة الثقفي طبيب العرب في وقته، أصله من ثقي من أهل الطائف رحل إلى أرض فارس أخذ الطب عن أهل تلك البلاد من أهل جندسابور وغيرها في الجاهلية وقبل الإسلام.

2 - أنظر كتاب طبقات الأطباء لابن جليل، المرجع السابق، 54.

3 - الموضوع الثاني (الطب الإسلامي) من المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي، الكويت، وزارة الصحة 1981، ص 166.

يكفوا بالنقل وإنما درسوا ذلك التراث المنقول وحلّوه وانتقدوه وأضافوا إليه، ودمجوا المبادئ الثقافية الإسلامية الأخلاقية لدينهم الحنيف بالأخلاق الطبية المأخوذة عن اليونانيين والمسيحيين واليهود.

فقد كتب (ابن نفيس) منتقداً كتاب (أبقراط) -طبيعة الإنسان - *The Nature of man* - كما كانت له مؤلفات غير منشورة حول واجبات الجراح وعلاقته بمعاونيه ومرضاه ¹ ولكن أهم ما ألف حول الأخلاق الطبية في العالم الإسلامي "والذي سنتناوله بشيء من التفصيل في الفصل الثالث للبحث" كان على يد (إسحاق بن علي الرهاوي) الذي كتب كتابه المشهور "آداب الطبيب"، وهو من الأعمال الفريدة التي اهتمت بالأخلاق العملية في مجال الطب، وكان التأثير الأبقراطي والأفلاطوني واضحاً فيها، بالإضافة إلى اعتماد المؤلف على الأخلاق الإسلامية الأصيلة.² كما قام بعضهم بتصنيف مسألة من مسائل آداب الطب، مثل -أخلاق الطبيب- (للرازي)³ وكتاب -محنة الطبيب- و -معرفة محنة الكحالين- (ليوحنا بن ماسويه)، وكتاب -امتحان الأطباء- وكتاب -نوادير الفلاسفة والحكماء وآداب المعلمين القدماء- (لحسن ابن إسحاق).

ولكن العرب فيما يقول الصاعد الأندلس (ت 364 هـ / 1070 م) في طبقات الأمم: "لم يعنوا في صدر الإسلام بشيء من العلوم إلا ما اتصل بلغتهم وأحكام شريعتهم، مع استثناء علوم الطب، فإنها كانت معروفة لأفراد منهم غير مذكورة عند جماهيرهم لحاجة الناس إليها في حياتهم".⁴

بل أثرت عن الرسول ﷺ مجموعة من الأحاديث النبوية تبلغ نحو ثلاثمائة حديث، شكلت ما سمي بالطب النبوي، لقوله ﷺ: «يا عباد الله تداووا فإن الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له دواء واحد وهو الهرم»⁵، وعلى ذلك نجد أن الممارسات الطبية عند العرب قد تابعت مسيرتها في

1 - قارن: Ranan. C.A (the cambridge mustatd History of the world. S

. Science). Cambridge. University pross/ Cambridge, 1983, p 237.

2 - نقلاً: موضوع نظرة الإسلام للطب للدكتور إبراهيم الصياد، أبحاث وأعمال المؤتمر الأول عن الطب الإسلامي، المرجع السابق، ص 56 .

3 - أنظر كتاب عيون الأنبياء لابن أبي أصيبعة، ص255، المرجع السابق، ص54.

4 - أنظر طبقات الأمم، تحقيق بوعلوان، ط1، بيروت، 1985، ص 126-127.

5 - أنظر كتاب الطب النبوي لابن قيم الجوزية، الحديث أخرجه أحمد والترمذي (2039) في الطب، ص 14.

العصر الجاهلي عند المسلمين بعد بزوغ شمس النبوة، إلا أنها اتخذت طابعا إيمانيا ينصح بروح الإسلام وقيمه وأخلاقياته بالدرجة الأولى في المعاملة مع المريض والصحة على أساس العناية والقدرة الإلهية. لقد تفاعل الدين الإسلامي بأخلاقياته مع القواعد الأخلاقية التي انتقلت إليه من الحضارات الأخرى لتظهر قواعد مصطبغة بروح الإسلام وقائمة على فكرة مراعاة حرمة المريض ومصلحته فقد ركز الإسلام على فكرة حفظ الطبيب لأسرار المريض لا سيما المرأة للمكانة التي منحها إياها الإسلام تطبيقا للحديث الشريف «من ستر مسلما ستره الله في الدنيا والآخرة»، كذلك لا يجوز إخبار المريض بخطورة مرضه ولو كان ميئوسا من شفائه، عملا بالحديث الشريف: «إذا دخلتم على المريض ففسحوا له في أجله، فإن ذلك لا يرد شيئا ويطيب نفسه»¹، وغيرها من القواعد الأخلاقية المنبثقة من صميم الثقافة الإسلامية والتي تدور حول احترام المريض في جميع أحواله واحترام الممارسة الطبية معه وهذه المهنة الشريفة شرف الإنسان نفسه. في الطب عموما وفي طب النساء على وجه الخصوص - وهي ما يكون محور حديثنا في الفصل الموالي - على أنه من الطبيعى جدا أن يكون ثمة من كان يعمل في القبالة في العصر الإسلامي، كما كان كثير من المواخض من يقمن بتوليد أنفسهن بأنفسهن مثلما يفعل البدويات بالوقت الحاضر، أو الماضي القريب، وكان البعض أيضا يمارس الإجهاض، وإسقاط الأجنة (الحشيش)²، كما ورد في الأخبار أن الزوج كان يعالج الحالة الأخيرة (المتعسرة) بعملية (السطو)³ وإذ في تاريخ الولادة حوادث كثيرة يتقدم منها الزوج أو من مارس توليد الأنعام فيعمل ما تعجز عن عمله القابلة، وكان ختان الصبيان مألوف قبل الإسلام ويروي أن الصحابية الجليلة (أم عطية الأنصاري) ظلت تمارس هذه العملية بعلم من النبي ﷺ وأنه قدم لها النصيح في هذا الموضوع⁴، ولم يمضي أكثر من نصف قرن على عصر أم عطية الأنصارية حتى صار العرب يلتفتون إلى

1 - موضوع نظرة الإسلام للطب، المرجع السابق، ص 56 .

2 - الحشيش: هو الجنين الذي يموت في بطن أمه ويجف.

3 - السطو: هي عملية ممارسة الرجل للولادة المتعسرة حينما تفشل المرأة القابلة، الدكتور جواد علي، كتاب العرب قبل الإسلام، ج 1، ص 409 .

4 - أنظر ابن الأخوة، كتاب معالم القرية في أحكام الحسبة، تحقيق محمد محمود شعبان، صديق أحمد المطيعي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ص 164.

شؤون المرأة الصحية والأدوار التي تمر بها الحامل والنفساء بكثير من الاهتمام هذا حفاظا لحياتها وصوننا لكرامتها واحتشامها.

ويعتبر أول من كتب في ف لس فقاالأعضاء الأنثوية وخلق الجنين وطبيعة الحبل والولادة وأخلاقيات الممارسة والتعامل معها من كتاب العرب المسلمين هو (ابن زين الطبري) ¹ القرن الثاني الهجري والثامن الميلادي، وتكلم فيه عن أول الأعضاء المتكونة في الجنين وتشخيص جنسه في الرحم. وفي مطلع القرن الثالث الهجري والتاسع الميلادي، سيطر الأطباء العرب المسلمون على الممارسة المهنية وصاروا يبحثون في فنون ويكتشفون الكثير مما لم يدركه الأطباء اليونان، وعرفوا أن المرأة الحامل هي غير المرأة التي لا حمل لها من الناحية العلاجية، فحاذوا من إعطائها بعض الأدوية في أشهر معينة من الحبل وذلك لتفادي الوقوع في أخطاء الإسقاط وإزهاق روح الجنين انطلاقا من ثقافتهم الأخلاقية والدينية الراسخة بحرمة قتل النفس، كما وضع (يوحنا بن ماسويه) ² كتاب-لما امتنع الأطباء عن تطبيب الحوامل في بعض شهور حملهن- كما خلفه تلميذه "حسن ابن إسحاق العابدي" فكتب علاج النساء اللاتي لا يجبلن حتى يجبلن، وأسباب العقم وكتاب الجنين.

وبعد نصف قرن تقريبا من وقت ابن إسحاق العابدي المتوفى سنة 260 هـ / 873 م سطع في ميدان الطب (أبو بكر محمد الرازي) ³ المتوفى سنة 320 هـ / 932 م والرازي أعظم طبيب سريري بعد أبقراط.

ومما جلب النظر، دقة وصف الرازي لبعض الأمراض النسائية مما يمكن اعتبار ذلك تنفيذا لمن ينكر أن الرازي قد مارس الحالات الجراحية ¹، ويفهم من كتاب الرازي أنه لم يكن يفحص بنفسه

1 - أنظر كتاب الحاوي في الطي للرازي ج9، ص114؛ عن كتاب أدب الطب، المرجع السابق، ص60.

2 - يوحنا بن ماسويه: طبيب نسطوري من مواليد جنديسابور وكان أبوه ماسويه يعمل في صيدلية البيمارستان في تلك المدينة فتعلم يوحنا الطب على أساتذة البيمارستان النسطوريين، ثم ارتحل إلى بغداد والتحق بحاشية الخليفة المأمون وصار طبيبه الخاص ورئيسا لبيت الحكمة، من أشهر تلاميذه حنين بن إسحاق العابدي الذي خلفه على رأسه بين الحكمة، توفي ابن ماسويه سنة 243 هـ / 857 م.

3 - هو أبو بكر محمد الرازي أعظم أطباء عصره ومن أعلام الطب على مدى عصور التاريخ، له ما يزيد على الخمسين كتابا في الطب إضافة إلى الكتب الأخرى في الكيمياء والطبيعات والفلسفة، وأشهر كتبه عموما (الحاوي في الطب) وهو موسوعة ضخمة ثلاث وعشرين جزء في مختلف فروع الطب خصص الجزء التاسع منها للأمراض النسائية والتوليد.

على الأعضاء الأنثوية في المرأة لأسباب ثقافية دينية أخلاقية من جهة وتقليدية نفسية من جهة أخرى، وأنه كان يسأل القابلة أن تفحص عليها بعد أن يرشدها إلى طريقة الفحص والهدف منه، ولا بد أن القابلة المتمرسه في أعمال التوليد والتي هي الممرضة بنفس الوقت قد صارت لها خبرة لمعرفة طريقة الفحص والتعرف بالجلس المهبل بين مختلف الأعضاء الأنثوية الداخلية وما هو غير طبيعي فيها، كما كان الرازي يستعين بالمرأة لرؤية الأعضاء التي يصعب مشاهدتها بالطريقة المباشرة. هذا ما يجعلنا نتدبر مدى انتهاك الطبيب الرازي من ثقافته الإسلامية الأخلاقية في ميدان ممارسته لعمله الذي يتطلب ذلك بدرجة الأولوية.

وفي حكم المستنصر بالله بقرطبة 350 - 366 هـ / 961 - 976 م، أشهر طبيب اسمه "عريب بن سعيد" كتابا في موضوع الحبل والولادة وآداب التعامل مع أمراض النساء بعنوان -خلق الجنين وتدير الحبل والمولودين- وهو أول كتاب في تاريخ التخصص حيث احتوى على كل ما يخص الطب النسائي وأمراضه وحالات المرأة والحمل والجنين وآداب التعامل معهما². كما ظهر في القرن الرابع الهجري والعاشر ميلادي طبيب في مصر الفاطمية من أصل عراقي اسمه "محمد البلدي" من بلد القريية -الموصل- ووضع كتابا قيما في رعاية الأمومة والطفولة بعنوان -تدير الحبال والأطفال والصبيان، وحفظ صحتهم ومعالجة الأمراض العارضة لهم- ويجيد "أحمد البلدي" كل الإجابة حين يذكر القواعد الأخلاقية في التعامل مع صحة الحامل وعملية الولادة، كما يعتبر ابن العباس الجوسي المتوفى سنة 384 هـ / 994 م أبرز الجراحين في المشرق الإسلامي، وحالات تعسر الولادة.

وبعده بما لا يزيد عن العشرين سنة برز "علي بن سينا" المتوفى 426 هـ / 1037 م صاحب كتاب (القانون الطبي) الذي هو أشهر كتب الطب العربي قاطبة بين الإسلام والأوروبيين على السواء، وأخص الجزء الثاني من هذا الكتاب فصول في تشريح الأعضاء الأنثوية وفصل فيها ما لم يلم بها كتاب الحاوي للرازي. كما فيه فصول خلق الجنين ورعايته الحامل، ومعالجة الإسقاط وطرائق

1 - انظر كتاب الحاوي في الطب للرازي، 9، ص 84، 102، 112، 121 عن كتاب أدب الطب، المرجع السابق، ص 60.

2 - موضوع تاريخ الطب في الإسلام أعمال المؤتمر، المرجع السابق ص 167 وما بعدها.

التوليد، وأنواع الولادات العسرة وأسبابها ورعاية النفساء ومداواتها، وفيه فصول عن الأمراض المتعلقة بالمرأة والإنجاب والعقم وأسبابه وطرق مداواته. وظهر في منتصف القرن الخامس الهجري. في الطرف الغربي من الأقطار الإسلامية، في مدينة الزهراء بالأندلس كبير جراحي العرب (أبو القاسم خلف الزهراوي) المتوفى في حوالي سنة 500 هـ / 1106م ونشر كتابه الشهير - التصريف لمن عجز عن التأليف - وأدخل فيه معلومات في الأمراض النسائية والتوليد، وآدبي التعامل مع هذا النوع من الأمراض كما كان أول من فكر بتوليد الأجنة المتعسرة بطريقة السحب على رؤوسها بآلة حديدية هي التي طورت من قبل الأوروبيين بعدما يزيد على ثلاثة قرون منها ما يعرف اليوم (ملقط التوليد).¹

ولا شك أن كل هؤلاء العلماء والأطباء الذين خاضوا ممارسة هذا التخصص من الطب وتكلموا عن كل ما يمس الناس من حمل وتوليد وأحوال الجنين وأمراض أخرى تتعلق بالمرأة، كما كانت تتعرض لهم مشكلات تجعلهم في المواجهة مع حلها، كانت لهم أخلاقياتهم وآدابهم - ثقافتهم الذاتية - التي مكنتهم من ممارسة التطبيب بشكل جعلهم يخلدون عبر التاريخ.

رابعا : دور العرب في تطوير الفنون الطبية والبحوث العلمية:

أ - معرفتهم لفن الطب:

بدلا من زيارة قبور القديسين، وقد كانوا يعارضون بشدة الجراحة تحت فكرة أن الكنسية تكره إسالة الدماء، ورغم ما ساد أوروبا في هذا العصر من ظلام وتخلف إلا أنها عرفت الجامعات عن طريق العرب في الأندلس وكنا الأوروبيون يذهبون إلى جامعاتها وعندما أقبل القسس على دخولها حرمت² الكنيسة على رجال الإكليروس دراسة الطب وعرفوا المسؤولية الطبية بكون العنصر الطبي عند العرب وفي الجاهلية وقبل الإسلام.

1 - أنظر الدكتور غريب بن سعد القرصي، كتاب خلق الجنين، ص36-37، مطبوعة عن طريق الانترنت، إسلام أون لاين ست.

2 - قرار مجمع كلية مونث عام 1130م نص على أنه: "لا يحق لهم بعد أن يلبسون الكهنوت ويندرون أنفسهم لخدمة الكنيسة أن يدرسوا الطب أو القانون بفكرة 'الريح'، المرجع السابق، ص222.

1 - الفنون الطبية والبحوث العلمية:

في الوقت الذي كانت مزاوله الطب محرمة في أوروبا، كان د ليل العرب طب حقيقي، فقد عرفوه وقبضوا على ناحيته -أسوة بشائر العلوم المرتبطة به- واشتهروا بمؤلفاتهم¹ التي حفظت للخلف طب السلف سواء قبل الإسلام² أو بعده، وقد حظي بالاهتمام بالطب الرجال والنساء، فكان منهم طبيبات بارعات³ كزينب طيبة بني أوس والتي اختصت في طب العيون وهي الجراحة، ورفيدة⁴ الأسلمية يشهد أن⁵ عائشة رضي الله عنها قد مارست الطب.

ب - فضل العرب في البحوث العلمية الطبية: وقد عرف الأطباء العرب كتب أبقرات⁶، وجالينوس إذ أنه كان من طبيعة العرب، أنهم لم يعنوا بشيء من العلوم إلا بلغتها ومعرفة أحكام

1 - R. Villey, *Histoire du diagnostic médicale*, ed, 1976, p 41.

2 - من الذين ألفوا الطب "أبو زكريا الرازي" الذي اشتهر بأنه طبيب المسلمين وبلغ عدد مؤلفاته في الطب وغي¹¹² مؤلفا، وأيضاً ابن النفيس، الذي قيل عنه أنه كان أعظم من ابن سينا في تفضيل ذلك أيضاً، الأستاذ محمد رشدي مدينة العرب في الجاهلية والإسلام، مطبعة السعادة عام 1911، ص 22.

من بينهم: أبو عبد الله محمد بن سليمان بن الحافظ، والذي كان كفيفا قرطيبيا، وكان ابنه يصف له حالة المريض فيتهدى منها إلى ما يهتدي إليه البصير، ومن الذين اشتهروا في عصر النصرانية ابن الحرث بن كلدة الذي تعلم الطب ببلاد فارس وظل حتى بعد عصر الإسلام إلى أيام معاوية وشهد له النبي ﷺ فقد روى أبو داود رحمه الله تعالى عن سعيد قال: "مرضت مرضاً فأثنى رسول الله صلى الله عليه وسلم يعودني فوضع يده بين ثدي حتى وجدت يردّها علي فردادي فقال أنك مففوود أنت الحارث ابن كلدة أخا ثقيف فإنه يتطّيب" تعطيل ذلك: تاريخ الإسلام للذهبي، مخطوط بدار الكتب، ص 138، الذخيرة، لابن بسام، ج 1، ص 203، من كتاب مدينة العرب في الجاهلية والإسلام، الدكتور محمد بن رشدي ص 25.

3 - ابن أصيبعة، طبقات الأطباء، ج 1، ص 123.

4 - كانت تتخذ خيمة في مسجد النبي صلى الله عليه وسلم، وكانت تداوي الجرحى وقد كانت وابنتها عالمتين بفن الطب والمداواة، وقال عنها النبي صلى الله عليه وسلم، حين أصاب القدم بالسهم في الخندق، أحيلوه في خيمة رفيدة"، المرجع السابق، طبقات الأطباء، ص 212.

5 - ذكر ابن الجوزي رحمه الله تعالى في "صفوة الصفوة" عن هشام ابن عروة قال: "كان عروة يقول لعائشة رضي الله عنهما يا أمّاه لا أعجب من فقهك أقول زوجة رسول الله صلى الله عليه وآله وابنه أبي بكر، ولا أعجب من عملك بالشعر وأيام الناس أقول ابنه أبي بكر وكان أعلم الناس وكلن أعجب من عملك بالطب.

فضربت على منكبه وقالت: أي عروة، أن النبي صلى الله عليه وسلم كان في آخر عمره، فكانت تقدم عليه وفود العرب من كل وجه فتعنت له الإتيان فكانت أعمالها من ثم: الذهبي، تاريخ الإسلام، المرجع السابق، ص 138.

6 - ترجمت في بغداد كتب أبقرات وجالينوس R. Villey, *op. cit*, ed, 1976, p 37.

شريعتها، وقد قسموا أنواع الطب إلى سبعة فروع وبعضهم إلى عشرة¹ وقد عدد ابن القيم أنواع الأطباء² في ذلك العهد إلى إحدى عشر طبياً ويرجع للعرب³ الفضل في أنهم أول من بحثوا في الحصيات النفطية كالجذري والحصبة، والحمى القرمزية وكانت لهم اليد الأولى في تركيب العقاقير، واخترعوا الأنسق ووضعوا الأسماء التي لا تزال مستعملة حتى الآن كالكحول، والنحاس، الزرنيخ، أو عرفوا العلوم المعاونة للطب كالصيدلية، واستعملوا المداواة بفن الموسيقى والعلاج بالطب الكهربائي.⁴

1 - إبانة الاجتهاد في الطب:

ولما كان من المتفق عليه في الشريعة الإسلامية دراسة الطب فرض من فروض⁵ الكفاية فهي واجب على كل فرد تسقط عنه إلا إذا قام به غيره، وذلك بوصفها ضرورة اجتماعية لحاجة الجماعة إليها، فنجم عن ذلك فتح مراكز فن البصرة والكوفة وقرطبة، وغيرها وكانت تدرس فيها العلوم الطبية.⁶ لعظماء العرب، وقد أبحاث الشريعة الإسلامية للأطباء الاجتهاد في علاج الأمراض فلا يسأل الطبيب ولو خالف بعض آراء زملائه متى كان رأيه يقوم على أساس سليم إذ أن الطبيب الماهر لا يسأل عن الضرر الذي يصيب المريض ولو مات من جراء العلاج مادام لم يقع منه خطأ في هذا العلاج، بل كان الضرر أو الموت الحاصل لم يكن في حسابان الطبيب أو ما نسميه -الآن- بما لا

وعرفها العرب وناقشوها، وكانت من أشهر المدارس التي بها تلك الكتب مدرسة كاردو Cardque والتي كانت في شهرت، دار الكتب وتوسع إلى 300.000 مجلد

1 - محمد رشدي، مدينة العرب، المرجع السابق، ص 83 - 146 (علم الطب، البيطرة، الصيدلة، النباتات وخواصه، الكيمياء، الفلاحة، الفلك، الفراسة...).

2 - ابن عبد الله بن القيم الجوزية، زاد المعاد في هدى خير العباد، مطبعة محمد علي صبيح، 1934، ج 3، ص 142.

3 - ومن بينهم: الرازي في الجراحة، والذي كتب في الجذري وربما أول من بحث في الحصبة: R. Villey, op. cit, p 37.

4 - وذلك عن طريق السمك الكهربائي المسمى عند العامة "بالرعاش أو الرعاد" وذلك لعدم توفر الآلات المولدة للكهرباء في ذلك العصر، وقد استعمل ابن سينا السمك الكهربائي في مداواة الصرع أو الآلام العصبية بواسطة وضع السمك في الماء لبقائه حياً وتوصيل شريطين يثنو لهما المريض فتحصل له رعشة لها فائدة كبيرة في مداواته... الخ، محمد رشدي، مدينة العرب، المرجع السابق، ص 31.

5 - هناك من الأحاديث النبوية الشريفة التي تدل على معرفتهم الطب والتي سبق ذكرها في العنصر السابق من الفصل.

6 - R. Villey, op. cit, ed, 1976, p 41.

يمكن توقعه¹ ولا تفاديه ورغم الاتفاق على أن الموت إذا جاء نتيجة لعقل واجب مع الاحتياط وعدم التقصير لا ضمان فيه ولكنهم اختلفوا في تعليل رفع المسؤولية.

2 - في العصر الحديث: ابتداء من النهضة الأوروبية

● اشتغال الدجالين بالطب ومحاربتهم للجديد والابتكار:

في بداية هذا العصر كثر مدعى² الطب، وامتدت العدوى لرجال الكنيسة، وقد كانت في البداية المستشفيات دينية أكثر منها طبية، ثم نشأت مستشفيات طبية، وكانت المعركة في البداية صراع بين المحافظين الذين كانوا يتمسكون ابن سينا والرازي وغيرهم، وبين المجددين الذين قالوا أنه يجب أن تدرس كتب أبقراط، وجالينوس في أصولها اللاتينية وليس في ترجمتها العربية ورغم معرفتهم بصنوف الطب في هذا العصر، إلا أنهم كانوا يكرهون كل جديد مما أدى لتعثر نظريات العلاج³

● الاكتشافات العلمية:

شهد فن الطب ابتداء من القرن التاسع عشر اهتماما كبيرا لدى المشتغلين فيه أدى إلى تطوره فاكشف لويس⁴ باستير (1822 - 1885 م) الأصل البكتيري وميكروبات الأمراض والتغلب على على كذلك اكتشف أرمويرهافن (1876 م) ميكروب الجزام، والجراح الألماني إميل فون كشف اللقاح المضاد وأنقذ به أول طفل¹ في برلين عام 1891 م، ويرجع إلى كوخ فضل اكتشاف ميكروب الجمرة

1 - في مسؤولية الطبيب قول جاهلي: "من تطيب ولم يعلم عنه الطب فهو بذلك ضامن" وحديث النبي ﷺ في قوله: "من اجتهد فأخطأ فله أجر ومن اجتهد وأصاب فله أجران" ومما يروي للدلالة على ذلك: قصة صببية سقطت من السطح فانفتح رأسها فقال كبير من الجراحين أن شققتم رأسها تموت، وقال واحد منهم أن لم تشقوه اليوم أنا أشقه وأبرئها، وشقه ثم ماتت بعد يوم أو يومين وسئل نجم الأئمة الحلبي هل يضمن؟ فتأمل مليا ثم قال: لا إذا كان الشق بإذن أو كان معتادا، التفصيل في مقال الدكتور أحمد محمد إبراهيم، في مسؤولية الأطباء، مجلة الأزهر، مجلد 20، ص 46.

2 - Dawson, po.cit, p 147.

فقد أحصى فرانكلين في عام 1292 م ، ما يقرب من ثمانية وعشرون رجلا وامرأة يشتغلون بالطب في فرنسا على أنهم أطباء بغير الحصول على أي دبلوم.

3 - Robinson, op.cit, p 136.

حيث قال: "أن نظريات العلاج كانت في حاجة إلى مرض أبطال نتيجة لكثرة نظريات الأطباء في العلاج وعدم الاعتراف بها إلا بعد فترة استقرار.

4 - الدكتور فائق الجوهري، المرجع السابق، ص 57.

الخبشة في عام 1867 م، وميكروب السل عام 1882 م، كذلك عام 1822 م بإباجة تشريح جثث الموتى في المستشفيات وبذلك قضى على سرقة الجثث في المقابر وأصبح التشريح عملاً مشروعاً وكان لذلك أثره في تقديم المعارف الطبية في أواخر هذا القرن عرفوا العلاج الضوئي بواسطة الأشعة السينية لونتجين كذلك حدث تطور في فن الجراحة بما قدم من أبحاث غن التقيح والتطهير في مزاوله فن الجراحة.²

• تطور المسؤولية الطبية في مستهل القرن التاسع عشر:

لم يقر الأطباء بمساءلتهم عن الأخطاء التي تنجم عن ممارستهم لعملهم وذلك حتى عام 1867 م³ وبعد هذا التاريخ بدؤوا يعترفون -فقط- بأخطائهم العمدية وذلك نظراً لطبيعة عملهم التخميني وبذلك قرر أن الأطباء يعتبرون مسؤولون عن الأخطاء الناتجة عن الإهمال وعدم الحذر وجرى العمل بذلك وأصبح الطبيب يسأل عن الأخطاء العمدية وغير العمدية مسؤولية ذات طبيعة تقصيرية وكذلك قرر أن مسؤولية الطبيب ذات طابع تعاقدية مؤداه أن الطبيب عليه أن يتبع الوسائل العلمية بحيث أية مخالفة - حتى ولو كانت غير إرادية - لهذا الالتزام التعاقدية يترتب عليها مسؤولية من نفس الطبيعة أي تعاقدية ومع ازدياد النشاط الطبي تبعه بالتالي ازدياد ظهور دعاوى المسؤولية وتنوعها وذلك لعدة أسباب من بينها تطور العلاج وزيادته وبالتالي زيادة الأخطار علاوة على إشاعة المعارف الطبية والعلمية ونتائج البحث الطبي لدى الجمهور المعالج، كذلك من هذه الأسباب اتباع نطاق النظرة عند الرجل الحديث الذي سعى دائماً إلى تأكيد حقه في الصحة والعلاج وسلامته.

خامساً : علم اجتماع الطب:

أ تعريف علم اجتماع الطب:

ينطلق تعريف علم الاجتماع الطبي من الإطار المرجعي المفاهيمي لعلم الاجتماع، حيث

1 - Robinson, op.cit, PP 373- 385.

2 - فن إنجلترا كان الطلبة بكلليات الطب يسرقون الجثث من المقابر ليلاً ووصل بمحتري سرقة الجثث جد المهارة إلى أنهم كانوا يعيدون زرع الورود والرياحين على المقابر فكان أهل الأموات يهرفون الدموع على قبور لا أجساد فيها...الخ.

3 - DALLOZ encyclopedie Jurictique de droit civil, (2 ed), 1974 , p 20, N°330.

يشكل هذا العلم فرعاً معتبراً من فروع علم الاجتماع، كما ينطلق هذا التعريف من القضايا التي يتناولها علم الاجتماع والقضايا ذات الأبعاد الصحية.

ويتحدد مجال علم الاجتماع الطبي عند نقطة التلاقي بين ما هو اجتماعي وما هو طبي من أجل تكوين فهم أعمق للعلاقة بين الإنسان والظروف الاجتماعية وبين الظواهر المرضية والحالة للأفراد والمجتمعات.

كما ينظر لمنطلقات تعريف علم الاجتماع الطبي من خلال تعريف الصحة بأخذ مفهوم السلامة في العقل والسلامة في الجسم من خلال أسرة سوية وبيئة صالحة¹ أو كما تراه منظمة الصحة العالمية من كونه يمثل أو يشير إلى حالة السواء الجسمي والعقلي والاجتماعي وليس فقط مجرد غياب المرض.²

وينطلق تعريف علم الاجتماع الطبي من مجالات اهتمام المجتمع بالصحة والمرض في إطار السياسة الصحية وتحسن مستوى المعيشة وزيادة الوعي الصحي وتخفيض معدلات الوفيات وزيادة متوسط العمر ومقاومة الأوبئة وسواها، ويمكن في إطار الخلفيات المرجعية لعلم الاجتماع الطبي الإضارة إلى تعريفات محددة تجعل من السير الوقوف على حقيقة الدلالة الموضوعية والاهتمام المتداخل مع العديد من المجالات الأخرى.

1 - لما كان علم الاجتماع كما أوضح ذلك بيتر بيرجر شكلاً متميزاً من أشكال الإدراك المعمق والوعي الكامل، فإن علم الاجتماع الطبي كفرع لهذا العلم يساعد على تفسير وتحليل خصائص ومعطيات الوسط الاجتماعي في علاقته بالصحة والمرض حيث يتيح آلية منهجية للتعرف على المعطيات الاجتماعية الأكثر ما تكون صلة بالصحة والمرض كالفقر والغنى والتخلف والتقدم والنمو السكاني وتعاطي وإدمان المخدرات وغيرها.

2 - يعرف علم الاجتماع الطبي بأنه العلم الذي يدرس بطريقة منهجية بناء المجتمع ونظمه ووظائفه في علاقتها بظاهريتي الصحة والمرض ويركز على الخصوص على فهم الظروف الاجتماعية المعيشية

1 - J.B.par kand, parb, 1970, preventive and social medicine india. Nai Dunia, p12.

2 - المرجع نفسه.

للأفراد المتعلقة بالسكن والدخل والسلام البيئية والغذاء والكساء والثقافة والطرق والأساليب الشعبية للعلاج والتنمية الاجتماعية والسياسية وغيرها.

3 - يعرف علم الاجتماع الطبي بأنه العلم الذي يهتم بالأطر الاجتماعية لصحة المجتمع وهو على رأي "ساشمان" (*Suchman*) يمثل توجهها اجتماعيا وطبيا جديدا للعناية بالصحة العامة في إطار المعطيات الاجتماعية والظروف والمستجدات على الساحة الاجتماعية في ارتباطها بصحة المجتمع والصحة العامة.¹

4 - ينظر إلى علم الاجتماع الطبي على أنه العلم الاجتماعي الذي يدرس آثار العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والنفسية على صحة الجماعة والمجتمع وعلى مدى انتشار الأوبئة والأمراض وتوطنها، ويركز على الفعاليات الاجتماعية والتطبيقية لمقاومة الأمراض والأوبئة كنشر الوعي واعتماد وتطبيق السياسات الاجتماعية لرفع مستوى المعيشة وتوفير الخدمات والمرافق الصحية، فهو كما يراه "سوسر" و"واتسون" دراسة للإنسان في شمولية علاقته بالبيئة الطبيعية والاجتماعية والاقتصادية وصلتها بالصحة العامة.

5 - يشير الدكتور عبد السلام الدويبي في تعريفه لعلم الاجتماع الطبي إلى أن هذا العلم هو من العلم التي تعنى بالدراسة والتحليل بالأبعاد الاجتماعية لصحة المجتمع والكيفية التي تتوزع وتنظم بها الخدمات الطبية في المجتمع كما يركز على فهم العوامل المختلفة التي تؤثر في توفير وتوزيع هذه الخدمات وفرض الاستفادة منها ودرجة ملاءمتها وجدواها وفعاليتها.²

6 - وانطلاقا من تعريف هنري جيد نبز لعلم الاجتماع بأنه الدراسة العلمية للمجتمع فإن علم الاجتماع الطبي هو الدراسة العلمية للظواهر الاجتماعية والعلاقات ذات الصلة بالصحة والمرض.

1- *Suchman-E.A, 1983, Sociology and the Field of public health, Russelsage, foundation, New York.*

2 - الدكتور عبد السلام الدويبي، نحو تطوير مفهوم اجتماعي لظاهرتي الصحة والمرض، مجلة البحوث العربية للعلوم الاجتماعية التطبيقية، العدد الأول، 1991م، المعهد العالي للعلوم الاجتماعية، طرابلس، ص 199 - 206.

7 - يشير الفرد كورتجان من رواد علم الاجتماع الطبي إلى أن هذا العلم هو الذي يهتم بالتوفيق بين مبادئ الصحة الوقائية والظروف الاجتماعية وبين معطيات علم الاجتماع ومناهجه حتى يمكن ضمان فاعلية أكبر لسياسات حفظ الصحة العامة ومقاومة الأمراض ومنع توطئتها.

8 - يعتبر مفهوم علم الاجتماع الطبي من مفهوم علم الطب الاجتماعي كما يعتقد كرو (*Grew*)¹ وهو يقف في بحوثه وتحليلاته عند نقطة التقاطع بين الطب وعلم الاجتماع مركزا على الفهم العميق لصحة المجتمع ونشر الوعي الصحي وأساليب وبرامج الحماية والوقاية والرفع في مستوى المعيشة وعلاج المشكلات الاجتماعية، وعلى حد اعتقاده بأنه إذا كانت المشرحة والمختبر الطبي هو المعمل أو المكان المخصص لإجراء البحوث الطبية فإن المجتمع هو المختبر الأوسع لعلم الاجتماع الطبي، وأن أدوات تشخيص أمراض المجتمع تتمثل في دراسة الأنساب الاجتماعية للوبائيات والأمراض المتوطنة والإحصائيات الحيوية والممارسات الاجتماعية فيما يتعلق بالصحة والمرض، كمنا وأن أساليب العلاج تكمن في العمل مع الأفراد والجماعات بقصد تحسين وتطوير الظروف المعيشية ومقاومة الفقر والبطالة والتخلف والانحراف والعمل على تنمية وتنظيم المجتمع.

ب - اتجاهات ومضامين علم اجتماع الطب:

تقودنا التعريفات السابقة لعلم اجتماع الطب إلى تحديد اتجاهات ومضامين هذا العلم على النحو التالي:

1. يوظف علم اجتماع الطب نظريات ومنهجيات علم الاجتماع في دراسته وتعامله مع الظواهر الاجتماعية المرضية، ومعوقات الصحة والأسباب الاجتماعية لانتشار الأمراض وتوطئتها وسبل التصدي لها.

2. يعطي علم اجتماع الطب أهمية خاصة للعلاقة بين الظروف الصحية والمرضية وبين الواقع الاجتماعي² بأبعاده وتداعياته المتنوعة.

1 - *Grew.F.E, 1989, Health : Its Natwe and Conservation, pergnan press, U.S.A.*

2 - الدكتور الدويبي عبد السلام، علم النفس الاجتماعية، إدارة المطبوعات جامعة الفتح 1998، ص 113.

3. يهتم علم اجتماع الطب بالممارسات الشعبية والأبعاد الثقافية والأنثروبولوجية التي تسود المجتمع في تعامله مع الصحة والمرض.

4. يركز علم الاجتماع الطب على دراسة التأثير الاجتماعي الذي ينشأ بين الأفراد في المجتمع ومن خلال العلاقات الاجتماعية والقيم والمعايير التي تؤثر مواقف الأفراد ومعتقداتهم حول الصحة والحفاظ عليها والمرض والقضاء عليه والوقاية منه.¹

5. يهتم علم الاجتماع الطب بدراسة وتحليل الوظيفة الاجتماعية للمؤسسات الطبية كالمستشفيات والعيادات والمصحات، كذلك بالدور الطبي والصحي لبقية مؤسسات المجتمع كالأسرة والمدرسة والنادي والإعلام وغيرها.

6. يوظف علم اجتماع الطب في بحوثه وتحليلاته المناهج العلمية المطبقة في علم الاجتماع ويسخر نظرياته في تفسير الظواهر المرضية والصحية ذات التداعيات والجذور الاجتماعية.

7. يهتم علم اجتماع الطب بقضايا وسياسات التنمية الاجتماعية والرعاية الصحية بما يمكن من التصدي لكافة العوامل الاجتماعية ذات العلاقة بزيادة انتشار وتوطن الأمراض وتطوير السياسات الاجتماعية الملائمة لرفع المستوى الصحي للأفراد وتهيئة الظروف البيئية والاجتماعية الملائمة لذلك.²

8. يركز علم اجتماع الطب على تحليل عناصر الثقافة من قيم وعادات وتقاليده وأعراف باعتبارها تمثل إطاراً مرجعياً لفهم الخصائص الصحية لمجتمع معين وباعتبار تأثيراتها المختلفة على انتشار الأمراض وتوطنها أو منع ذلك.³

9. يعطي علم اجتماع الطب بعداً شمولياً تكاملياً للتعامل مع قضايا الصحة والمرض ليس فقط على المستوى الفردي للإنسان باعتباره كائناً اجتماعياً وعضواً في مجتمع بل وأيضاً للظواهر المرضية السائدة في المجتمع وتحديد أبعادها وتداعياتها الاجتماعية واستحقاقاتها الوقائية والعلاجية.⁴

1 - الدكتور الدويبي عبد السلام وبيري الوحشي، علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر، طرابلس 1998، ص ص 15-17.

2 - الدويبي، المرجع السابق، ص 32.

3 - الدكتورة فوزية دياب، القيم والعادات الاجتماعية، دار النهضة، بيروت 1980، ص 24.

4 - عبد الغني محمد، أخلاقيات المهنة والمجتمع، مكتبة الرسالة الحديثة، عمان، الأردن 1986، ص 224.

- 10.** يستفيد علم اجتماع الطب من مكتسبات العديد من العلوم ذات العلاقة كعلوم الصحة والغذاء والتربية وعلم النفس لما يمكن من تحقيق فهم أوسع لما يواجه المجتمع من مشاكل صحية.¹
- 11.** ينظر علم اجتماع الطب إلى الصحة بمعناها الشمولي الذي لا يقتصر فقط على ما هو جسمي بل يتعداه ليشمل الأبعاد الاجتماعية والدلالات النفسية والعقلية والسلوكية وغيرها.
- 12.** يقارب علم اجتماع الطب ما أشار إليه كل من فيرشو ونيومان موضوع الصحة الوقائية الاجتماعية والتاريخ الاجتماعي للمرض وانتشاره بين الطبقات الاجتماعية وبين المجتمعات الريفية والحضرية في إطار من مطالب الصحة العامة والصحة الوقائية والسعي نحو تحسين الأحوال المعيشية وبالتالي الأحوال الصحية.²
- هكذا تبرز اتجاهات ومضامين علم الاجتماع الطبي أهم خصائص محتوياته وتبين بؤرة اهتمامه وذلك في تركيز متميز على الأبعاد الاجتماعية المؤدية لانتشار الأمراض وتوطنها.
- إن النظر إلى الواقع الاجتماعي في إطار بنائي وظيفي كما يتعرض للعديد من المتغيرات ويعايش العديد من الظروف الاجتماعية السلبية يجعل من المفيد الاستفادة من منهجيات علم الاجتماع ونظرياته في ميدان تتداخل فيه الأوضاع الصحية للمجتمع مع الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للمعيشة وكما تهدد الجريمة أمن المجتمع واستقراره وتستنزف ثرواته ومقدراته المادية والبشرية فإن المرض عموماً والوبائي على وجه الخصوص هو من الظواهر الخطيرة التي تهدد معيشة الفرد والجماعة ويتطلب هو الآخر جهوداً يبذلها المجتمع لوضع السياسات الاجتماعية الملائمة وتسخير الإمكانيات لمقاومة المرض وقاية وعلاجاً وتفرغ جزء من أبنائه وتأهيلهم للمكافحة والتصدي.
- ومن مظاهر المعالجة المنهجية للمرض في إطار اجتماعي أن تعامل المجتمعات مع المرض في تعريفه وتحديد أسبابه وسبل علاجه قد بدأت بما هو خرافي³ وارتبطت بما هو ديني أو عيني والتجأت إلى ما هو اجتماعي في شكل يواكب تطور مجالات العلوم الطبية في المجتمع، وهكذا فقد سبق ما هو

1 - عبد الغني محمد، المرجع نفسه، ص 224.

2 - الدكتور الدويبي، علم النفس الاجتماعي، المرجع السابق، ص 172.

3 - الدكتور خالد حربي، الأسس الاستمولوجية لتاريخ الطب، 1، دار الوفاء لدنيا الطباعة، الإسكندرية 2006، ص 23

اجتماعي في مقارنة مشكلة المرض ما هو طبي محض حضار المرض من المفاهيم الاجتماعية في سيروية التعامل المجتمعي معه والتجأت المجتمعات إلى أساليب شعبية للتداوي والعلاج وتحديد الأعراض¹، ومع ما أحرزه الطب من تقدم وعلم الاجتماع من تطور بدأ العمل الجاد في التصدي للممارسات الاجتماعية المتخلفة في العلاج والرعاية الصحية وطرق المعيشة وبرزت اتجاهات التخطيط الاجتماعي والتنمية الاجتماعية المستدامة لتواكب الجهود الطبية في حفظ الصحة.

ت - أهمية علم الاجتماع الطبي:

علم اجتماع الطب من العلوم الإنسانية التي تطورت في سياق الجهود العلمية في مجالات علم الاجتماع ليصير فرعاً مهماً من فروع علم الاجتماع يتعامل بمنهجيات ونظريات علم الاجتماع في دراسة وتحليل الظواهر الاجتماعية في علاقتها بالصحة والمرض. ويمكن تتبع أوجه أهمية علم الاجتماع الطبي في الآتي:²

1. يسهم علم اجتماع الطب في تحليل وتفسير المتغيرات الاجتماعية التي لها علاقة بالصحة والمرض في المجتمع فهو لا يهتم بالحالات الفردية ولكنه يتجاوزها للتعامل مع الصحة العامة وصحة المجتمع.
2. إن اهتمام علم الاجتماع الطبي بالسلوكيات المهنية للمهن الطبية والمشتغلين بها في إطار أخلاقيات مهنة الطب³ والمسؤولية الطبية هو اهتمام يركز على ما تمثله الانحرافات في ممارسة المهنة الطبية من خطورة على صحة الناس ومن تبشر وضياع الجهود الرامية للمحافظة عليها.
3. من خلال ما يشهده علم الاجتماع وفروعه بما فيها علم اجتماع الطب من تقدم وتراكم معرفي تصبح أمام المجتمعات خيارات اجتماعية نفسية سلوكية لعلاج الأمراض المتوطنة والسارية وكذلك أمراض المجتمع الأخرى كالفقر وتعاطي المخدرات والرشوة والانحلال والمحابة التي لها انعكاساتها السلبية على المجتمع.

1 - الدكتور خالد حربي، المرجع نفسه، ص24.

2 - الدكتور عبد الغني محمد، أخلاقيات المهنة، المرجع السابق، ص250.

3 - وهم صمم موضوع الدراسة الحالية.

4. تبرز أهمية علم الاجتماع الطبي في تحليل الأبعاد الصحية للثقافة بكل ما تعنيه من عادات وتقاليد وقيم¹ وأعراف وباعتبارها نمط معيشة الناي وتحديد المظاهر الثقافية ذات الأبعاد والانعكاسات السلبية على صحة المجتمع وتطوير برامج للتصدي لهذه الأبعاد حتى لا تستمر في التأثير السلبي على صحة أفراد المجتمع.

5. يشرى علم اجتماع الطب الرأي العام ليكون أكثر رغبا بأهمية المحافظة على الصحة من خلال العديد من الفعاليات التي يتتبعها بالدراسة والبحث والتحليل والاستنتاج بما يخدم قضايا الرأي العام وبما يجعله رأيا داعما للممارسات الطبية² الصحيحة.

6. وعي المستوى العلمي يسهم علم اجتماع الطب ببحوثه ونظرياته في إثراء المعرفة العلمية وتطويرها. هذه فقط أمثلة توضيحية لبعض مظاهر أهمية علم اجتماع الطب، يوجد بالإضافة إليها العديد من المظاهر ذات المضامين النظرية والعملية والأبعاد السلوكية والتوجهات الوقائية والعلاجية لظاهرة المرض في تجذرهما الاجتماعي السلوكي الأخلاقي.

ث - علاقة علم الاجتماع الطبي بالعلوم الطبية:

العلوم الطبية كثيرة ومتعددة، وبعضها دقيق التخصص بحيث لا توجد فيه علاقة مباشرة بينه وبين علم الاجتماع والعلوم الإنسانية الأخرى، وبعضها قريب الصلة بعلم الاجتماع الطبي كالصحة العامة وعلوم التمرّض والطب الوقائي، وطب الأطفال والوبائيات، والحمل والولادة وأمراض سوء التغذية والسياسة الصحية والعلاقات الاجتماعية في الموقف الصحية وغيرها.

ويشير "ديرك.ج" و"اندروتوادل"³ إلى وجود علاقة في المنهج والموضوع بين علم الاجتماع الطبي والتخصصات الطبية وذلك لأن أكثر من ثمانين في المائة من تطورات الأمراض ذات الجذور النفسية الاجتماعية إما أن تكون غير قابلة للشفاء وإما أن تظل حبيسة صدر المريض وهذا يشير إلى

1 - الدكتور فوزية دياب، المرجع السابق، ص103.

2 - الدكتور عبد المغني محمد، المرجع السابق، ص273.

3 - ديرك.ج واندروتوادل، علم الاجتماع الطبي، ترجمة جمال السيد، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، رسالة اليونيسكو 1978، ص 11.

أن الأطباء هم في الغالب مشغولون بالتخصص الطبي الدقيق إلى أقصى درجة دون أي اهتمام بالأبعاد النفسية الاجتماعية للمرض رغم أهميتها، وأن تزايد التعقيدات كما يرى الباحثان من ناحية وتطور ممارسة المهن الطبية الحديثة ومن ناحية أخرى قد شجعا على تنامي وتزايد الاهتمام بالقيم الأخلاقية الطبية وأن جراحة زراعة الأعضاء وأجهزة الإنعاش وأساليب العلاج المتطورة وفيات الإجهاد وضبط النسل وتنظيمه كل هذه الأمور صارت تكون مجموعة مركبة من الأبعاد التي تتركز في العلاقة بين الطبيب والمريض وبقية أعضاء المهن الطبية المساعدة كالمريض وصار المجال مفتوحا لعلاقة¹ أوسع بين الطبيات وعلم الاجتماع والأخلاقيات وغيرها.

وتبدو العلاقة واضحة بين علم الاجتماع الطبي والصحة من خلال تعريف الأمم المتحدة للصحة التي هي "حالة من السواء الجسمي والعقلي والاجتماعي وليست هي فقط مجرد غياب المرض"، ويبدو من خلال هذا التعريف وجود ثلاثة أبعاد للصحة هي:²

1. البعد الجسمي.

2. البعد العقلي.

3. البعد الاجتماعي والنفسي.

إن الصحة في بعدها الاجتماعي وكما يراها العديد من الدارسين³ فهي محور اهتمام علم اجتماع الطب وجوهر العلاقة بينه وبين العلوم الطبية والطبية المساعدة وهنا يدخل مستوى المعيشة وظروفها والعلاقات الاجتماعية والتخلف والفقر وقضايا النوع الاجتماعي ضمن اهتمامات علم الاجتماع الطبي لانعكاساتها المباشرة وغير المباشرة على الصحة. ويتمتع مفهوم علم الاجتماع الطبي بمفهوم الطب الاجتماعي (*Social medicine*) فهو العلم الذي يهتم بصحة المجتمع ولا يعتبر فرعاً جديداً في الطب ولكنه توجه جديد للطب لاستيعاب

1 - هي العلاقة التي تجمع بين علم اجتماع الطب وعلم اجتماع الدين.

2 - هارد، أس، تدعيم الخدمات الاجتماعية والإعلامية الصحية، ترجمة محمد بيومي، مركز مطبوعات اليونيسكو 1978، ص

4.

3 - J.E.Park, Text book of preventive and socil medicine Jabalbar India, 1979.

الحاجات المتغيرة والمتنامية للإنسان والمجتمعات إنه إذا الدراسة المعمقة للعوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والثقافية والأخلاقية والبيئية والجينية المؤثرة على صحة جماعة من الناس وهو أيضا يمثل الدراسة المعمقة للمعايير العملية في المجال الاجتماعي التي لها علاقة بحفظ الصحة¹، ومقاومة الأمراض والمساعدة في حصول الشفاء من الأمراض.

ويرتبط علم الاجتماع الطبي أيضا بما يعرف بطب المجتمع ومن الكليات المتقدمة التي أنشأت لطب المجمع كانت ضمن الكلية الملكية البريطانية للأطباء في لندن عام 1972 م وأسست جامعتا أدنبرة وكلاسكو كلية طب المجتمع، وتعرف اللكيات طب المجتمع بأنه فرع من فروع الطب الذي يتعامل مع السكان عموما والجماعات على وجه الخصوص دون تركيز على الحالات المرضية الفردية.²

ج - بعض القضايا الاجتماعية الأخلاقية ذات العلاقة بالطب:³

من خلال العلاقة التي تحدثت الدراسة عنها العنصر السابق بين علم اجتماع الطب والعلوم الطبية، وكذلك العلاقة بين علم اجتماع الطب والعلوم الإنسانية الأخرى، ومنها علم الاجتماع الديني كان من الضروري وجود أمثلة التي تجسد هذه العلاقة في هذا العنصر من هذه القضايا الحساسة التي تجمع بين الأخلاق والطب والمجتمع.

1. الإجهاض: يحظر على الطبيب إجهاض امرأة حامل إلا إذا اقتضت ذلك ضرورة إنقاذ حياتها ومع ذلك يجوز الإجهاض إذا لم يكن الحمل قد أتم أربعة أشهر، وتثبت بصورة أكيدة أن استمراره يهدد صحة الأم بضرر جسيم أو في حالة الجنين المشوه تشويها كاملا.
- كما يتم إثبات هذا الأمر بقرار من لجنة طبية لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة أخصائيين يكون بينهم أخصائي بالمرض الذي من أجله أوصى بإنهاء الحمل، يقومون بإعداد تقرير يوضح فيه نوع الخطورة المذكورة التي تهدد صحة الأم فيما لو استمر الحمل.

1 - الدويبي عبد السلام بشير، علم الاجتماع الطبي، المرجع السابق، ص 214.

2 - المرجع نفسه، ص 220 - 221.

3 - الدكتور علي رضا، الوثيقة الإسلامية للأخلاقيات الطب والصحة، دراسة تأصيلية في أخلاقيات المهن الصحية، المكتبة الجامعية للمطبوعات البحثية، الأردن، 2010، ص ص 19-22.

وفي حالة التوصية بضرورة الإجهاض يوضح ذلك للمريضة وزوجها أو ولي أمرها ثم تؤخذ موافقتهم الخطية على ذلك.

2. تسير الموت أو ما يسمى بالقتل الرحيم¹: حياة الإنسان حرمتها، ولا يجوز إهدارها إلا في المواطن التي حددها الشرع والقانون، وهذه خارج نطاق المهنة الطبية تماماً، ولا يجوز للطبيب أن يساهم مساهمة فاعلة في إنهاء حياة المريض ولو بدافع الشفقة، ولا سيما في الحالات الآتية مما يعرف بالقتل الرحيم:

- القتل العمد لمن يطلب بذاك إرادته ورغبته أن ينهي حياته.
- الانتحار بمساعدة الطبيب.
- القتل العمد للأجنة المصابين بعاهات خلقية قد تهدد حياتهم أو لا تهددها، أو القتل العمد للولدان المولودين بأمثال هذه الحالات وذلك بوقف تغذيتهم.
- لا تندرج الحالات التالية في مسمى القتل الرحيم:²
- وقف العلاج الذي ثبت عدم جدوى استمراره بما في ذلك أجهزة الإنعاش الاصطناعي.
- صرف النظر عن الشروع في معالجة بقطع عدم جدواها.
- تكثيف العلاج القوي لدفع ضائقة أليمة شديدة مع العلم بأن مثل هذا العلاج قد يقصر العمر.

3. مرضى الإيدز :

- من حق المصاب بعدوى مرض الإيدز (ملازمة العوز المناعي المكتسب) أن يحصل على العلاج والرعاية الصحية اللذين تتطلبهما حالته الصحية، مهما كان سبب إصابته بالعدوى.
- وعلى الطبيب أن يلتزم بعلاجه متخذاً من الاحتياطات ما يقي به نفسه وغيره.
- يجب توعية المصاب بعدوى الإيدز بكيفية الحفاظ على حالته من مزيد من التدهور، وكف العدوى عن الآخرين.

1 - هذا العنصر يأتي بالتفصيل في الفصل الخامس: أصر الحداثة والعصرنة في أخلاقيات الطبيب.

2 - الدكتور محمد نعيم ياسين، قضايا طبية معاصرة، دار النفائس للنشر والتوزيع، الأردن 1999، ص 29.

- إذا كان المصاب بمرض الإيدز متزوجاً فينبغي على الطبيب حثه على إبلاغ زوجته بذلك لاتخاذ الاحتياطات الوقائية اللازمة فإن لم يستجب وجب على الطبيب أن يقوم بالتبليغ بنفسه.
- على الطبيب الذي علم أنه حامل إيجابي لمرض الإيدز ألا ينخرط في أي نشاط من شأنه المجازفة الواضح بنقل المرض إلى الآخرين.

4. زرع الأعضاء¹:

- عملية نقل الأعضاء من متبرع أو من جثة ميت، من أهم وسائل إحياء النفس التي يتجلى فيها تواد أفراد المجتمع وتراحمهم وتعاطفهم، على أن تراعى فيها الضوابط الأخلاقية.
- لا يجوز للأطباء الذين أعلنوا وفاة شخص يحتمل تبرعه بأعضائه، أن يشاركوا بشكل مباشر في استخراج هذه الأعضاء منه، أو في إجراءات زرعها بعد ذلك في غيره، أو أن يكونوا مسؤولين عن رعاية المرضى الذين يحتمل أن يتلقوا هذه الأعضاء.
- لا يجوز أخذ أي عضو من جسد حتى قاصر لزرعه في شخص آخر، وقد تستثنى من ذلك الأنسجة المتجددة إذا نص عليها القانون الوطني.
- لا يجوز أن يكون الجسد البشري وأجزاؤه (الأعضاء والأنسجة والخلايا والجينات البشرية) محلاً لمعاملات تجارية، ويحظر إعطاء أو أخذ أي مبلغ لقاء أي عضو، كما يحظر الإعلان عن الحاجة إلى أعضاء أو عن توافرها لقاء ثمن يدفع أو يطلب.
- يحظر على الأطباء وسائر المهنيين الصحيين القيام بعمليات زرع الأعضاء إذا وجد ما يدعوهم إلى الاعتقاد بأن الأعضاء المطلوب زرعها كانت محلاً لمعاملات تجارية.
- على الطبيب قبل إجراء عمليات نقل أعضاء وفقاً للتشريعات أن يصر المتبرع بالعواقب الطبي والأخطاء التي قد يتعرض لها نتيجة لعملية النقل قبل إجراء العملية.

سادساً : الجذور المعرفية والاتجاهات النظرية لعلم الاجتماع الطبي

أ - الجذور المعرفية لعلم اجتماع الطب:

1 - الدكتور عرفان سليم العشا حسونة، التلقيح الصناعي وغرس الأعضاء البشرية، المكبة العصرية، بيروت، لبنان 2006،

يعتبر القول بأن العلاقة بين ظاهرتي الصحة والمرض وبين العوامل¹ الاجتماعية والبيئية قديمة قدم الفكر البشري، ومن هنا فإنه إذا نظرنا إلى علم الاجتماع على أنه الدراسة العلمية للعلاقة بين ظاهرتي الصحة والمرض وجدنا أنه له جذور تاريخية عميقة فقبل أن يظهر علم الاجتماع الطبي² كعلم مستقل، ظهرت دراسات عن كيفية انتشار المرض وربط العلماء بينها وبين توزيع السكان في المجتمع ففي التراث المصري واليوناني توجد كتابات عن ارتباط أمراض معينة بأمرور الدولة سواء السياسيين أو الإداريين أو رجال الاقتصاد أو الأطباء المصلحين الاجتماعيين. وعلى الرغم من أن كتابات العصور القديمة والعصور الوسطى قد أرجعوا المشكلات الصحية لجماعات معينة، إلى الظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية السائدة في حياة تلك الجماعات إلا أنها لم تكن دراسات منهجية منتظمة، ولعل دراسة ابن خلدون أقرب الدراسات إلى المنهج العلمي.³

أخذ العلماء الغربيون هذه الأفكار وبدؤوا بدراستها بطريقة علمية في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، ويرجع هذا الاهتمام إلى الظروف السيئة التي أحدثتها الثورة الصناعية على طبقة العمال خاصة (سوء الحالة الصحية وانتشار الأمراض). لقد كانت فرنسا أكثر الدول تقدماً في النظريات السياسية والاجتماعية، فأتجه العلماء إلى القيام بدراسات علمية للمشكلات الجديدة وذلك باستخدام المسوح الصحية الإقليمية أو الطبوغرافية الطبية، وتوالت الدراسات الإمبريقية والإحصائية المتعلقة بالصحة، فدرسوا كل من الفقر، المهنة، التغذية والسكان، عمالة الأطفال، والنساء... الخ من المشكلات المتعلقة بالصحة والمرض وأدى ذلك إلى ظهور الطب الاجتماعي سنة 1848 م.⁴

1 - الدكتور علي الواضح ترجمة كتاب بارسونز، دور المريض في المستشفى وتغير أنماط واجباته وحقوقه، ط1 1961، دار الفكر، المصرية، ص 431.

2 - أحمد البيري الوحشي، عبد السلام الدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والإعلان، ليبيا، 1989، ص 81.

3 - الدكتور علي علي رضا، ترجمة كتاب، علم الاجتماع الطبي، طبع 1952، دار النشر العربية، الأردن، ص 93 وما بعدها.

4 - نفس المرجع، ص 97.

انتشرت في فرنسا فكرة الربط بين العلم والسياسة، وبين الطب والاجتماع وضرورة استخدام العلم في خدمة المجتمع، وانتقلت فكرة الطب الاجتماعي إلى ألمانيا وغيرها من الدول خاصة وسط وشرق أوروبا، ثم ظهر تعبير "الاجتماع الطبي" قبل الحرب العالمية الثانية في كل من فرنسا وألمانيا، وتطور بسرعة في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا، بسبب الاهتمام المتزايد بالصحة العامة والعمل الاجتماعي المنظم، وقد عرف تشارلز ماك انتير (*Charles marc Antir*)¹ الاجتماع الطبي سنة 1894 م كما يلي: "الاجتماع الطبي هو العلم الذي يدرس الأطباء أنفسهم كظاهرة اجتماعية أو كهيئة اجتماعية وهو العلم الذي يدرس القوانين التي تنظم العلاقات بين مهنة الطب والمجتمع ككل، والتركيب الاجتماعي لكل منهما وما حدث وما يحدث من تطور في التركيب أو العلاقات".² وفي 1902 استخدمت إليزابيث بلاكويل (*Elizabeth Blakwell*) هذا المصطلح كعنوان لمجموعة من المقالات تربط بين العوامل الاجتماعية والعوامل الصحية والطبية بعدما نشر جيمس وإرباس *Jimeswarbasse* كتابا في "الاجتماع الطبي" سنة 1910 أوضح فيه أهمية الإصلاحات الاجتماعية الصحية وكذا التعليم الطبي.

ولقد ظهر علم الاجتماع الطبي كفرع متخصص من علم الاجتماع في أعقاب الحرب العالمية الثانية³، غير أن البدايات الأولى ترجع إلى النصف الثاني من القرن التاسع عشر، حينما اتجه فريق من الباحثين الاجتماعيين إلى دراسة العوامل الاجتماعية المرتبطة بالصحة والمرض، بعد أن كانت دراسة المسائل الصحية وفقا على المختصين في العلوم الطبية دون غيرهم من المتخصصين في بقية الفروع المعرفية ويرجع اهتمام الباحثين الأوائل بدراسة العوامل الاجتماعية المرتبطة بالصحة والمرض إلى التأثيرات التي أحدثتها الثورة الصناعية في الأحوال الصحية والمعيشية للأفراد إضافة إلى ظاهرة التحضر وتزايد موجات الهجرة إلى المدن الصناعية.

1 - <http://www.gulfids.com/ar/indesc.php?acturin:shour1.es,id:7781,topicid=1210>, 2008.

2 - الدكتور عاطف غيث، علم الاجتماع الطبي، المرجع السابق، ص10.

3 - علي رضا، كتاب علم اجتماع الطب، المرجع السابق، ص125.

وبالإضافة إلى هذا فقد كان للتقدم الذي شهدته العلوم الطبيعية و البيولوجية والذي انعكس على العلوم الطبية دورا كبيرا في الاهتمام بالجانب الاجتماعي والنفسي للمرضى وهو ما أدى إلى علم النفس الطبي، علم الاجتماع الصحي الأنثروبولوجيا الطبية، اقتصاديات الصحة، والخدمة الاجتماعية الطبية.¹

في الأخير فقد كان للعوامل الإيديولوجية أثرا كبيرا في الاهتمام بالجوانب الاجتماعية المرتبطة بالطب، ويرجع هذا إلى المساوى التي لحقت بالنظام الرأسمالي، وهو ما أدى إلى ظهور تيارات فكرية دعت إلى ضرورة استبدال الأوضاع السيئة للعمال والعمل على تحقيق الرعاية الصحية والاجتماعية الكاملة لهم، كما عملت هذه التيارات على القيام ببحوث اجتماعية علمية لدراسة المشكلات الطبية والاجتماعية التي تعاني منها طبقة العمال.²

وكانت الدراسات الأولى للمشكلات الصحية في علم الاجتماع الصحي تتم عن طريق فرق مشتركة مع علماء الطب، حيث كانوا يحرصون على توجيه مسار البحوث، من خلال اختيار المشكلات وتحديد الأهداف وتقديم الإحصائيات... رغم افتقارها للأحوال الاجتماعي والاقتصادية للفئات المدروسة.

ب - الاتجاهات النظرية في دراسة علم اجتماع الطب:

يقول ديموند السلي: "على الرغم من أن موضوعات البحوث كانت تحد بواسطة علماء الطب الذين يعملون بطبيعة الحال في إطار النماذج الطبية، وفي إطار مسؤوليتاتهم العلاجية، وفي إطار الاهتمام بمستقبلهم المهني، فإن مثل ذلك البحوث قد ساعدت على توسيع نطاق الاتصال بين ميداني علم الاجتماع والطب كما أنها زادت من أهمية الدور المشترك بين كل من الميدانيين.³

1 - فوزية رمضان أيوب، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مكتبة نخضة الشروق، القاهرة 1985، ص 141.

2 - الدكتور الواضح باستز، دور المريض في المستشفى وتغير الأنماط واجباته وحقوقه، المرجع السابق، 440.

3 - فوزية رمضان، المرجع السابق، ص 143.

وفي فترة الستينات والسبعينات بلغ علم الاجتماع درجة من التقدم وأصبحت له مجالاته ومنطلقاته النظرية وأهدافه المحددة فمن حيث المجالات فقد اتجهت البحوث إلى دراسة العلاقات المتبادلة بين المتغيرات الاجتماعية وكذا العلاقة بينها وبين المجتمع المحلي والمجتمع العام. ويعتمد الباحثون في هذا التخصص على نظريات علم الاجتماع العام علم الاجتماع المهني وعلم الاجتماع التنظيم وعلم الأمراض الاجتماعية، أما عن الأهداف فقد اتجه العلماء الأوروبيون وجهة عملية، من خلال البحث عن حلول عاجلة للمشكلات الطبية، والمساعدة على رسم السياسات الصحية للمجتمع والعمل على تحسين الأحوال لأفراد المجتمع، وبعد هذه الفقرة تحول الاهتمام إلى الجوانب النظرية من خلال البحث عن تعميقات عملية للظواهر والمشكلات المدروسة، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فقد عمل العلماء وضع إضافة نظرية وانصرفوا إلى الجوانب العلمية البحتة، وتمرور الوقت اتجهوا وجهة عملية تطبيقية من خلال ما سبق يتضح مدى الاهتمام بعلم الاجتماع الطبي في كل من أوروبا وأمريكا¹، إلا أن هذا التخصص لم يلق نفس المكانة من طرف الدارسين والباحثين في أغلب دول العالم الثالث ويقول عبد الباسط محمد حسن: "إذا أردنا أن نحدد وضع علم الاجتماع الطبي في مصر من خلال المناهج الدراسية، والمؤتمرات، والبحوث، والمؤلفات العلمية، فإننا نستطيع القول بأن علم الاجتماع الطبي لم يأخذ وصفة الأكاديمي حتى الآن".² وبالرغم من أن علم الاجتماع الطبي أحد التخصصات الحديثة في علم الاجتماع، وفي علم الطب إلا أنه أصبح يتسع وينمو بسرعة ليحتل لنفسه مكانا واعتبارا في علم الاجتماع. كما اهتم الأطباء الثقافة والسلوك الاجتماعي على الصحة والمرض³، فصحة الإنسان تتأثر بطريقة الحياة والمناخ أي أن البيئة الاجتماعية والطبيعية، كما ربط الأطباء الأوائل بين بيئة العمل

1 - بازسنز، المرجع السابق، ص 441 .

2 - الدويبي عبد السلام بشير، علم النفس الاجتماعي، إدارة المطبوعات الجامعية، الفتح، مصر، ط1998، ص 33.

3 - ويرك ج. واندر وتوادل، علم الاجتماع الطبي، ترجمة كمال السيد، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، رسالة اليونسكو،

1978.

وظهور المرض وبشكل عام فإن العلاقة بين الوضع الاجتماعي والعوامل التي تؤثر على الصحة وظهور المرض كانت موضوع اهتمام الإنسان بصورة عامة.

إن إدراك أهمية العلاقة المعقدة بين العوامل الاجتماعية ومستوى الخصائص الصحية لجماعات معينة قد أدى إلى تطور علم الاجتماع الطبي كما قسم روبرت ستراوس علم الاجتماع الطبي إلى فرعين هما علم الاجتماع في مجال الطب، وعلم الاجتماع الطبي.

1. علم الاجتماع في مجال الطب:

يكن دور الباحث في هذا التخصص في دراسة العوامل الاجتماعية ذات العلاقة بمرض معين أي أن له علاقة مباشرة مع العاملين في المجال الطبي (أطباء، ممرضين) والعناية بالمريض أو لحل مشكلة صحية معينة في هذا التخصص يقوم الباحث بتحليل الأسباب الاجتماعية للمرض الاختلاف في الاتجاهات الاجتماعية نحو الصحة، الطرق التي يمكن أن تفسر علاقة أمراض معينة بمتغيرات اجتماعية كالسن والجنس المكانة، والهدف من هذه التحليلات هو مساعدة الممارسين الصحيين (أطباء، مفتش الصحة)¹ في معالجة المشاكل الصحية.

ح - علم الاجتماع الطبي:

يدرس تنظيم المؤسسات الصحية، العلاقات والأدوار داخل هذه المؤسسات معايير ومعتقدات العمل الطبي... الخ² أي أنه إذا يركز على العمليات الاجتماعية في المحيط الصحي كالمستشفى مثلاً، فهو إذا البحث والتحليل للبيئة الطبية من منظور اجتماعي، أما عن النظريات التي تستخدم في هذا التخصص فهي نفس النظريات المستخدمة في باقي التخصصات في علم الاجتماع. إن التقسيم الذي وضعه ستراوس ليست له أية أهمية في الوقت الحاضر فالاهتمام الآن ليس البحث في ما هو من اختصاص هذا الفرع أو ذاك، بل البحث عن تطوير المعرفة حول العلاقة بين الجانب الاجتماعي وبين الصحة والمرض.

1 - المرجع نفسه.

2 - الدكتور عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، طبع 2005، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص

- إن الهدف من إنشاء هذا التخصص هو إدراك أهمية الممارسة الطبية في المجتمع، حيث تمثل جزءاً مهماً ونسقاً اجتماعياً متكاملًا (مؤسسات اجتماعية خاصة، عمليات اجتماعية، مهنة مشكلات، أنماط سلوك خاصة... الخ) يتطلب الدراسة ومن هنا كانت اتجاهاته في الدراسة على:¹
1. المساهمة في وضع السياسات الصحية من خلال إجراء البحوث وتقديم الاقتراحات التي يمكن تطبيقها في مجال الخدمات الطبية.
 2. دراسة المستشفى كمنظمة طبية، أو كما يسميها علماء الاجتماع بالمؤسسة الكاملة، من خلال دراسة العلاقات الاجتماعية داخل المستشفى.
 3. لقد اهتم العلماء بهذه القضايا فدرسوا عمليات الدخول إلى المستشفى، التنظيم الرسمي وتأثير البناء التنظيمي على المريض... الخ.²
 4. دراسة العوامل الاجتماعية التي يمكن أن تؤدي إلى المرض، كالعادات والمعتقدات، والأمراض المهنية، وتأثيرها على الجانب الصحي.
 5. دراسة ظروف وطرق لجوء الفرد إلى الطبيب ففي كثير من الدول المتقدمة تبين من خلالها وجود نسب كبيرة لأمراض لا تزال رغم التطور الطبي.
 6. العلاقة بين المريض والطبيب سواء من الناحية السلبية أو الناحية الإيجابية مع التركيز على آثارها.
 7. الطب التقليدي أو الطب الشعبي، ومقارنته مع الطب الحديث.
 8. توزيع الأوبئة في المجتمع.
 9. تطلب دراسة هذا الجانب تدخل مجموعة من التخصصات منها الطب... .
 10. الممارسة الطبية والتعليم الطبي، يهتم هذا المجال بدراسة قواعد ونظم ممارسة مهنة الطب ومنها أخلاقيات الطبيب أثناء ممارسته لها.

إن الملامح الرئيسية لنشأة علم الاجتماع تعكس الأهمية المشتركة لكل من الطب وعلم الاجتماع في دراسة وعلاج ظاهر في الصحة والمرض والقائمين عليهما، وفي إعطاء المرض أبعاداً

1 - نفس المرجع، ص 21.

2 - وهذا ما يساعدنا في الدراسة الحالية.

اجتماعية وبيولوجية عضوية من أجل فهم أوسع وأكثر شمولية بهدف تطوير الخدمات الطبية.¹

1- أهم النظريات الطبية في الميدان السوسولوجي:

وهو الذي كان الكفاح طيلة القرن لإثباته كفرع أكاديمي المختص بالطب الاجتماعي (*Social médecine*) لإيجاد تعريف دقيق له وكمثل هذا الكفاح في المنهج الكلاسيكي للطب الاجتماعي الصادر في كتاب مختارات الطب الاجتماعي الذي حررته الهيئة التدريسية في قسم الطب الاجتماعي في جامعة نورث كاليفورنيا، تشابل هيل، وفر الكتابة رؤية ثمينة لاهتمامات الطب الاجتماعي، وقد تراوحت هذه الاهتمامات بين النظريات المبكرة إلى الفرع وكانت تركز على موضوعات من قبيل تدابير الرعاية الصحية والسياسة الصحية، والنظرية الكلية السريرية، وصولاً إلى المفاهيم المتطورة في الحقل من قبيل الاهتمام بعلاقات الطبيب، المريض في مجتمعات متنوعة ثقافياً. وقد تنوع تطور الطب الاجتماعي بوصفه موضوعاً أكاديمياً وبقي التعريف الدقيق له مراوغة وفي هذا المقام سوف نذكر بعض التطورات السياسية لدور الطب في المجتمع وبعد ذلك تنقل لتحليل الاتجاهات والنظريات المستقبلية المحتملة في السياق الأنفلوأمريكي فهما أفضل لنشوء الطب الاجتماعي بإمكانه المساعدة على تركيز دوره في الإبقاء بالمتطلبات الصحية في العالم.

● نظرية البنية الاجتماعية إلى السلوك الاجتماعي:² (السياق الأمريكي اللاتيني)

وتركز هذه النظرية على المحددات الاجتماعية والبنوية للحصة. ففي أعقاب الحرب العالمية الثانية أصبح الطب الاجتماعي الأمريكي اللاتيني مختلفاً على نحو متزايد عن الصحة العامة كفرع أكاديمي ذلك بفضل هدفه الساعي إلى غرس النظرية السياسية والاجتماعية الماركسية وما بعد الماركسية في البحوث والتعليم، فدق ركز هذا الطب على التحول الاجتماعي والسياسي في حين استمرت الصحة العامة في إعطاء الأولوية للتنفيذ العلمي للسياسة العامة بوصفها هدفاً محورياً تحديثاً وفكرياً.

1 - نادية عمر، العلاقة بين الأطباء والمرضى، دار الجامعة، مصر 1993، ص 44 .

2 - فيريجيكا، المرض والسلوك الاجتماعيين المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد 32، ديسمبر 1978.

والمثل على الأسلوب الذي ركز في هذه النظرية لطب الاجتماعي الأمريكي اللاتيني على التحولات الاجتماعية هو المفهوم الذي أطلقه أرنستوتشي غيفار وأسماه "الطبابة الثورية" واعتمد على تثقيف العاملين في حقل الرعاية الصحية بما في ذلك الأطباء، بالأصول الاجتماعية للمرض وبالحاجة إلى إحداث تغيير اجتماعي من أجل تحسين الشروط الصحية، وقد لعبت تفكرات تشي غيفار دورا عميقا في كوبا وتشيلي ونيكاراغوا في الإصلاحات الحكومية الثورية لمنظومات الرعاية الصحية والطبابة والتعليم.¹

وقد اتسعت هذه النظرية على نحو إضافي بفضل شخصية بارزة في الطب الاجتماعي الأمريكي اللاتيني في السبعينيات هو جون سيزار غارسيا²، الذي تدرب كطبيب في الأرجنتين وكعالم اجتماع في تشيلي وكان غارسيا عضوا باحثا في منظمة (بان أميركان) الصحة من العام 1966 م، وفي أواخر السبعينيات وأوائل الثمانينيات عقد سلسلة من اللقاءات الطبية الاجتماعية وعندما توفي عام 1984 م، أنشأ الإصلاحيون البارزون في الطب الاجتماعي (*LASMES*) التي أصبحت ذات حضور في كل البلدان.

● النظرية القاطنة بالسياق الأنفلوا-أمريكي وصعوبة الطبابة كنمط عيش:

من مقابل الطب الاجتماعي اللاتيني، طرب الطب الاجتماعي في سياق³ هذه النظريات (الأنفلو أمريكية) نموذجا للوقاية ركز بشكل رئيسي على تغيير السلوك الفردي بديلا عن الانكباب على المحددات الاجتماعية البنيوية الصحية التي ركزت عليها النظرية السابقة، وخلافا للطب الاجتماعي في النظرية السابقة كافح الطب الاجتماعي من خلال هذه النظرية لكي يتم تأسيسه كفرع أكاديمي أثر في التعلم الطبي.

كان وقع الطب الاجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية كالمصيبة على الفجوة المنشقة بين الطب الوقائي والطب العلاجي فقد أظهر آلان براندت ومارثا غاردير نظريتهما الأسباب الكامنة وراء

1 - فيريجييا، ك، المرجع السابق.

2 - نفس المرجع.

3 - فيريجييا، ك، المرجع السابق، ص 74.

الفرقة المنسقة والعداية بين الطب والصحة العامة، وشملت هذه الأسباب على الرؤى النظرية المتعارضة حول التحكم بالمرض وتديره، والأهداف المتنازعة وراء امتهان الطب وظهور السلطة الطبية مع توسع الممارسات المتخصصة المستندة إلى المشافي.

● اتجاه جديد للطب الاجتماعي (الأنفلو-أمريكي): عودة إلى التركيز على الأصول الاجتماعية للمرض.¹

يواجه الباحثون في الطب الاجتماعي والمدرسون الأكاديميون مهمة إدماج الحكمة التاريخية التي حصلت خلال نشوء وتطور الفرع في إطار جديد، وهذا الإطار مطلوب من أجل فهم التفاعل المعقد بين البيولوجيا والعلاقات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والأخلاقية والثقافية في القرن الواحد والعشرين، والنماذج الوبائية البنيوية الاجتماعية والبيئية الأكثر انتشارا حاليا للمرض المزمن والتي تكشف في سياق الحروب على الأمراض تتيح سيلا ممكنا لحدوث نقلة جديدة في الطب الاجتماعي.

إن هذه النقطة الفكرية سوف تكامل بين التطور المستقبلي للطب الاجتماعي من خلال النظريتين حيث ينتج عنه خطابا طبيا² اجتماعيا أكثر تكاملا على الصعيد العالمي قد يكون الأكثر ملاءمة من أجل مواجهة تحديات فهم نظام عالمي جديد للصحة والمرض والطب والتفاوتات في الرعاية الصحية.

1 -

2 - نيقولا تيماشيف، نظرية علم الطب الاجتماعي طبيعتها وتطورها، ترجمة محمد عودة وآخرون، دار المعارف، مصدر،

1970، ص 171.

خلاصة الفصل :

وفي نهاية هذا الفصل نخلص في مسيرة تطور المجتمعات وتقدم أساليب التداوي والعلاج ارتبطت مهمة الطب بجانبين رئيسيين هما جانب الأهلية العلمية التخصصية في المهن العملية، وينطلق ذلك من كون العلوم الطبية هي من العلوم التي يجب أن يجد مجالها وتؤتي ثمارها في محل التطبيق العملي لنظرياتها ومعارفها وأخلاقياتها ومسؤولياتها داخل المجتمع.

وأنه لما اكتسبت العلوم الطبية أهمية ومكانة اجتماعية خاصة في كل المجتمعات لعدة اعتبارات منها سعيها لما فيه صالح الإنسان وتخفيف معاناته وآلامه وهو ما توظف في ربط علم الاجتماع بالطب والمهنة الطبية، والذي سمي علم اجتماع الطب الذي كان له الدور الأوفر في تقليل احتمالات إصابة الإنسان بالمرض وحفظ صحته، ولما فيه صالح المجتمع بالحفاظ على مقومات الصحة الفردية وعلى الصحة العامة وقدر ركزت المجتمعات الإنسانية في مسير تطورها على مهنة الطب كمهنة من المهن المعتبرة في المجتمع ولكونها مهنة شريفة تاجها الأخلاق الفاضلة والقيم الراقية ونتائجها سعادة ورفاهية الإنسان.

الفصل الثالث : التأصيل النظري لأخلاقيات مهنة الطب

تمهيد:

أولاً : أخلاقيات المهنة والمهنة الطبية .

أ. ماهية أخلاقيات المهنة .

ب. المقصود بالأخلاقيات الطبية .

ت. الأخلاقيات الطبية العالمية و الإسلامية .

ث. أخلاقيات ومبادئ طبية إسلامية .

ج. أثر أخلاقيات مهنة الطب على الفرد والمجتمع .

ثانياً : أهم مراحل تطور أخلاقيات المهنة الطبية عبر التاريخ .

أ. أخلاقيات في الحضارة القديمة .

ب. أخلاقيات المهنة الطبية في الديانات السماوية .

ت. أخلاقيات المهنة الطبية في العصور الحديثة .

ث. خصائص الأخلاقيات الطبية .

ج. العلاقة بين (الأخلاقيات، الفرد، المجتمع) .

ثالثاً : مهنة الطب بين التراث العالمي والشريعة الإسلامية .

أ. أخلاقيات مهنة الطب في التراث العالمي .

ب. أخلاقيات مهنة الطب في الشريعة الإسلامية .

ت. أخلاقيات مهنة الطب في السنة النبوية .

ث. الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية .

رابعاً : المفاهيم الأخلاقية في العصر الحديث .

- أ. أخلاقيات الواجب والحقوق الأخلاقية .
 - ب. تطوير قدرة الفرد المؤدية لاختيار .
 - ت. الأخلاق الاجتماعية .
 - ث. الأخلاقيات الطبية .
 - ج. المقاييس الأخلاقية .
- خامسا :أخلاقيات وآداب تتعلق بالطب وطب النساء .
- أ. أما يجب أن يكون عليه الطبيب المسلم .
 - ب. واجبات الطبيب نحو المريض .
 - ت. واجبات الطبيب نحو المجتمع .
- خاتمة الفصل .

تمهيد:

يهدف هذا الفصل إلى تقديم موضوع الأخلاقيات، كبعد هام من أبعاد المهنة الطبية، والإشارة إلى أثر المهنة على أخلاقيات الوظيفة في القطاعين العام والخاص (محل الدراسة)، ومن المعروف أن البعد الأخلاقي للمهنة الطبية يستمد جذوره من القيم الأخلاقية السائدة في المجتمعات على اختلافها، ويشكل الدين في المجتمعات البشرية إحدى القواعد الرئيسية للقيم الأخلاقية التي يتحلى بها الأفراد والجماعات في هذه المجتمعات.

إن التركيز على المفاهيم الأخلاقية في هذا الميدان الحساس، يلاحظ منذ بداية عقد الثمانينيات من القرن الماضي وامتدادا إلى يومنا هذا، حيث ازدادت المؤلفات والأبحاث التي تعتبر مؤشرا واضحا لتفاقم الأزمة الأخلاقية في المجتمعات المعاصرة. ونظرا لأن معالجة أي مشكلة مهما كان نوعها أو حجمها تكون المعالجة فعالة، فقد جاء هذا الجهد كمحاولة ضمن المحاولات المندرجة لمساعدة الأطباء والدارسين المهتمين بموضوع الفساد في القطاع الصحي، على فهم وتحليل ومناقشة ومعالجة الأزمة الأخلاقية التي بدأت تبلور في الكثير من المجتمعات والجزائر أحدها.

ويهدف هذا الفصل لدراسة الأخلاقيات من خلال النظرة الأخلاقية التي ترسم المثل العليا لسلوكيات الطبيب، كما توضح الخير والشر والخطأ والصواب، وما يرتبط بها من قيم أخلاقية يشترك في فهمها جميع أفراد المجتمع بغض النظر عن مراكزهم في ذلك المجتمع أو مهنتهم أو عملهم، وتشكل هذه القيم معايير وأخلاقيات تساعد الشخص في الحكم على سلوك معين من حيث اتفاه أو اختلافه مع هذه القيم الأخلاقية التي تشعر الشخص بالزاميتها.

تركز هذه الأخلاقيات على جميع نشاطات الإنسان الدينية منها والاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وأكثر من ذلك تصبح النظرية الأخلاقية محددًا لسلوك الفرد أثناء مزاولته لنشاطاته المختلفة، ومن الصعب في الحقيقة الفصل بين الأخلاقيات وبقية العلوم الأخرى لأنها تعتبر المحور الذي يدور عليه منهج هذه العلوم.

أولا : أخلاقيات المهنة والمهنة الطبية:

1. ماهية أخلاقيات المهنة:

● تعريف أخلاقيات المهنة: لقد تم تعريفها بـ:

«المبادئ والقيم السلوكية التي ينبغي للإنسان الاستناد إليها في اختيار أفعاله وسلوكه وهو يتضمن جانبين:

- بحث في المعايير والأحكام التي يمكن أن تقوم الإنسان إلى الخير والفضيلة.

- ودعوى إلى ممارسة هذه القيم الأخلاقية الفاضلة في الحياة الواقعية».¹

إن التعريف السابق يتضمن المعيارية، بمعنى ما ينبغي أن يكون لذا نجد كثير من العلماء

يتصورون الأخلاقيات بصور علم معياري يحدد السلوك الفاضل وما ينبغي أن يكون، وأيضا يتضح

من خلال هذا التعريف أن أخلاقيات المهنة ليست مجرد وضع نظريات في الكيفية التي يجب أن

يتصرف بها الممتحن ليكون سلوكه أخلاقيا أو فاضلا، بل الأخلاقيات الحقيقية تكمن في الممارسة أي

ممارسة السلوك الفاضل في الحياة عموما والمهنة على وجه الأخص، حينئذ تتحول الأخلاقيات من

مجرد قواد نظرية تحدد السلوك الفاضل إلى عمل ملموس في المهنة.

إن فكرة إمكانية احتواء الأخلاقيات على أسس ميتافيزيقية ما زلت محل جدل، وربما تكون

انتقادات "جورج مور"² للأخلاقيات الميتافيزيقية.

ولدى هؤلاء العلماء الأخلاقيات لا تنفصل عن الميتافيزيقيا من حيث أن الإنسان هو المنوط

بتطبيق القواعد الأخلاقية، وهذه القواعد الأخلاقية يصعب تحديدها، من صعوبة تحديد ماهية الطبيعة

الإنسانية واعتمدوا في ذلك على مجموعة من النظريات، منها على سبيل الذكر وليس التفصيل.

✓ النظرية العقلية: ومن أنصارها "سقراط" و"أفلاطون".

✓ النظرية النفعية: التي أنشأها "إبيقور".

1 - مصطفى عبده محمد خير: أخلاقيات المهن وموقفها من الثورة البيولوجية، الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر، القاهرة، 2005، ص 306.

2 - مصطفى عبده محمد، المرجع السابق، ص 306.

✓ النظرية الحدسية: علماء العصر الحديث.

✓ نظرية العاطفة: من أنصارها "آبر" و "هيوم".

✓ نظرية الواجب: من أنصارها "كانط".

✓ نظرية البرجماتية: ومن أنصارها "وليم جيمس".

2. تعريف أخلاقيات المهنة الطبية:

إن الأخلاقيات الطبية جزء لا يتجزأ من الأخلاقيات التطبيقية¹، وهي تندرج أيضا تحت ما يسمى بأخلاقيات المهنة²، التي هي فرع من فروع الأخلاقيات التطبيقية.³

● المقصود بالأخلاقيات الطبية:

ويقصد بالأخلاقيات الطبية «مجموعة القواعد التي يجب على الطبيب وجميع العاملين في مهنة الطب الالتزام بها في عملهم من أجل النجاح في التوصل إلى رسالة الطب المقدسة وهي علاج المرضى».⁴

وتعني أيضا: «قواعد وأصول ممارسة الطب، وهذه القواعد تمثل معايير أخلاقيات يجب على الأطباء التمسك بها لأنها تقود إلى دائرة طبية ناجحة في مجال العلاج، أي أن الأخلاقيات الطبية تشكل أسس مزاول مهنة الطب».⁵

وتجدر الإشارة أن أخلاقيات الطب لا تعترض على القيم الإنسانية التي نادى بها العلماء والفلاسفة من صدق وأمانة وصبر وتواضع... الخ، بل تتحمس لها جميعا، لكن الأطباء يتحمسون أيضا لقيم وأخلاقيات تناسب مهنتهم، ولكن أعلى قيمة يهتم بها الطب هي احترام الذات الإنسانية

1 - الأخلاقيات التطبيقية هي دراسة للمعضلات الأخلاقيات والخيارات ومعايير السلوك في وظائف ومهن ومواقف عينية محدودة وكيفية تطبيق النظريات والمفاهيم في سياقات بعينها.

2 - أخلاقيات المهنة: هي معايير للسلوك تطبق على هؤلاء الذين يمتنون مهنة بعينها.

3 - ديفيد ب. رزيتك، أخلاقيات العلم، ترجمة عبد النور عبد المنعم، دار المعارف، الكويت، 2005، ص 37.

4 - Miller.F.G et al (Eds), *The Nature and prospect of Bioethics: inter disciplinary perspectives. Tot owa, NJ (Geot Britain) Humain press, 2003, p75.*

5 - Kuczew.Sb : M.G.&polonsby , R.M.op.cit, p196.

بوصفها قيمة مطلقة، وأن الإنسان ليس سلعة تباع وتشتري، وقدسية الحياة الإنسانية والحفاظ عليها واحترامها واحترام المريض حتى لو كان مجرماً، ومن القيم والأخلاقيات أيضاً في مهنة الطب أن الأجنة والأطفال حيثي الولادة لهم حقوق في ألا يكونون معوقين.¹

أضف إلى ذلك أن أخلاقيات المهنة الطبية لا تعترض على أخلاقيات العلم على اعتبار أن الطب علم ويجب عليه الالتزام بمعايير البحث العلمي²، ومما لامرأ فيه أن الطب دون أخلاقيات لا يمكن أن يحقق غايته السامية على الوجه الأكمل.

يقول "روبرت فيتش": «إن اتخاذ القرارات الطبية يتوقف على التمسك بمبادئ أخلاقياتها، وبالتالي فإن ذلك يكون أفضل في التوصل إلى قرارات صحيحة عن اتخاذ قرارات عشوائية قد يترتب عليها أخطار على صحة المرضى».³

ويقول أيضاً: «الطب ليس مجرد مصطلح يتفهّمه البعض على أنه العلاج فقط، بل إن الطب أخلاقيات يمكن من خلالها اتخاذ القرارات السليمة التي تخص المريض، فالطب عمل ومهنة تحتاج إلى تفهم أمور النواحي الصحية للأفراد، فكل من يعمل في مجال الطب من ممرضات وصيادلة وأطباء وعمل في جميع الوظائف الاستشفائية، والمسؤولين الإداريين عن الصحة العامة للمجتمع، كل فئة منهم تمارس أدوار تتباين في محتواها، ولكنهم يتفقوا في هدف واحد يمثل رسالة الطب وهو علاج المرضى والوقوف على راحتهم حتى يتم لهم الشفاء لذا يمكن تسميتهم فرق العناية بالصحة».

ويستطرد "روبرت فيتش" قوله: «والأكثر من ذلك أن الناس أنفسهم لهم دور في اتخاذ القرارات الطبية، فالمرأة التي تتطوع في أمور العلاج والآباء الذين يعالجون أبنائهم، والمسؤولين على دفن الجثث، كل ذلك يشارك في النواحي الطبية داخل مكان ما، وكل ذلك يحتاج إلى أخلاقيات من أجل العلاج الطبي والقضاء على الأمراض وهذا ما يسمى بمبدأ رقابة الصحة العامة من الأمراض».⁴

1 - دكتور حسن محمود عبد الدائم، عقد إجارة الأرحام، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2007، ص 173.

2 - من أخلاقيات العلم: الأمانة، الحذر واليقظة، الانفتاحية، الحرية، التقدير، الفرص، المشروعية، الفاعلية، الاحترام بين العلماء.

3 - Veatch . R.M. *Medical Ethics*, Sudbury, Ma: Jones and Bartlett, 1997, p1.

4 - Kucze w.SK: M.G.B.palonsly, R.(Eds) *Bioethics ancient themes in contemporary issues*, Cambridge, press, 2000, p3.

ويقول "هارود برودي" مؤكدا المعنى نفسه تقريبا، وهو أن الطب أخلاقيات: «الطب سلوك وأخلاقيات وليس مجرد نشاط ومهنة تزاوّل فقط ويجب أن يستشعر المريض ذلك، فالمريض ببساطة ما هو إلا إنسان يحتاج إلى العلاج، لذلك يلجأ إلى الطبيب، ومن ثم فلو أن الطبيب لديه الإرادة في علاجه بمشيئة الله، فإنه سيعالج المريض خلال ما تلقى من تدريبات، وتحليل وتقويم مستوى الأداء في الطب يتطلب تقييم عمل الطبيب ومدى تطور هذا العمل بناء على مبادئ أخلاقيات تشكل أسس مزاوله المهنة، وإلا لن يكون هناك طبيب دون قيم أو أسس يسير على نهجها، وبالتالي فإن الطب: "تقليد، مبادئ، قيم، أسس، وعلاج".»

ويقول أيضا: «قبل ممارسة الطب بوصفه مهنة لا بد من ممارسته بوصفه أخلاق وقيم، مما يجعله عادة وليس تقليد جديد، ولا بد من التركيز في مجال الطب على أنه مبادئ وأخلاقيات أكثر منه عمل مهني، فلأخلاقيات الطبية جذورا تاريخية منذ القدم، لا بد أن يتحلى بها الأطباء».¹

ويؤكد "هارود برودي" على أن: «التزام الأطباء بأخلاقيات الطب يولد ثقة المريض في الطبيب، وهذه بدورها تساعد في نجاح رحلة العلاج وتوصل للشفاء، وتجعل المريض يتعامل مع الطبيب بوصفه ملاك العلاج الطبي، لأنه رسول يقود إلى رسالة مقدسة هي علاج المرض والشفاء».²

لا بد أن يؤسس عمل الطبيب بناء على مبادئ وأخلاقيات تشكل أسس مزاوله المهنة، وإلا لن يكون هناك طب قويم ذو رسالة مقدسة، والطبيب الذي يلتزم بأخلاقيات الطب يعد بمثابة رسول العلاج، وإذا لم يوجد أخلاقيات في العلاج، لم يوجد طبيب يتحلى بها، وبالتالي قد يضر ذلك بالمريض لأنه لن تكون هناك أدنى مسؤولية على الطبيب، وبالتالي لا يمكن محاسبته إذا قصر في علاج مريضة، إذا لم توجد أخلاقيات طبية، فلن يكون حقوق للمريض، فممارسة الطب بوصفه مهنة لا بد لها من نظام وأسس يأتي على رأس هذا النظام أخلاقيات الطب في التشخيص والعلاج، ولكي يكون هناك طبيب يتحلى بهذه الأخلاقيات القويمة لا بد أن يتعلم مبادئ الأخلاقيات في الطب، وهذه سمة الطب وأساسه، ومن أسس الطب أن يكون هناك نقد بناء يكون بمثابة تقويم للطبيب يجعله يفكر في كل

1 - Miller, F. G. et al (Eds), op.cit, p78.79.

2 - صحيفة الوسط البحرينية، المرجع السابق، ص10.

ما في وسعه لتحقيق رسالته السامية وهي علاج المرضى والأخذ بيدهم للشفاء، وإذا لم يوجد نقد بناء فلن يكون هناك طب ذو أخلاقيات لأن النقد إصلاح لمجال الطب.¹

ويؤكد "برودي" على أن المبادئ والأخلاقيات في الذب لا تتجزأ، والقيم لا تتحور حسب أهواء الطبيب، فيجب على الطبيب أن يلتزم بتطبيق أخلاقيات الطب في تعامله مع جميع المرضى بصرف النظر عما يعود عليه من مكسب مادي من ورائهم، فالطبيب الخبير بالمعرفة للأخلاقيات الطبية والملتزم بتطبيقها يكون لديه مبادئ كافية في التعامل مع المرضى بالشكل السليم، يعكس الطبيب الذي يعد مستهلكاً لمبادئه، بمعنى أنه يتعامل مع المرضى على أنهم مورد يجلب له المال، وليس مرضى يحتاجون إلى العلاج.

فأخلاقيات الممارسة الطبية ضرورية ولها حدود، ويتمثل الحد الأدنى منها في كيفية التشخيص الملائم للعلاج، لذلك فنقص أخلاقيات لدى الطبيب لا يدع مجالاً للشك في أنه سيفقد إحساساً مهم، وهو ممارسة الطب بوصفه رسالة إنسانية وليس مهنة.²

● مسميات أخلاقيات الطب:

للأخلاقيات الطبية عدة مسميات منها على سبيل المثال لا الحصر:

✓ آداب الطب:

يطلق على أخلاقيات مهنة الطب اصطلاح آداب المهنة الطبية، وانتشر هذا الاصطلاح في الحضارة الإسلامية، فقد تناول الأطباء في الحضارة الإسلامية مبحث الأخلاقيات، فيما عرف عندهم بـ"آداب الطبيب" وجاءت كلمة الآداب جامعة لكل ما يحتز به عن جميع أنواع الخطأ في ممارسة المهنة على ضوء ما ينبغي أن يكون، الأمر الذي يؤكد استخدامه كلمة الآداب في عدد من المؤلفات التي صدرت للتعبير عن التقاليد الواجب اتباعها في كل ميدان من ميادين العمل، مثل: آداب القاضي، وآداب الكاتب وآداب العالم والمتعلم... الخ، وحقل التأليف الطبي عند المسلمين بمصنفات

1 - Ibid, pp 78-80.

كثيرة تناول أصحابها بالدراسة أخلاقيات الطب والطبيب، وقد عاجلت هذه المصنفات مباحث ثلاثة أساسية اشتملت على:¹

- ♦ ما يجب على الطبيب اعتقاده والآداب التي تصلح بها نفسه وأخلاقه.
- ♦ بيان المؤهلات والشروط العلمية والبدنية والنفسية اللازمة لحسن مزاوله المهنة.
- ♦ ما ينبغي للطبيب أن يحذره ويتوخاه، وبيان الحدود المشروعة لعمل الطبيب.

✓ ميثاق شرف مهنة الطب:

ويقصد بميثاق شرف المهنة الواجبات والأعراف المحددة التي يفرضها المهني على من يقومون بممارستها، لذا نجد عدد من موثائق الشرف تلك بعدد المهن المختلفة، وهي تعبر عن قوانين في شكل قواعد لموآثيق شرف المهنة، وقد دخل المصطلح لأول مرة مع قانون خدمة رئيس نقابة الأطباء بفرنسا 1945م، وأصبح قانونا في 1947م، وأخذ يتردد المصطلح تباعا في المهن الأخرى، وتجمع فيها الحالات التي يقابلها ممارس المهنة وهي تحصل بمعايير كثيرة بعضها بالضمير والولاء، والانتماء للمهنة، كما ترتبط بعقوبات توضح للمخالفين تتصل بالتشريع المهني والمنازعات داخل المهنة ورغم أن هدف ذلك الميثاق-ميثاق شرف المهنة-² منعة أعضاء المهنة إلا أنه يؤدي في الوقت نفسه لمنافع اجتماعية عديدة.

ويمثل ميثاق شرف مهنة الطب دستوراً لنقابة الأطباء، ومهمته القيام بمعالجة المسائل الأخلاقية التي تفرضها الممارسة الطبية، وبناء عليه تمارس النقابة سلطة العقاب على الأطباء الذي لا يحترمون شرف المهنة.

✓ الأخلاقيات الإحيائية: وتعرف الأخلاقيات الإحيائية بأنها العلم الذي يهدف إلى العمل على تطبيق قواعد أخلاقيات كونية- من نحو تجنب القتل، وتجنب إحداث الضرر... وما إلى ذلك- في الميدان الطبي، وقواعد شبيهة بها بأنها تتعلق بواجب الطبيب مثل أن يكون هدفه الرئيسي السعي إلى تحقيق مصلحة المريض، لكن ما تختص به الأخلاقيات الإحيائية في الوقت الراهن أنها تضيف إلى

1 - مصطفى ليب عبد الغني، أخلاقيات الطب في تراثنا الإسلامي، مقال في الفلسفة التطبيقية، ص 394.

2 - مجدي عبد الحافظ، الأخلاقيات بين القيم والممارسة التطبيقية، مقال كتاب الفلسفة التطبيقية، ص 377.

القطبين الرئيسيين في أخلاقيات الطب التقليدية المتعارف عليها في الماضي —أي علاقة الطبيب بمرضاه وعلاقة الأطباء فيما بينهم— قطبا ثالثا هو مجتمع اليوم والغد، ذلك أن ميدان اشتغال العمل الطبي قد اتسع فجاوز ما يقتصر على مداواة المرضى ورعاية تشخيص المريض ليحتوي على ميادين تقتضي، علاوة على قرار الطبيب وطلب المريض أو موافقته خيارات مجتمعية بل وفي ميادين عديدة وتوجيهات سياسية، وهذا يصدق على مسائل عديدة من قبيل تحديد النسل والإخصاب الصناعي والتشخيص قبل الوضع أو قبل الحمل والإجهاض والتجريب الطبي وزرع الأعضاء والصناعة الجينية والمداواة الجينية، والإصرار على الاستمرار في علاج المريض الميؤوس منه، والقتل الرحيم¹ وتبرز هذه التطبيقات مدى اتساع مجال تحكم الإنسان في الجسم البشري من لحظة التكوين الأولى البادئة للعمل إلى آخر لحظات العمر، وهي تقتضي البحث عن معايير وأخلاقيات هدفها الحفاظ على الطابع الإنساني الأصيل الذي تميز به العمل الطبي، والتأكد من التزام تطبيقات علم الطب به وصياغة تلك المعايير، وبهذا يكون مجال اهتمام الأخلاقيات الإحيائية مركزا على دعائم ثلاث هي: الطبيب، المريض، والمجتمع.²

ب . الأخلاقيات الطبية العالمية و الإسلامية

1. الأخلاقيات الطبية العالمية (الأوروبية):

إن الأخلاقيات الطبية تنقسم إلى أخلاقيات قديمة وأخرى حديثة، فنجد بعض الأجزاء من قسم أبقراط تتعلق بأخلاقيات المهنة الطبية، كذلك كتب ابن سينا عن الأخلاقيات الطبية³ والاهتمام بالأخلاقيات الطبية قديما لم يكن بنفس حدة الاهتمام بها في الوقت الراهن، حيث أنه كان من المفترض والطبيعي أن يعمل الطبيب وفقا للمبادئ والأخلاقيات الدينية، وقد كان هذا حقيقيا إلى مدى بعيد، وهذا لأن التدين كان دافعا قويا في الماضي.

1 - مجدي عبد الحافظ، المرجع السابق، ص 379.

2 - عمر علي عبد المعطي، علاقة غايات نظريات العلم المعاصر بعواقب التطبيقات التكنولوجية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، 2007، ص 2-3.

3 - الدكتور عبد الستار أبو غدة، المبادئ الشرعية للتطبيق والعلاج، أشغال المؤتمر الثالث للطب، الكويت، 1978.

وفي أواخر القرن العشرين الميلادي والرابع عشر هجري أصبح الاهتمام بالاعتبارات الأخلاقية كبير، وهذا يعود إلى سببين:

السبب الأول: التطور الكبير في التكنولوجيا الطبية والذي نتجت عنه مشكلات ذات أبعاد أخلاقية.

السبب الثاني: هو زيادة الانتهاكات الأخلاقية من قبل ممارسي الطب ومن ثم وجدت مهنة الطب خاصة الأوروبية نفسها في مأزق لأن القيم الأخلاقية لم تكن جزء من المهنة الطبية كل هذا أدى إلى حتمية إعادة الاهتمام بضبط الأخلاقيات وجعلها على رأس قائمة المميزات الأخلاقية للمجتمع عامة وللأطباء خاصة.

ولم يواجه المسلمون هذه الورطة إلى وقت قريب جدا ويرجع الفضل في ذلك إلى الشريعة الإسلامية على خلاف القانون الغربي، حيث تعتمد على نظام كامل من الأخلاقيات، مما جعلها قادرة على التعامل مع كل المشكلات الطبية الأخلاقية من جهة نظر قانونية وشرعية، وفي نفس الوقت تتميز الشريعة الإسلامية بمرونة جعلتها تتكيف مع المشكلات الحديثة¹، وعلى وجه الدقة يمكننا القول إن المسلمين لا يتعاملون مع الانضباط منفصلا لأنه بالفعل جزء من الشريعة. وقد عمد الأطباء المسلمون الذين درسوا في الغرب وحملوا معهم بعض مفاهيمهم الأخلاقية، عند التعامل مع المشكلات الأخلاقية في الطب.² لذا نقترح وجوب عودة الأطباء المسلمين إلى أخلاقياتهم ودينهم كمصدر للقواعد الأخلاقية، بعد افتقار الأخلاقيات العالمية المشار إليها والعيوب العلمية التي تعاني منها، ثم تقدم الأخلاقيات الإسلامية للأطباء كدليل ومرشد قوي ومتماسك تماسك مصدرها.

1 - الدكتور عبد الستار أبو غدة، المؤتمر نفسه أبحاث في الطب ودراساته الإسلامية، موضوع الطب وآدابه وفقهه، الكويت، 1978.

2. النظريات والمبادئ الأخلاقية الطبية العالمية:¹

إن مجموعة المبادئ والقواعد المتعلقة بمختلف المهن، تعد الدستور لكل مهنة حيث يتم تحديدها بالإجماع داخل كل مهنة، ومنه توضع الخطوط المرشدة أخلاقيا من خلال الاستنتاج من الممكن أن يكون ضعيفا وغير متماسكا لو لم يكن مبنيا على نظام تحتي مترابط من القيم الأخلاقية والقانون الأوروبي ليس دائما متماسكا في التعامل مع القضايا الطبيعية الأخلاقية، وبناء على هذا فإن القانون الأوروبي لا يجيز دائما كل الممارسات المقبولة أخلاقيا، كذلك لا يمنع كل الأنشطة غير الأخلاقية، بل أحيانا يمنع بعض الممارسات المقبولة أخلاقيا، وأيضا يتعامل مع بعض المواقف بطريقة خاصة، فمثلا القانون الأوروبي لرجل متزوج من امرأتين عقابا شديدا من أجل جريمة تعدد الزوجات، بينما الرجل الذي يعاشر أربعة نساء كصديقات لا زوجات ينجب منهن لا يعاقب قانونيا، بل يقر القانون أبوته ويقر الحقوق المادية الخاصة بالميراث والإعالة لهؤلاء السيدات وأولادهن. ومن هنا نجد أن النظرية الأخلاقية الأوروبية توفر فقد إطار العمل الذي يجري بداخله الاستنتاج والحكم الأخلاقي، لكن لا توجد أوروبية أخلاقية واحدة مترابطة، وهذا يعود لأسباب تاريخية (حيث الإمبراطورية الرومانية اختارت المسيحية أصبحت نظام القيم الأخلاقية المتبع عملا وسط بين الديانة الإغريقية والرومانية والأوروبية الوثنية المشتركة من جهة واليهودية المسيحية من جهة أخرى).²

وخلال النهضة الأوروبية تم تهميش دور الكنيسة المسيحية نسبيا وحدثت عودة جزئية إلى الأفكار الإغريقية الرومانية وهذا ما أدى إلى ظهور التربية المعقدة من المفاهيم الأخلاقية والفلسفية الخاصة بأوروبا، وفي ظل هذه الظروف أصبح من الصعب تحديد أو اتباع نظرية أخلاقية واحدة

1 - العالمية الأوروبية: للإشارة أن الأخلاقيات الأوروبية هي وطاغية على أخلاقيات العالم الأخرى.

2- الأوروبيون الذين ينتمون إلى القارة الأوروبية وقارة أمريكا الشمالية وأمريكا الجنوبية أو استراليات، والأجزاء الأخرى من العالم التي كانت مستعمرة من قبل الأوروبيين على مدى الخمسمائة عام الماضية والحضارة الأوروبية لها جذورها الإغريقية والرومانية وعاداتها اليهودية والمسيحية.

2 - أنظر تأليف جان أشارل سورينا، ترجمة إبراهيم البحلاني، كتاب تاريخ الطب من فن المداواة إلى علم التشخيص، سلسلة كتب ثقافية الصادرة عن المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت، 1990، ص152 وما بعدها.

مترابطة¹، ومع بداية النهضة تعودت أوروبا تدريجياً على الحياة الحضارية، ومع بداية القرن العشرين صارت كل أوجه الحياة بما فيها الطب علمانية، ولقد كان التجلي العملي لهذه العلمانية في تهميش دور الدين والقيم الأخلاقية وتحديد دورها فيما يخص المعتقدات الخاصة لكل فرد² فالقانون الأوربي العلماني: هو جوهر إنكار الاعتبارات الأخلاقية العلمانية في المجال الطبي أظهرت عجزاً، وذلك لظهور قضايا طبية تتطلب اعتبارات أخلاقية للتعامل معها.

وأصبحت المهنة الطبية والمجتمع ككل غير قادر على مواجهة التحديات الجديدة، وأصبح من الضروري تطوير أخلاقيات طبية علمانية جديدة لمواجهة هذه التحديات، ولقد كان من المؤسف أن المسلمين بما لديهم من ميراث عقلي متمثل في أصول الفقه يتبعون الأوروبيين.³ يعتبر الأوروبيون قسم أبقرط هو نقطة البداية للاستنتاج الأخلاقي الذي تكامل بآراء الفلاسفة والمفكرين الأوروبيين يهدف تطوير النظريان العلمية المستجدة، فبداية من عام 1976م أصبح (شلدز وبوشمب) (*Childress Beau champ*) رواداً في وضع النظريات والمبادئ للأخلاقيات الطبية الأوروبية، ومنه تأتي النظريات والمبادئ الطبية العالمية المتمثلة في:

3. النظريات الأخلاقية العالمية:

وفقاً لمفهوم (*Childress Beau champ*)⁴ فهناك عدة نظريات أخلاقية لا يمكن استخدام إحداها مفردة لحل كل المشكلات الطبية الأخلاقية ولا تتوافر لإحداها منفردة خواص النظرية الأخلاقية الجيدة من حيث الوضوح والترابط والكمال والفهم والبساطة والعملية، والقدرة على الإيضاح والإثبات، وبالتالي لا بد من استخدام أكثر من نظرية من أجل قضية أخلاقية معينة وبالطبع هذا مرهق.

1 - خوسيه كازنوف، كتاب الأديان العامة في العلم الحديث، المنظمة العالمية للترجمة، قسم اللغات، بيروت، مايو 2005، ص 111-113.

2 - الدكتور محمد عبد الله دراز، كتاب الدين بحوث ممهدة لدراسة تاريخ الأديان، دار القلم، الكويت، 1980، ص 16.

3 - ورقة قدمت للمؤتمر الطبي الدولي تحت عنوان (الطب والمجتمع والدين) الذي نظمه الاتحاد العالمي للمجتمعات الطبية الإسلامية بالتعاون مع جمعية العلوم الإسلامية في الأردن 19/10 يوليو 2004، دكتوراه في الصحة العامة (إسلام أن لاين نت).

4 - *Childress Beau champ*، الأخلاقيات الطبية، الناشر جامعة أكسفورد، 1979.

● نظرية المنفعة:

فتعتمد هذه النظرية على النتيجة والمنفعة، وهنا يتم الحكم على جودة أي عمل للموازنة بين نتائجه الجيدة أو السيئة.¹

● نظرية الالتزام:

وتقول هذه النظرية إن الأخلاقيات تعتمد على الاستنتاج الخالص وقد نص *Kaninmanue* فيلسوف هذه النظرية... التقليد والحدس والبدية، والضمير والعواطف كمصدر الحكم الأخلاقي، وقال: (إن وجود مبرر أخلاقي شرعي يبرر الأفعال التي يكون أساسها الالتزام الأخلاقي)² والمشكلة في هذه النظرية أنها لا تعد حلا للتضارب في الالتزامات.

● نظرية الحقوق:

وتعتمد هذه النظرية على احترام حقوق الإنسان للملكية والحياة والحرية للتعبير)³ ومشكلة هذه النظرية أن التشديد على الحقوق الفردية يخلق مناخا معاديا، حيث أن الحقوق الفردية من الممكن أن تتعارض مع الحقوق الجامعية، ومن الممكن أن تتعارض حقوق فرد مع حقوق الآخر.

● نظرية الجماعة:

وتقول هذه النظرية إن التحكم في الأحكام الأخلاقية يكون بمراعاة اعتبارات الصالح العام والأهداف الاجتماعية والتقاليد وهذه النظرية تذكر نظرية الحقوق التي تركز على الفردية)⁴، إلا أن المشكلة في هذه الأخيرة أنه من الصعب الوصول إلى إجماع ما تتكون من قيم الجماعة في ظل المجتمع المعقد المتنوع.

● نظرية العلاقة:

وتؤكد هذه النظرية على العلاقات الأسرية والعائلية، والعلاقة الخاصة بين الطبيب والمريض،

1- *Childress Beau champ* ، الأخلاقيات الطبية، الناشر جامعة أكسفورد، 1979.

2- *Childress Beau champ* ، الأخلاقيات الطبية، الناشر جامعة أكسفورد 1979/1994م.

3- *Childress Beau champ* ، الأخلاقيات الطبية، الناشر جامعة أكسفورد 1979/1994م.

4- *Childress Beau champ* ، الأخلاقيات الطبية، الناشر جامعة أكسفورد 1979/1994م.

وهنا تراعي الأحكام الأخلاقية عدم فعل أي شيء يعطل أو يمزق الحياة الطبيعية للأسرة¹، ومشكلة هذه النظرية أنه من الصعب التعامل وتحليل العوامل النفسية والعاطفية في هذه العلاقات.

● نظرية الحالة:

وهي نظرية عملية في إصدار القرارات وفقاً لحالة على حدا كما هي²، وهذه النظرية قد تعطي نتائج متناقضة لحالات ذات طبيعة متشابهة، وهي أيضاً عرضة للإنحياز.

3- قواعد الأخلاقيات العالمية:

قواعد الأخلاقيات هي البديهيات أو الحقائق المفردة التي تبسط الاستنتاج الأخلاقي وفقاً

Childress Beau champ وهناك أربعة قواعد أخلاقية أوروبية أساسية وهذه القواعد هي:

- قاعدة الاستقلال: وهي خاصة بقدرة المريض على اتخاذ القرارات الخاصة بالإجراءات الطبية.
- قاعدة عدم الإيذاء: وهي خاصة بعدم التسبب في أي ضرر.
- قاعدة النفع: وهي الإفادة والموازنة بينها وبين المخاطرة والتكاليف.
- قاعدة العدل: أي العدل في توزيع المنافع والتكاليف والمخاطر، وعند مقارنة القواعد الأخلاقية الأوروبية بالمقاصد الشرعية الإسلامية (والتي سوف يتم التطرق إليها فيما سيأتي من الكلام) نجد أن القواعد الأوروبية غير مبنية على نظرية مفهومة.. فقد نجد بعض التشابه بينهما لكن القواعد الأوروبية محدودة في مجال معين.

4. قوانين الأخلاقيات الطبية العالمية:³

وفقاً *Childress Beau champ* فإن تطبيق القواعد الأربعة السابقة يتطلب قوانين أخلاقية، هذه القوانين قد تكون قوانين أساسية وقوانين السلطة وقوانين إجرائية. القوانين الأساسية: تتعلق بالحق، والصدق، والخصوصية السرية والإخلاص. قوانين السلطة: تتعلق بالوكالة، السلطة المهنية، والعدالة في التوزيع.

1 - *Childress Beau champ* ، الأخلاقيات الطبية، الناشر جامعة أكسفورد 1979/1994م.

2 - المرجع السابق، جامعة أكسفورد، 1979/1994.

3 - المرجع السابق، جامعة أكسفورد، 1979/1994.

القوانين الإجرائية: وكل منها خاص بالإجراءات التي تطبق من الممكنة أن نجد علاقة بين القوانين الأخلاقية الأوروبية وبين ضوابط الفقه، لكن القوانين الأوروبية ذات مجال ضعيف في اعتقادي عند مقارنتها بضوابط الفقه.

ت. أخلاقيات ومبادئ طبية إسلامية :

الإسلام نظام حياة -دين ودنيا- عبادة وعمل والعمل في كلتا الحالتين.. سلوك.. وترجمة واقعية لما هو راسخ في القلب والعقل من عقيدة¹، ومن عمل وفق شريعة الإسلام ومنهج وسلوك الفرد المسلم والجماعة المسلمة لا بد أن يكون سلوكا يشيع بأخلاق الإسلام وآدابه في شتى مناحي الحياة، لأن الفرد المسلم مأمور أن يتقي الله في كل مسلك يسلكه الإنسان الذي رباه الإسلام لا يجب أن يكون عمله في صفة من صفاته سبحانه وتعالى هي (العزة) حيث يقول: ﴿وَلِلَّهِ الْعِزَّةُ وَلِرَسُولِهِ وَلِلْمُؤْمِنِينَ﴾².

وتحدد سلوكه سواء أثناء معاملاته اليومية أو من خلال تأديته لفرائض دينية الخمس، وذلك كله علاوة على ضرورة أن يكون هناك انسجام بين القول والفعل لأنه: كَبُرَ مَقْتًا عِنْدَ اللَّهِ أَنْ تَقُولُوا مَا لَا تَفْعَلُونَ³، كما أن الأخلاقيات الإسلامية مطلقة وذات أصل مقدس، ولا يمكن أن يتخذ الإجماع البشري غير المستنبط من التشريع المقدس مصدرا للخطوط الإرشادية للأخلاقيات ويقتصر دور العنصر البشري على تطبيق التعاليم الشرعية والأخلاقية للإسلام إلى المواقف العملية. إن الشريعة الإسلامية تحظر تلقائيا كل الأفعال غير الأخلاقية فيما يطلق عليه (الحرام) وتجزئ تلقائيا كل ما هو أخلاقي فيما يطلق عليه (المباح)، والخطوط الإرشادية للأخلاقيات في الإسلام ثابتة ومتغيرة في الوقت نفسه، فالقواعد الأخلاقية والشرعية ثابتة وواسعة المدى لتشمل احتياجات كل الأزمنة والأمكنة، كما يقر الإسلام أيضا أن العقل البشري قادر على الاستنباط لكل ما هو صحيح

1 - الدكتور صلاح مصطفى الفوال، كتاب التصور القرآني للمجتمع الإنسان والنظام الاجتماعية-الكتاب الخامس عشر، 1ج دار الفكر العربي، معهد الدراسات الإسلامية، جامعة ستراسبورغ، فرنسا، ص 268.

2 - سورة المنافقون، الآية 08.

3 - سورة الصف، الآية 03.

وكل ما خطأ في معظم مبتكلات الحياة، إلا إذا كان العقل فاسدا متبعا للشيطان إلى جانب ذلك توجد عدة مساحات رمادية للاستنتاج الأخلاقي تحت إرشاد الوحي للوصول إلى نتائج صحيحة، ويعتبر الإسلام الأخلاقيات الطبية هي نفس¹ الأخلاقيات في مجال الحياة الأخرى، وبالتالي فإنه لا يوجد دستور مخصوص للأطباء.

كما أن القرآن والسنن فصلًا الأخلاق تفصيلا رائعا وبيننا الأخلاقيات الحسنة والأخلاقيات السيئة بصورة جلية وقد صحب هذا البيان تنفيرا من الأخلاقيات السيئة وتجنبنا في الأخلاقيات الحسنة بطريقة بيانية فذة، لقد دعا الإسلام إلى التحلي بمكارم الأخلاق لما لها من المكانة الرفيعة والآثار الظاهرة في مختلف ممارسات وسلوكيات كل الناس.

فالوفاء بالعهد من الأخلاقيات التي هي من علامات التقوى والكثير من الأدلة التي لا حصر لها حول مكانة الأخلاقيات ومنزلتها الرفيعة في الإسلام وآثارها الظاهرة في مختلف الأنظمة وحسن النية والأمانة والعدالة، فلا يجوز الخداع والتضليل والغش والكذب في أية معاملة بين الناس ويطلب الإسلام من المجتمع التعاون على البر لأن ذلك سيعمر القلوب بالحق والود والشفقة والرحمة مما يجعل الحياة طيبة في هذا المجتمع المسلم الطيب لأنها تقوم على الود والرحمة والتضامن.

إن هذه الأخلاقيات هي لكل الناس باختلاف مهنهم وأحوالهم، ومن ثم ما نطلق عليه الأخلاقيات الطبية ما هو إلا القواعد الأخلاقية العامة باستخدام المصطلحات والتصنيفات الطبية فقوانين الأخلاقيات الطبية يمكن استخلاصها من الشريعة، لكن التطبيقات التفصيلية تتطلب اجتهاد

1 - ولقد ذكر في هامش -كتاب أدب الطب-، المرجع السابق، ص208 (يقول العالم الألماني [البرت ديترش] كان للطب عند العرب مكانة لا تنزع، للأطباء كرامة لا تمس (مكانة الطب عند العرب المسلمين كانت مرموقة إلى درجة كبير، وإذا نظرنا إلى أغلب المصنفات الطبية الإسلامية وجدناها بدأت بمقدمة في شرف الطب وأهميته مستشهدين على قولهم بالقرآن والأحاديث النبوية وأقوال الفلاسفة والحكماء السابقين والميدان لا يسمح بالمزيد، فعلى سبيل المثال لا الحصر، أنظر: المحوسي كامل الصناعة الطبية، ج1، المقالة الأولى الباب الثالث الشيرازي، رسالة في بيان الحاجة إلى الطب الورقة، 1ب- أب- 7 أ 9أ-10ب- 11 أ 55أب)، ابن هبل، المختارات في الطب، ج1، ص3، ابن جليل: طبقات الأطباء والحكماء، ص54، داود الأنطاكي: التذكرة، ج1، ص5-8، هبة الله يوسف: المقالة الصلاحية في إحياء الصناعة الطبية الورقة 209أ إلى 211ب، الرازي: كتاب المرشد، أول (الفضول)، ص118، 119، 120، صاعد: التشويق الطبي، دأب-4أب، 5أب، 6أ، وانظر أيضا موقف الدين الإسلامي من الطب في ابن القيم، زاد المعاد، ج4، عبد اللطيف البغدادي: الكب من الكتاب والسنة.

الأطباء.

والنظرية الأخلاقية في الإسلام متمثلة في مقاصد الشريعة¹ الخمس التي هي فقط الدين حفظ النفس، حفظ العقل، حفظ النسل، وحفظ المال فأى عمل طبي يجب أن يحقق هذه المقاصد حتى تعتبره أخلاقيا.²

كما اشتملت الشريعة الإسلامية (وما صدقته من سابق الشرائع السماوية) على مبادئ وقواعد تبني أحيانا للبحث على اجتلاب المصالح وتنهض أحيانا لدرء المفاسد واجتناب المضار.. فإذا كان الضرر عصيا عن الإزالة إلا مع أصر يخلفه إذا أجريت الموازنة بين الضررين للركون إلى أحقهما... وفي ثانيا هذا المبدأ جملة من القواعد الدقيقة التي تفرز الأضرار بحسب متعلقاتها من الضرورات والحاجيات وبحسب درجتها من الخصوص والعموم³، هذا عن إزالة المرض، أما حفظ الصحة فإن أهم المبادئ المعول عليها لتحقيقه قاعدة تحريم المضار ووجوب التحرز منها قبل الوقوع في أخطارها وسلوك الطرق الوقائية وعدم الإلقاء بالأيدي إلى التهلكة... وإلى جانب هذين المبدأين هناك قواعد أخرى كثيرة منها الحرص على التعاون، والنفع، وبذل المعروف، وكرامة النفس والعقل والنسل والمال، وهي أساس التطبيب والعلاج بشتى أنواعه.⁴

1. المقاصد الأخلاقية الطبية في الإسلام:

إن ممارسة المهنة الصحية من قبل الفريق الصحي وقبل التطرق إلى حقيقة المقاصد والضوابط التي تحكمها نذكر بعض الركائز الأساسية التي تنطلق منها وهي:⁵

- أولا إن الطب الإسلامي طب رائد ومتميز على أشكال فنون الشفاء الأخرى.
- ثانيا إنه طب يرتكز على الإيمان والأخلاقيات الإسلامية السمحة وذو خصائص وشمائل فريدة،

1 - المقاصد الشريعة سنتناول هذا العنصر في الفصل الموالي.

2 - الدكتور عبد الستار أبو غدة، المرجع السابق، ص11.

3 - الغز ابن عبد السلام، كتاب القواعد، المرجع السابق، ج1، ص21 وما بعدها بتصرف.

4 - المرجع نفسه، ج2، ص24 وما بعدها.

5 - الدكتور عبد الرحمن شيخ أمين، كتاب الدستور الإسلامي للآداب ومبادئ مهنة الطب، وطرح الموضوع في المؤتمر الثاني للطب الإسلامي، تحت نص العنوان من تقديم الدكتور أحمد القاضي بالولايات المتحدة الأمريكية.

فتوجه الطب الإسلامي بتميز.

- ثالثاً إن ضمن مواجهه هادف يحيطه إطار الاتفاق وسعى لتحقيق الامتياز والكمال في الأداء.
- رابعاً إنه طب شامل يهتم بالجسد والروح ويهتم بالفرد وأسرته ومجتمعه والأمة ككل.
- خامساً إنه طب كوني يحاول الاستفادة من كل المصادر النافعة ويقدم خدماته للبشرية جمعاء.
- سادساً إنه طب علمي مبني على المعرفة والمعلومة، والتجربة اليقينية مع الحد من المواقف والممارسات المتعارضة والمتناقضة والوقاية منها.
- سابعاً إن للطب الإسلامي من صفاته القيادة والابتكار وهو حلقة وصل بين المريض ومطبيه.¹

2. القواعد الكلية والشرعية في مجال الطب والجراحة:

بعد أن أصبح الطب بفضل التقدم العلمي أكثر فاعلية وطموحاً، وفي نفس الوقت أكثر قوة وخطورة، فإنه يتعين بيان الحدود التي يجوز فيها شرعاً استخدام الاكتشافات الحديثة للعلوم الطبية والبيولوجية، ومن المفيد بل من الضروري قبل الخوض في بيان علم الشرع في التطبيقات الحديثة أو بعض التشريعات للطب والجراحة أو يبرز القواعد العامة الشرعية، التي تحكم ممارسة أعمال الطب على جسم الإنسان أو جثته في تضع بعض القيود على هذه الممارسات حتى لا تخرج عن الهدف الأسمى الذي يتحدث من أجله.²

● قاعدة العقد:³

يندرج تحت هذه القاعدة العديد من القواعد الفرعية التي تطبق على ممارسة الطب، مثل القاعدة الفرعية القائلة (الأمر بمقاصدها)، وهي تدعو الآن يرجع الطبيب إلى ضميره حيث أن هناك الكثير من الإجراءات والقرارات الطبية التي تظهر للجمهور، فمن الممكن أن يقوم الطبيب بإجراء يكون مقبولا ظاهرياً، لكن له مقصد مختلف لا يظهر، ومثال ذلك استخدام المورفين لتسكين

1 - الدكتور عبد الرحمن شيخ، المرجع السابق، ص؟.

2 - ابن القيم الجوزية، زاد المعاد في هدي خير العباد، تحقيق شعيب وعبد القادر الأرناؤوط، ج3، ط3، دار الطباعة والنشر، بيروت، 1982، ص11.

3 - العز بن عبد السلام، كتاب قواعد الأحكام في مصالح الأناس، ج1، ص154.

الأم في المراحل النهائية للمرض حيث أن المقصد الحقيقي من الممكن أن يكون إحداث هبوط في التنفس يؤدي إلى الموت.¹

ومثل القاعدة الفرعية القائلة (مقاصد ومعان لا ألفاظ و مبان)²، وفي الطب تستخدم هذه القاعدة لدحض استخدام الخلافات الشرعية التي تحدث بسبب الترجمة الحرفية لتبرير الأفعال غير الأخلاقية، ومثال ذلك التفسير الخاص لبعض الأحاديث عن علمن الأجنة، لتبرير الإجهاض قبل أن تنفخ الروح في الجنين وهذه القواعد التي لها حكم المقاصد³ نقول أيضا: أنه يجب عدم إنجاز أي مقصد طبي بطرق غير أخلاقية.

● قاعدة اليقين:⁴

لم يصل الطب بعد في مجال التشخيص وتحديد العلاج المناسب إلى درجة اليقين التام التي يطلبها الشرع، فالطب يعمل الآن عند مستوى -الظن الغالب- ولا يمكن أن يسير العمل في المجال الطبي عند مستوى الظن أو الشك، وفي نفس الوقت لا يجد في الطب مواقف لا يوجد بها شك أو تردد أي أن اليقين التام غير موجود في الطب وفي حالة -الظن الغالب- يكون هناك دليل لأحد الاحتمالات ولا يوجد دليل كاف، أما حالة الشك فالدليل الاحتماليين متساويين.

ومن هنا فإن العلاجات التجريبية دون التأكد من النتيجة -معالجة العقم- وكذلك يتم علاج الأعراض دون معرفة وعلاج السبب المرضي، فكل شيء في الطب احتمالي ونسبي وطبقا لقاعدة

1 - إدلاء شخصي من الطبيب عبد صحراوي مختص بأمراض النساء والتوليد، سور الغزلان، ولاية البويرة.

2 - القواعد للعز بن عبد السلام، المرجع السابق، ص 93.

وقاعدة العبرة بالمقاصد والمعاني لا بالألفاظ والمباني): هي قاعدة فرعية الموضحة لنظرية الباعث في بعض مجالاتها وتحظى غالبا المعاملات المالية كالإجارة، والبيع... الخ.

ومعناها العام أن التحكم يتصرف إلى حقيقة الشيء ومضمونه لا شكله ولفظه لأن الشارع وضع الألفاظ للتوصل فيها إلى غيرها، فإن حصل ذلك الغير من غير خروج عن النصوص كان هذا التصرف في الحقيقة إلغاء للألفاظ بمرجحات وقرائن، كما أنه من الجائز في الشرع استعمال ألفاظ وضعت لعقود معينة في عقود أخرى، فرعاية لحق الشرع في اجتثاث المفاصل تقدم قاعدة (درء المفاصل إلى من جلب المصالح) وتدرج تحتها كذلك (من استعجل الشيء قبل أوانه عوقب بحرمانه).

3 - كتاب نيل الأوطار شرح منتقى الأخبار، ج 8، ص 110.

4 - القراني أحمد بن إدريس، كتاب الفروق، ج 1، دار المعرفة، ط 1، مصر، 1344 هـ، ص 65.

اليقين كل الإجراءات الطبية مسموح بها إلا إذا وجد دليل ثابت على ضرورة منها، أي أن الأصل في الأشياء الإباحة والاستثناء فيما حرمه الله بنص صريح¹، وتقل هذه القاعدة: -إن الضرر يزال- علما بأنه يجب على الطبيب أصلا ألا يسبب ضررا خلال عمله والضرر يدفع بقدر الإمكان، والضرر لا يكون قديما إلا إذا وجد دليل على ذلك، وبالتالي يجب إزالته، كذلك الضرر لا يزال بمثله. إذا لا يستخدم علاج إزالة ضرر ما ويكون لهذا العلاج أثر جانبي في نفس حجم الضرر المستخدم عندما يكون التدخل الطبي المقترح له آثار جانبية لكنه ضروري لدرئ مفسدة، فهنا يرجع السعي وراء المنفعة²، وعندما يواجه الأطباء تدخلات طبية ذات وجهين وجه مسموح ووجه ممنوع، فإن الشريعة هنا تقول: (إذا اجتمع الحلال والحرام غلب الحرام الحلال أي يرجع التحريم على الإباحة).³

وكذلك يحتمل الضرر الأخص من أجل دفع الضرر الأعم، فعند وجود أمراض معدية تنتقل بالاتصال فمن حق الحكومات أن تحد من حركة المواطنين أو حتى تدمر أملاكهم التي قد تؤدي إلى نقل المرض، وفي الكثير من المواقف التي فيها المفاضلة بين المنفعة والضرر صعبة مثل (ما حدث في المكسيك شهر أبريل سنة 2009 في محاربة فيروس *H1N1* انفلونزا الخنازير).

● قاعدة المشتقات:

وهذه القاعدة تقول -إن الضرورات تبيح المحظورات-⁴ وتعرف المشتقات بأنها حالة تتلف جديا الصحة الجسدية والعقلية إذا لم يتم حلها فورا. وهنا فإن المشقة تجلب التيسير⁵ وهذا متوافق مع المبادئ العامة للإسلام من حيث كونه دين يسر لقوله ﷺ «إن الله وضع عن أمتي الخطأ والنسيان وما استكرهوا عليه»¹، فالدين يسر ولن يشاد الدين أحد إلا عليه.

1 - نفس المرجع، ص66.

2 - إسحاق الشاطبي، كتاب الموافقات، تعليق الشيخ محمد عبد الله الدراز، دار الفكر، بيروت، لبنان، 1341هـ، ص123.

3 - المرجع نفسه، ص21.

4 - العز بن عبد السلام، المرجع السابق، ص5.

5 -

وفيما يخص تطبيق قاعدة المشتقات فإنها محدودة بقصد الشريعة - الحاجة تنزل منزلة الضرورة عامة كانت أو خاصة²، فالضرورات تقدر بقدرها فإن تطبيق قاعدة المشتقات يكون لفترة محدودة أي فترة مؤقتة وليست دائمة وذلك للحفاظ وينتهي العمل بقاعدة المشتقات بانتهاء الضرورة التي دعت إلى اللجوء إليها.

أي أن ما جاز يعذر يبطل زواله ويكمن التعبير عن ذلك أيضا بالقول، إذا زال المانع عاد الممنوع، وأيضا لا يجوز طلب فعل أي شيء حرام من شخص آخر أي ما حرم فعله حرم طلبه.

● قاعدة العرف:

وهذه القاعدة تقول -إن العادات محكمات- وما يمكن اعتباره من العرق ما يغلب، تبعا للقول: إنما الشائع لا النادر، وكما يجب أن يكون العرف قديما وليس ظاهرة حديثة حتى يعطي الفرصة للإجماع الطبي الحكم عليه.

واستخلاصا من هذه القواعد الكلية فوائد كبرى يمكن توزيعها بين ثلاث مجموعات.

ث . أثر أخلاقيات مهنة الطب على الفرد والمجتمع:

من التعريفات التي عرفت بها الأخلاقيات: «أنها علم معياري يتناول مجموعة من القواعد والمبادئ المحددة التي يخضع لها الإنسان في تصرفاته ويحكم إليها في تقييم سلوكاته مستمدة من تصور شامل يركز على العقل، والدي أو عليهما معا»³.

ونظرا للبعد التربوي فقد ظهر ما سمي التربية الخلقية، وهي عملية اضطلاع جميع المؤسسات في المجتمع بإيجاد نوع من المواءمة بين رغبات الفرد وحاجاته ورغباته وحاجات المجتمع الذي يعيش فيه، لذا لا يمكن تعليم الأخلاق بمعزل عن التربية ومن هذا المنطلق فإن الطبيب المسلم ملزم بالتزود بالمعارف اللازمة، لا تعلم المهارات والعادات الاجتماعية الحسنة، فالأخلاقيات يمكن النظر إليها على أنها الغاية السامية للمجتمع.

1 - أخرجه الحاكم والدار قطني ورجاله ثقات في قبض العزيز، ج2، ص 1267.

2 - يتضح الفرق الجوهرى بين كل من (الضرورة) و (الحاجة) والمرتبة الأخرى لأدنى درجة من عبارة الإمام الزركشي.

3 - الدكتور حمدان أحمد الغامدي، أخلاقيات مهنة الطبيب المسلم وأثرها على الفرد والمجتمع، الرياض، 2002، ص 18.

وعلى مر العصور فقد كان هناك اهتمام بأخلاقيات مهنة الطب، فالطبيب يعتبر محور العملية الطبية، بالإضافة إلى قيامه بدوره التقليدي في الأنشطة الطبية، تقع عليه مسؤولية الرسالة الخلقية في المجتمع، فالطبيب يقوم بدور الطبيب ودور المربي الأخلاقي الذي يغرس القيم التي يحددها المعتقد السائد الذي يلتزم به الطبيب، باعتباره أحد أفراد هذا المجتمع.¹

فالطبيب أحد أهم عناصر العملية الاستشفائية والصحية، حيث تؤثر شخصيته وثقافته وخبرته وأساليب تعامله ونوع علاقاته مع محيطه من المرضى والزلاء والمهنة وذلك بدرجة كبيرة على سلوكيات من يحيطون به وأخلاقهم وتصرفاتهم.

إن مهنة الطب في المجتمع المسلم تأخذ بعدا خاصا باعتبارها من أشرف المهن وأفضلها، فهي تحقق أهداف المجتمع وطموحاته من صحة وسعادة، والمجتمع بدوره يبذل جهودا كبيرة لإعداد الطبيب في حقل الاستشفاء وتطوير أدائه، ومع التحولات العالمية والإقليمية والمحلية وجب الاهتمام بشكل أكبر بجانب الأخلاقيات وذلك للتصدي لكثير من المشكلات التي تواجهها اليوم، لذا فإن واجب الطبيب في أنظمة الحصة والطبابة الاهتمام بأخلاقيات مهنة الطب وأخلاقيات الطبيب بصفة خاصة.

إن الطبيب المسلم المتمسك بأخلاقيات مهنة الطب في نظام الصحة والاستشفاء هو ذلك الشخص الذي يتوقع منه أن يؤثر² في جميع أطراف العملية الطبية تأثيرا أخلاقيات ملموسا، فإذا كان الطبيب ضعيفا من الناحية الأخلاقية وفقا لمعايير الدين الإسلامي فإنه لا يستطيع أداء عمله الطبي والصحي، فأخلاقيات الطبيب المسلم ليست أخلاق مهنة يتخلق بها الطبيب أثناء تأديته للعمل فقد ويتركها متى ما انتهى عمله بل هي أخلاق مستمرة تبعا لما أرشدنا إليه ديننا الإسلامي الحنيف. لقد أجمع العلماء على أن الغرض الخلقي الذي يجب أن يرمي إليه الطبيب المسلم هو الغرض الحقيقي من الطب الذي يصح أن تطلق عليها ذلك الشرف، وقد اتفق العلماء على أن العلم لا يؤدي إلى الفضيلة أو الكمال لا ستحق أن يسمى علما، وإنه ليس الغرض من الطبيب مداواة

المرضى فقط بل الغرض هو نشر التهذيب والأخلاقيات مع العناية بالصحة العقلية والدينية والوجدانية.

إن دور الطبيب المسلم المؤثر خلقياً، تنظيم الخبرات الطبية واستغلال المواقف الطبية للاستفادة منها واستثمار المقررات الطبية لتنمية الجانب الخلقي لدى الأطباء، ولكي يستطيع تحقيق ذلك لابد أن يعرض تلك المقررات بطريقة مشرفة تجعل الأطباء يميلون ويرغبون في ممارسة الفضائل الخلقية التي تدعو إليها أخلاقياتهم.¹

لذا فمن أولويات تحسين أداء النظام الطبي وتوعيته القيام بمراجعة طرق تكوين الأطباء وتأهيلهم وإصلاح نظم بالمؤسسات الاستشفائية (العامة أو الخاصة)، وذلك من خلال التخطيط التكويني حيث بعد التخطيط التكويني للأطباء أداة لقراءة المستقبل باعتباره الضابط والموجه لحركة التغيير، لذا فالأطباء هم طليعة المجتمع، وشريحة مميزة بإبداعهم الذي أتي من كونهم مبصرون التحديات قبل أن يصيرها سواهم ويدركون مضموناتها.

ثانياً: أهم مراحل تطور أخلاقيات المهنة الطبية عبر التاريخ:

أ . أخلاقيات في الحضارة القديمة:

مبحث الأخلاقيات الطبية مبحث أصيل من مباحث علم الطب يتناول جملة الإلزامات المهنية للأطباء²، والذي نجد له جذور في الحضارات القديمة، وأولى هذه الحضارات التي اهتمت بوضع معايير أخلاقية تحكم ممارسة العاملين في المهنة الطبية هي الحضارة الفرعونية، فقد أرسى للطب تقاليد في العلاج، وجددت أثار الأطباء ومنحتهم امتيازات كالإعفاء من الضرائب، كما عملت على أن يكون العلاج للجميع دون التفرقة بين الحكام والمحكومين، فلقد كانت مهنة الطب على حد تعبير "بول غاليونجي" مهنة إنسانية خالصة، فلم تكن مقصورة على حكام البلاد، وإنما كانت لصالح أفراد الشعب، كذلك عملت مصر الفرعونية على أن يكون العلاج بالبحان للمصريين.

1 - نفس المرجع، ص 21-24 بتصرف.

2 - الدكتور مصطفى لبيب عبد الغني، الأخلاقيات الطبية في تراثنا الإسلامي، مقال في كتاب الفلسفة، ص 382.

وفي الحضارة المصرية القديمة نجد أن تقاليد الطب قد أرسنها مجموعة من القيم الأخلاقية كالإخلاص للمهنة، عدم القيام بعملية جراحية غير مأمونة العواقب، وتحريم الإجهاض أو وصف دواء قاتل إرضاء لخش ما ومراعاة حرمة بيت المريض وعدم إفشاء أسرارهِ.¹ وكذلك نجد " **حمورابي** " ² ملك بابل من أوائل المهتمين بوضع أخلاقيات لممارسة مهنة الطب، حيث وصفات تشريعه (2100 ق.م) قواعد مشددة تحدد أجور الأطباء وتحمي المرضى وقد كانت هذه القواعد تراعي الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية معا، كما أن هذه القواعد كانت تعد الطبيب مسؤولاً مسؤولية تامة عن أي ضرر يلحق بالمريض أثناء علاجه، فإن تسبب طبيب أثناء الجراحة في موت مريض أو فقد عين من عينيه أو إتلاف عضو آخر من أعضائه قطعت أصابع الطبيب.

أما أجور العلاج فقد كان يراعى فيها الحالة الاقتصادية للمريض بحيث يدفع الفقير أقل مما يدفعه الغني، لقد كان القدماء في بابل يهتمون بحياة الإنسان بكل صورها حتى إنهم اعتبروا الانتحار أو القتل ولو كان لأسباب إنسانية جريمة يُعاقب عليها القانون، لذلك كانت المرأة التي تحاول إجهاض نفسها يحكم عليها بالموت ولا تدفن جثتها.³

أما الزرادشتي ون في فارس فقد كانوا يقدسون حياة الإنسان والحيوان معا، لذلك كانت هناك قوانين مشددة حول العناية بالأنثى خلال فترة حملها سواء أكان من البشر أو الحيوانات معا ومما يلفت النظر بالنسبة لهذه الشعوب أنها بقدر ما كانت تهتم بصحة الإنسان وتقدس حياته، فإنها كانت تضح أروانا من التفرقة بين البشر، إذ لم يكن يسمح للطبيب أن يزاوِل مهنته إلا بعد أن يبدأ حياته الطبية بعلاج الكفرة والأجانب، إذ يقضي الطبيب المقيم سنة أو سنتين في المران على أجسام المهاجرين والكفرة، وكأن هؤلاء فئران تجارب، فإذا مات منهم ثلاثة أثناء العلاج منع من ممارسة

1 - ناهد التقصيمي، الهندسة الوراثية والأخلاق، سلسلة عالم المعرفة، العدد 174، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1993، ص38.

2 - سندرج في الملاحق.

3 - المرجع نفسه، ص39.

الطب إلى الأبد، وإذا نجح في علاجه هذه الفئة من البشر كان ذلك دليلاً على أنه اجتاز التجربة بنجاح، ومن ثم يحق له ممارسة الطب وعلاج المرضى من المؤمنين التابعين للديانة الزرادشية أو كما يطلق عليهم (عباد أهورامزادا).

ولكن هذه القوانين زالت بزوال الحضارات التي تمثلها، أما القواعد الطبية التي استمرت إلى حد بعيد في الأوساط الطبية حتى عصرنا فيعود تاريخها إلى المرحلة الذهبية من العصر اليوناني الذي وضع فيه (قسم أبقرط الطبي الشهير)¹، وهو قسم وضع لتحديد سلوك الطبيب وأخلاقياته وتدور أهم بنوده حول المحافظة على حياة المريض في جميع الحالات لن أعطي أي دواء مميت لأي شخص يطلب منه بذلك، ولن اقترح استخدامه كذلك، لن أساعد أي امرأة على الإجهاض حتى لو كان فيه علاج لها، سأحافظ على المريض وأبعد عنه أي أذى أو عدم إنصاف، لقد هذا التقسيم متفقاً من حيث تحريم القتل مع مجموعة من القواعد الفيثا غورية من حيث تحريم القتل مع مجموعة من القواعد الفيثا غورية التي وضعت أيضاً من العنصر نفسه، بتحديد سلوك الطبيب وتحديد علاقاته لزملائه ومرضاه.²

ب. أخلاقيات المهنة الطبية في الديانات السماوية:

لم يكن الاهتمام بالأخلاق الطبية حكراً على الحضارات القديمة فقط، بل استمر هذا الاهتمام في كل العصور وفي ظل جميع الحضارات حتى وقتنا الراهن، إلا أنه ازداد في ظل الحضارات المؤسسة على ديانات سماوية، وذلك لتقديس هذه الديانات لحياة الإنسان.

فجميع المؤمنين في الشرائع السماوية الثلاث سواء أكانت اليهودية أم المسيحية أم الإسلام قد اهتموا بوضع مبادئ أخلاقية للطب، ولكنها مبادئ تصطبغ بالصبغة الدينية، فأصحاب الثقافات المرتبطة بدين سماوي استمد معظم المعايير الأخلاقية الطبية من نصوص مقدسة لديهم فنجد مثلاً الأخلاق الطبية اليهودية أول ما تفاعلت مع التراث "الأبقراطي" فأخذت منه ما يتفق مع الشريعة

1 - سندرجه في العنصر الموالي من الفصل.

2 - المرجع السابق، ص 39، 40.

اليهودية، ثم استمدت جذورها من أساسها الديني المتمثل في الوصايا العشر¹ المنصوص عليها في التوراة، وخاصة تلك تدور حول قدسية الحياة وحفظ كرامة الإنسان، هذا بالإضافة إلى أن الأطباء والأخبار العاملين في مجال الطب سعوا إلى وضع قواعد أخلاقية تدول حول محاربة الاعتقادات السحرية المستخدمة في علاج المرضى وإضافة العلاج عن طريق الإيمان كما وضعوا تشريعا صارما حول حقوق الميت وقدسيتها، كما حرمت الأخلاق الطبية اليهودية الإجهاض تحريما تاما، ومن مبادئ الأخلاقيات الطبية اليهودية أن الحياة الحقة تضحيات وتحتاج إلى العناية بالأفراد ولا سيما المرضى منهم، لذا يجب على الطبيب أن يضحي براحته- في فترة علاج المريض- في سبيل راحة مريضه لسوء حالته الصحية واحتياجاته للراحة ليتم شفاؤه، ومن مبادئ الأخلاقيات الطبية اليهودية أيضا الاعتقاد بأن الرب هو الذي يشفي الأمراض وليس الطبيب، طبقا لما ورد في الوصايا العشر لموسى² (هنا إدراج الجدولان في أخلاقيات اليهودية).

أما في **المسيحية**، فإننا نجد التراث "الأبقراطي" قد ضرب بجذور أعمق في أخلاقيات الطب المسيحية التي أدمجت هذا التراث الفكري المتراكم مع العقيدة والأخلاقيات المسيحية، فقد أعطت الطبيب نوعا من السلطة الأبوية في علاقته بمرضاه، وهو ما أخذته المسيحية عن قسم أبقراط على أساس أنه أدرى بمصلحة المرضى، خاصة الفقراء منهم والمحرومين، كل هذا أعطى الطبيب وضعاً يشبه وضع الملائكة والقديسين، كذلك حاربت المسيحية منذ البداية تشريح الموتى، وذلك لأن الديني المسيحي أكد على قدسية الإنسان حيا وميتا، كما أكد أيضا على فكرة أن أجسادنا ملكا لنا، وإنما ملك لله، وليس من حقنا التصرف بهذه الأجساد كما نشاء، ولذلك يقع علينا عبء مسؤولية الحفاظ عليها، كل هذا أدى إلى حدوث تصادم بين الرهبان المشتغلين بالطب وبين الأطباء الذين لم يتلقوا تعليما دينيا، أو الذين لم يكن الدين أساس أحكامهم في مجال الطب، ومن ثم كانوا يعتمدون على حسهم الأخلاقي، لكن لا يستطيع أحد أن يغفل دور كل من اللاهوتيين والمفكرين الأخلاقيين

1 - سندرجها في الملاحق.

2 - Kyczewshi .M.G.& polonchy.R.M, op.cit, p4.

- Veatch.R.M, op.cit, p12.

في صياغة معايير خاصة للأخلاقيات الطبية، وإن كانت من وجهة نظر رجال الدين ذات أثر كبيرة على الأخلاقيات الطبية وتطورها فيما بعد.¹

أما في الحضارة الإسلامية فقد كانت الدولة الإسلامية الناشئة منفتحة على العالم، لذلك اهتم المسلمون بالطب منذ وقت مبكر، وراعوا ترجمة كتب الطب المعروفة عند الأمم السابقة فأقبل المسلمون على دراسته وازدهر عندهم لا سيما وأن الإسلام نفسه يحثهم على هذه الدراسة فقد ثبت في صحيح البخاري من حيث أبي هريرة رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال: «ما أنزل الله داء إلا وأنزل له شفاء».

ولهذا لم يكن من المستغرب أن يتأثر الأطباء بالتراث الأبقراطي وبطب "جالينوس" وغيرهم من العلماء، ولكنهم لم يكتفوا بالنقل، وإنما درسوا ذلك التراث المنقول وحللوه وانتقدوه وأضافوا إليه، ودججوا المبادئ الأخلاقية الإسلامية بالأخلاقيات الطبية المأخوذة عن اليونانيين والمسيحيين واليهود، فقد كتب "ابن النقيس" منتقدا كتاب "أبقراط" طبيعة الإنسان، كما كانت له مؤلفات غير منشورة حول واجبات الجراح الطبية في العالم الإسلامي كان على يد "إسحاق بن علي الراوي" الذي كتب كتابه المشهور "آداب الطبيب" وهو من الأعمال الفريدة التي اهتمت بالأخلاقيات العملية في مجال الطب، وكان التأثير الأبقراطي والأفلاطوني واضحا فيها، بالإضافة إلى اعتماد المؤلف على الأخلاقيات الإسلامية، لقد تفاعل الدين الإسلامي بأخلاقياته مع القواعد الأخلاقية التي انتقلت إليه من الحضارات الأخرى لتظهر قواعد أخلاقيات المهنة الطبية مصطبغة بروح الإسلام وقائمة على فكرة مراعاة حرمة المريض ومصلحته، فقد ركز الإسلام على فكرة حفظ الطبيب لأسرار المريض تطبيقا للحديث الشريف الذي رواه مسلم عن أبي هريرة رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم: «من ستر مسلما ستره الله في الدنيا والآخرة»، كذلك لا يجوز إخبار المريض بخطورة مرضه ولو كان ميئوسا من شفائه، عملا أجله، فإن ذلك لا يرد شيئا ويطيّب نفسه» وغيرها من القواعد التي تدور حول احترام المريض واحترام

1 - ناهد اليقضمي، مرجع سابق، ص 41، 42.

بالحديث الشريف الذي رواه الترمذي من حديث النبي ﷺ «إذا دخلتم على المريض فنفسوا له في مشاعره وخصوصيته»¹

وعن المثل العليا للطب عند أطباء الإسلام بقول "الشيرازي" ينبغي إذا دخل الطبيب على المريض أن يسأله عن سبب مرضه، وعما يجده من آلام ومواقفه، ويعرف السبب والعلامة والنبض، ثم يرتب له قانونا من الأشربة وغيرها، ثم يكتب نسخة بما ذكره المريض وبما رتب له في مقابلة المرض، ويسلم نسخة لأولياء المريض بشهادة من حضر معه عند المريض، فإذا كان من الغد حضر ونظر في أدائه وسأل المريض ورتب له قانونا حسب مقتضى الحال، وكتب له نسخة أيضا وسلمها إلى ذويه، وفي اليوم الثالث كذلك ثم في اليوم الرابع، وهكذا، إلى أن يبرأ المريض أو يموت فإذا أبرئ من مرضه أخذ الطبيب أجره وكرامته، وإن مات حضر أولياءه عند الحكيم المشهور وعرضوا النسخ التي كتبها الطبيب فإن رآها على مقتضى الحكمة وصناعة الطب من غير تفريط وتقصير من الطبيب، وإن رأى الأمر بخلاف ذلك قال لهم خذوا دية صاحبكم من الطبيب فإنه هو الذي قتله بسوء صناعته وتفريطه.²

ومن المبادئ الأخلاقية للطب الإسلامي ألا يؤذي الطبيب المريض وألا يصف له دواء قاتل كذلك نجد الأطباء المسلمون يعتمدون في عملهم على الدقة، الإيمان، والحكمة، ولذا لا بد أن يتسموا بالأمانة و الاعتدالية، الرحمة والإيجابية، فليدهم عقيدة في العلاج، كما يجب عدم التمييز بين المرضى -الجميع سواء- الفقير مثل الغني، المتعلم مثل الجاهل، المسلم غير المسلم، الأبيض مثل الأسود، كذلك نجد من أهم مبادئ وأخلاقيات الطب في الإسلام الاعتقاد بان الله هو الشافي ولكن مع الأخذ بالأسباب، فالمسلمون يعتمدون على التوكل على الله عند العلاج والأخذ بالأسباب، والطبيب مجرد سبب من أسباب العلاج والشفاء.³

1 - ناهد البقضي، المرجع السابق، ص ص 42، 43.

2 - عالية شعبان، العلوم الإسلامية، عبقرية التواصل وعنصرية الإبداع، دار الثقافة للطباعة، الإسماعيلية، 1998، ص 381.

3 - Veatch.R.M. Medical Ethics, Sudbury, ma. Jones and Bartlett, 1997, p16.

ت. أخلاقيات المهنة الطبية في العصور الحديثة:

1. الأخلاقيات الطبية في عصر النهضة حتى القرن التاسع عشر:

إذا كانت الأخلاقيات الطبية في مرحلة العصور الوسطى - خاصة في أوروبا - تسير وفقا لقواعد الأخلاقيات التي وضعها رجال الدين كانوا أكثر الأشخاص اهتماما بإرساء هذه القواعد في مجال العلوم المختلفة، فإن الأمر اختلف في عصر النهضة، إذا استطاع العلماء والأطباء أن يتغلبوا بالتدرج على القيود المفروضة على التشريح - من الفكر المسيحي -، فقد وصل التسامح في هذه المسألة إلى حد أن قضاء إيطاليا سمحوا للطبيب "أندريس فيزالوس" بتشريح جثث المحكوم عليهم بالإعدام، وقد كان هذا مصدر لا ينضب لمعرفة الجسم البشري، والغريب أن هذا الطبيب اشتهر فيما بعد بوصفه طبيا للكنيسة الكاثوليكية.

ولكن يجب ألا يدفعنا ذلك إلى الاعتقاد بأن الأخلاقيات الطبية نجحت في الانفصال تماما عن التأثير بكل ما كان يربطها بالعصور الوسطى، وخاصة الأفكار الدينية والأخلاق الأبقرافية الطبية القديمة، فقد كانت ولا تزال أهم الصفات الأخلاقية التي يجب أن يتحلى بها الطبيب قبل 1900م هي أن يكون محافظا، بمعنى أن يكون مقبولا أخلاقيا إذا كان محتفظا في ذهنه ببعض الأفكار الدينية، وأن يتصرف بوصفه رجلا معذبا ذا أخلاق رفيعة ويعرف أساسيات العلوم الطبية بالإضافة إلى احترام لقسم الطب، ويحافظ على ولائه للمجتمع ولتراث مهنته.¹

2. الأخلاقيات الطبية في القرن العشرين:

استقبل العاملون في مجال العلوم البيولوجية والطبية - القرن العشرين وهم يحملون معهم جذورا ورواسب فكرية قديمة مع أفكار تدعو إلى التحرر والتغير الجذري إضافة إلى أن هذا القرن اتصف بمظاهر ملفتة للنظر، فقد اكتسب العلم منذ أوائل القرن العشرين أهمية تفوق أهمية أي إنجاز آخر طوال تاريخ البشرية، فصحيح أن الإنسان تفخر عن حق بفلسفتها وآدابها وفنونها وتعترف بها كدين به لهذه الإنجازات من فضل تشكيل عقل الإنسان وروحه، ولكن المكانة التي اكتسبها العلم في هذا القرن، يجعل العلم بغير شك هو الحقيقة الكبرى في عصرنا، هذا يشمل بالطبع الطب الذي تنوعت

1 - ناهد البقصي، مرجع سابق، ص 46.

مشكلاته الجديدة المطروحة في ساحة الفكر الإنساني كلما ازداد تطوره التكنولوجي، إلا أننا نجد أهم هذه المشكلات المتحدثة في الطب ثلاث، قفزت لتحتل المحور الأساسي في تفكير الإنسان في القرن العشرين، وهي الإجهاض¹، إجراء التجارب على الإنسان، والتكنولوجيا الطبية المتقدمة، بما أثرت عنه من مشكلات أخلاقية معقدة في المجال الطبي، مثل مشكلة رعاية المرضى المصابين بأمراض مزمنة أو ميئوس منها وكذلك المحتضرين، وأيضاً المشكلات الناجمة عن عمليات زراعة الأعضاء وأطفال الأنابيب²، وغيرها من المشكلات التي لم تعد التقاليد الطبية التقليدية وحدها كافية لمواجهتها وإيجاد الحلول لها، لذا كان لزاماً على الأطباء والمفكرين العمل على إيجاد معايير وأخلاقيات لمواجهة تلك المشكلات تتناسب وطبيعتها، وبما أن الهيئة العلمية هي الميزة للفكر الإنساني في القرن العشرين نجد الأخلاقيات الطبية في ذلك القرن تصطبغ بالصبغة العلمية.³

لقد ازدادت أهمية الأخلاقيات الطبية بوصفها مبحثاً أساسياً من مباحث علم الطب في الفترة ما بين 1960 إلى 1970م واستمرت هذه الأهمية حتى الوقت الراهن، ويرجع السبب في ذلك إلى ما شهدته الطب من تطور مذهل في تلك الفترة بفضل التكنولوجيا الطبية الحديثة، التي أثمرت معضلات أخلاقية زادت حيرة الأطباء وأوقعتهم في مأزق أخلاقية لم يجدوا لها حلولاً في التقاليد الطبية التقليدية، كما سبق وأشارنا.⁴

بالإضافة إلى ذلك نجد من أهم الأسباب التي أدت إلى زيادة أهمية الأخلاقيات الطبية ولا سيما في وقتنا الراهن تحول مهنة الطب من مهنة إنسانية مقدسة لها رسالة سامية - علاج المرضى بصرف النظر عن حالتهم المادية ومكانتهم الاجتماعية - إلى مهنة تجارية، فمعظم الأطباء في عصرنا هذا يحاولون ممارسة الطب بوصفه مهنة الموارد المالية أكثر منها مهنة الإلزام الأخلاقي، وأصبح الطبيب مستهلك لمبادئه، بمعنى إنه يتفاعل مع المرضى بوصفهم مورداً يجلب لهم المال، وليس مرضى

1 -، التلقيح الاصطناعي وغرس الأعضاء، المرجع السابق، ص 18.

2 - المرجع نفسه، ص 20.

3 - المرجع نفسه، ص 48، 52.

4 - ؟

يحتاجون إلى العلاج، وأصبح الشعار السائد في الطب (ادفع لتحصل على الخدمة الطبية) فالطب حالياً أصبح مهنة القادر على الدفع أكثر منها مهنة تهدف إلى المنفعة للمريض غير القادر على الدفع وذلك بعدما كان الشعار السائد في العمل الطبي (الطب أولاً مهما كانت التكلفة) الخدمة الطبية لجميع المرضى دون النظر إلى التكلفة، ومهما اختلف الشخص الذي ينال تلك الخدمة، فمن حقوق المريض على الطبيب أن يحصل على أفضل عناية خاصة به بغض النظر عن تكلفة العلاج دون التكلفة، فأصبحت عبارة (العلاج بغض النظر عن التكلفة)، إنه مجرد كلام مرسل يطلقه اللسان بسهولة، لأن التكلفة لا بد وأن تدفع بالكامل، فمهنة الطب تجردت في الآونة الأخيرة من إنسانيتها.¹

والسبيل الوحيد لكي تستعيد مهن الطب إنسانيتها، وتصبح قادرة على أداء رسالتها المقدسة هو الالتزام بالأخلاقيات الطبية بوصفها دستوراً لها، ورغم أهمية الأخلاقيات الطبية بوصفها مبحثاً أساسياً من مباحث علم الطب، والتي أقرها الفكر الإنساني على مر العصور، وفي ظل جميع الحضارات منذ القدر وحتى الآن، إلا أننا نجد في كل حقبة زمنية من ينادي بتحرير الطب من هذه المبادئ والأخلاقيات بوصفها قيوداً تعرقل مسيرة العمل الطبي بذلك ويقرر أن الطب بحاجة إلى الأخلاق في عملة الضمير، الضمير وحده يكفي ولتذهب الأخلاق الطبية إلى الجحيم، فبالضمير يتمكن الطبيب من التوصل إلى القرارات الطبية السليمة التي تكون في مصلحة المريض.²

ويمكن الرد على أصحاب هذا الرأي بقول "هاورد برودي": «إذا لم يتمسك الأطباء بالأخلاقيات الطبية في أثناء مزاوله المهنة، فإن ذلك يؤدي إلى:

- إن معظم الأطباء لن يسيروا في الحقيقية على مبادئ أو أصول عند العلاج، وقد يسبب ذلك ضرراً للمريض.
- سيكون اتجاه الأطباء سلبي في كيفية العلاج للمريض وعدم الخدمة بالشكل الأمثل.

1 - محيدي عبد الحافظ، الأخلاقيات بين القيم والممارسة التطبيقية، مقال في كتاب الأخلاقيات الطب، دار المعارف، الأردن، ص 377.

2 - المرجع نفسه، ص 378.

- لن يعدل الطبيب من سلوكياته فيخرج عن نطاق الإلزام الخُلقي أما إذا تمسك بالقواعد والأسس الأخلاقية عند مزاوله مهنة الطب، ونظروا إليها بوصفها مهنة أخلاقية أكثر منها مهنة مالية، فإن ذلك سيؤدي إلى عدة مزايا منها:

1. قدرة الطبيب على التدريب والتعامل مع المريض لإعطاء العلاج المناسب.
 2. زيادة عدد ساعات العمل مهما اختلف الأجر سواء أكان قليلا أم كثيرا.
 3. يتخلى الطبيب عن الراحة والكسب السريع ولا ينظر إلى الدخل مهما كان وصفه المالي.
 4. لو التزم الأطباء فعلا بالأخلاقيات الطبية في عملهم، فإن حياتهم العملية ستدور، لأنهم يستطيعون التعامل مع المرضى بحكمة¹، وأخيرا لا يسعنا إلا القول أن الطب أخلاق وسلوك قبل أن يكون علم ومهنة».
- ث. خصائص الأخلاقيات الطبية:²

1. الطابع التشريعي الإرشادي للأخلاقيات الطبية:

أولى الخصائص التي تشترك فيها الأخلاق الطبية مع أي نمط آخر من أنماط الأخلاق هي التشريع، فمهنة الأخلاقيات الطبية من المبادئ والقواعد والقوانين الأساسية العامة التي تضبط سلوك العاملين في الميدان الطبي وترشدهم نحو القرار الصائب الذي يكون في مصلحة المريض، فهي أسس اتخاذ في مجال الطب، إذ ينظر للمبادئ العامة للطب على أنها علامات إرشادية إلزامية كذلك قد تنظر لها على أنها قانون عام، وبالتالي قد تمثل صبغة شرعية يمكن التعامل بها في أي حدث أو حقل.

2. التطور:

سمة تميز العلوم التطبيقية عموما ولا تتنى من ذلك علم الطب، فالطب علم يتم بالتطور، وما ينطبق على علم من العلوم يجب أن ينطبق على أخلاقيات حتى يكون هناك اتساق بينهما لذلك

1 - أحمد محمود صبحي ومحمود فهمي زيدان، مرجع سابق، ص 141.

2 - عمر وعلي عبد المعطي، علاقة غايات نظريات العلم المعاصر بعواقب التطبيقات التكنولوجية، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، 2007، ص ص 2، 3.

يعد التطور سمة مميزة للأخلاقيات الطبية حتى تواكب ما سيحدث من معضلات طبية أخلاقية لم تكن موجودة من قبل، ولكن هذا التطور لا يعني مطلقاً الانفصال عن الأسس والمبادئ الطبية الكلاسيكية التي تحكم مسيرة العمل الطبي ولكن التطور يعني أن هذه المبادئ يتم صياغتها بشكل جديد ليتواءم مع مقتضيات العصر.

3. إنها أخلاقيات مطاطية:

لأنها لا تقتصر على موضوعات أو معضلات محددة لا تتعدها، بل إنها تستوعب كل ما يستجد من موضوعات ومعضلات تتمحض عن التطور في الميدان الطبي.

نحن في عصر تتزايد فيه حجم المستحدثات ومظاهرها املتوية و الشذوذ والتي ظهرت بشكل يكاد يكون مضطرباً، ومن ثم نحاول إيجاد صيغ أخرى جديدة تتواءم مع مظاهر التواءات والسعي إلى توسيع القادة الجذرية لأخلاقيتنا الأساسية بهدف تغطية مساحة تلك المنعرجات ومحاولة الجمع التلقائي بين نتائج معارفنا البيولوجية المتطورة مع معارفنا بصدد إيجاد نسق قيمى وأخلاقي للإنسانية جمعاء، بحيث نجد أنفسنا أمام العودة إلى مظلة الأخلاقيات مرة أخرى بصيغ أخلاقيات جديدة تفرض سلطتها على العلم وتحكم خطى تقدمه، ليس في مجال علم البيولوجيا وتطبيقاتها المتسارعة فحسب، بل وأيضاً في مجال العلوم الطبيعية المدمرة، وليبقى السؤال حينها:

ما الذي نتوقعه من عرض نماذج لأخلاقيات أخرى جديدة على البشرية؟ هل تدعيم بعض القيم والفضائل الإنسانية، أما أنه تشريع يبيح قتل وإجهاض وتلاعب في جينات بعض الأفراد؟ أو التسبب في شفائهم؟ واستلاب حريتهم؟

إضافة إلى بعض التساؤلات التكتيكية، مثل إذا كان هناك فارق تطبيقي جوهري بين صياغة القرار العلمي أو الطبي المطلوب وبين صياغة القرار الأخلاقي كانعكاس عديد من العلوم البينية، فكيف يمكن التوفيق فيها بين القرارين؟ وإذا أمكننا صياغتها، فهل من المعقول أو من العدل اعتبار تلك القيم والأخلاقيات ناتجة عن عوامل يصح تعميم تطبيقها على الجميع؟

ث. العلاقة بين (الأخلاقيات، الفرد، المجتمع):

قصور الإنسان من الناحية العقلية الذي يميزه، خاصة في فترة حياته الأولى... يجعله مهيباً لقبول الأنماط الأخلاقية التي يقابلها في الوسط الذي يولد فيه... فإذا كان الوسط الذي يوجد فيه الفرد إسلامياً يتشرب أخلاقيات إسلامية.. وإذا كان الوسط لا دينياً كانت أخلاقياته لا دينية وهكذا¹، ذلك لأن الإنسان هو الكائن الوحيد المزود بالقدرة على الفهم والإبداع والاكتشاف كما أن له القدرة على أن يصنع لنفسه نماذج للمعيشة ونظاماً للحياة، والأخلاق باعتبارها المحيط الذي يحيط بالإنسان والإطار الذي يتحرك بداخله وبما تتضمن من فكرة دينية توفر للفرد التغيرات الجاهزة لمعنى الحياة وحقيقة العلم والإنسان.

وبما تحمل شخصية الفرد قدراً معيناً من سمات هذه الأخلاقيات التي تحيط به وتؤثر فيه وهي تمثل المعايير المهيمنة لكل ممارساته، وهذا ما يدعمه قول النبي ﷺ: «ما من مولد يولد إلا يولد على الفطرة فأبواه يهودانه أو ينصرانه أو يمجسانه»²، تتشكل من عوامل اجتماعية، وتمثلات جمعية لا يجد الأفراد تجاهها سوى التلقي بهذه الأخلاقيات.

والتشكيل وفق خياراتها المسبقة كما يرى "دركايم" هذه النظرية ودور التربية فيها زرع العناصر الأخلاقية في الأفراد، وقد برزت في هذا المجال نظريات ثلاث:

أولها: **فوق العضوية** ويرى أصحابها أن الأخلاقيات حقيقة فردية كونها للأديان جميعاً. ثانياً: **التطورية** ترى أن الأخلاقيات تصور ذهني يتشكل من خلال الممارسات السلوكية مستقاة من الآخرين أو مبتدعة بدافع الحاجة.

ثالثاً: **الواقعية**: تحاول هذه النظرية أن تجمع بين النظريتين السابقتين بحيث تصور الأخلاقيات بأنها معيار عقلي يشعر الإنسان بعجزه عن ملاحظتها برومتها، ومع ذلك نلاحظ أن الإنسان يستطيع التغيير الجزئي في هذه المعايير، بحيث يأخذ به الآخرون فيصبح جزء من الأخلاقيات.³

1 - الدكتور مراد زعمي، كتاب النظرية العلم اجتماعية رؤية إسلامية.

2 - عن السيد قطب، معالم في الطرق، دار الشروق، القاهرة، ص 129.

3 - الدكتور محمد منير موسى، أصول التربية الفلسفية، ص 82.

ولهذا يرى الواقعيون أنه ينبغي أن يكون الدور مزدوج في العقل بحيث تغرس في الأفراد خاصة قيمهم التي يفترض فيها قدر كبير من الثبات، وفي الوقت ذاته تدريبهم على النقد والتغيير الاجتماعي نحو الأفضل، ويلاحظ هنا أمران:

الأمر الأول الأخلاقيات محصورة مصدرها بالدائرة البشرية، سواء من خلال الضمير الكلي (المجتمع) في النظرية الأولى أو من خلال قيم الأفراد (الفرد) في الأخرتين. **الأمر الثاني** الأخلاقيات بجميع أنواعها خاصة لقانون التغيير الذي يحكم الوجود الإنساني له، سواء في ذلك عقله الجمعي أو الفردي.

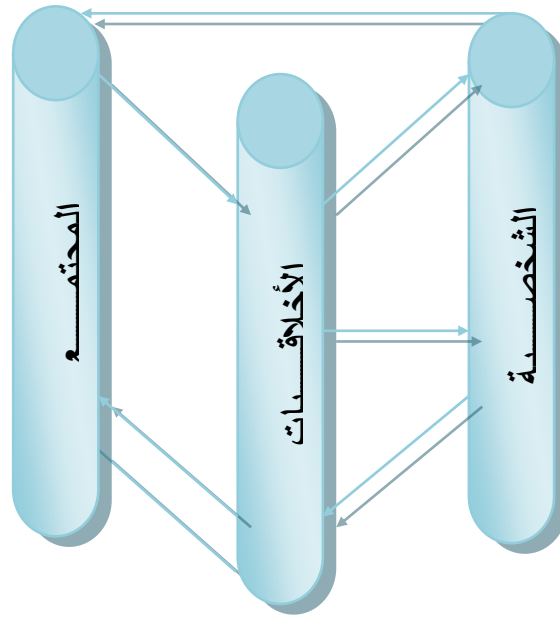
ولهذا فإن الخلاف إنما هو فغي مدى التفاوت بين هذه الأخلاقيات رئيسية الثبات ومن ثم يلاحظ كيف يتخطى مبادئ الدين والقيم هي أكثر العناصر الأخلاقية.

اتساما بالثبات، قرر بعض العلماء أنه من الصعب الفصل بين الأخلاق وشخصيته الفردية لأنه إذا كانت الأخلاقيات هي الميراث الاجتماعي للإنسان، فإن شخصية الفرد هي الوجه الآخر للأخلاق تدل عليها وتعبّر عنها وتستمد منها كل معايير سلوكاته المضبوطة، فإذا الأخلاقيات والفرد أمران متلازمان، لا يمكن فهم أي منهما دون الآخر، وهذا ينطبق مع ما توصل إليه الدكتور مراد زعمي في أن العلاقة بين الثقافة والشخصية الإنسانية هي كل المكونات الفردية والاستعدادات الفطرية مضاف إليها كل ما اكتسبه الفرد من خلال تفاعله الاجتماعي في المجتمع ومنها الأخلاقيات، ثم إن الشخص نفسه هو الذي يدخل في علاقات اجتماعية مع سائر الأشخاص، وهو سلوكهم الفردي وتفاعلهم الجماعي قيمهم وأخلاقيات المجتمع ويعبرون عنها من خلال الأفراد والنظم والمؤسسات والعقائد والأخلاقيات، وهو بدوره يستقبل الفرد ويدخله كعنصر في بنائه من خلال عملية التطبيع الاجتماعي فيحوله إلى شخص له كيانه المميز دون أن يخرج عن حدود المجتمع.

وعليه فالشخص والأخلاقيات والمجتمع هي الأعمدة الثلاثة التي تقوم عليها الحقيقة

الاجتماعية ويتمثل في الشكل رقم (01):¹ والذي يعبر عن الحياة الاجتماعية وما تنظمه من حقائق

اجتماعية



الشكل رقم (01): يوضح العلاقة بين الشخصية والأخلاقيات والمجتمع

تعليق: إذن الدين يظل من أكثر العوامل تأثيراً في تشكيل نمط الأخلاقيات لأي مجموعة بشرية، ويزداد هذا التأثير أهمية في مجال الأخلاقيات التي ترتبط بالدين الحق، الدين الإسلامي، بحكم طبيعة الشمولية الخاصة بالإسلام والتي جعلت منه موجهاً عاماً لسلوك الإنسان في مختلف الحياة، لقوله ﷺ: «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق».²

ثالثاً : مهنة الطب بين التراث العالمي والشريعة الإسلامية:

أ. أخلاقيات مهنة الطب في التراث العالمي:

1. قسم أبقرات والمبادئ الرسمية له:

هو نص عادة ما يقيمه الأطباء قبل مزاولتهم لمهنة الطب، لا يوجد بصفة عامة ما يجبر

الأطباء على هذا القسم بما أن مهنة الطب في هذا العصر محددة بنصوص قانونية، ويعتبر أبقرات

الملقب "بأبو الطب" وأعظم أطباء عصره، صاحب فكرة هذا القسم الشهير، تجدر الإشارة أنه يوجد

1 - الشكل رقم (01): كتاب النظرية العلم اجتماعية رؤية إسلامية، المرجع السابق، ص 353 بتصرف.

2 - أنظر سنن أبي داود: الإمام الحافظ المصنف المتقن أبي داود سليمان ابن الأشعث الساجستاني الأزدي 202-207هـ، باب مكارم الأخلاق، كتاب الآداب، ج4، مراجعة وضبط وتعليق محمد محي الدين عبد الحميد، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.

على غرار هذا القسم نصوص أخرى تختلف حسب البلدان والهاجس الديني مثل علي سبيل المثال ميثاق الشرف النقابي العربي، القسم الطبي للمؤتمر العالمي للطب الإسلامي، رابطة الأطباء في فرنسا... الخ.¹

• قسم أبقرات الأصلي (460 ق.م):

أقسم بالطبيب أبولو واسكلييوس وهيكليا ويانيكا وجميع الأرباب والربات وأشهدهم، بأبي سوف أقدر قدر قدرتي واجتهادي هذا القسم وهذا العهد، وأن أجعل ذلك الذي علمني هذا الفن في منزلة أبوي، وأن أعيش حياتي مشاركا إياه، وإذا صار في حاجة إلى المال أن أعطيه نصيبا من مالي، وأن أنظر بعين الاعتبار إلى ذريته تماما كنظريتي إلى إخواني وأن أعلمهم هذا الفن - إذا رغبوا في تعلمه - دون مقابل، وأتعهد أعطي نصيبا من التعاليم الأخلاقية والتعليمات الشفهية وجميع أساليب التعليم الأخرى لأبنائي ولأبناء الذي علمني والتلاميذ الذين قبلوا بالعهد وأخذوا على أنفسهم القسم طبقا لقانون الطب، وليس لأي أحد آخر.

ولن أعطي عقارا مميتا لأي إنسان إذا سألني إياه، ولن أعطي اقتراحا بهذا الشأن، وكذلك لن أعطي لامرأة دواء مجهضا، وسوف أحافظ على حياتي وفني بطهارتي وتقواي، ولن أستخدم الموسيقى حتى مع الذين يعانون من الحصرات داخل أجسامهم، وسوف أترجع لمصلحة الرجال المشتغلين بهذا العمل، وأيا كانت البيوت التي قد آزروها، بأنني سأدخل لنفع المريض، على أن أظل بعيدا عن جميع أعمال الظلم المتعمد، وجميع الإساءات وبخاصة العلاقات الجنسية سواء مع الإناث أو مع الذكور أحرارا كانوا أو عبيدا، وسف أظل حريصا على منع نفسي عن الكلام في الأمور المخلة، التي قد أراها أو أسمعها أثناء فترة المعالجة وحتى بعيدا عن المعالجة فيما يتعلق بحياة الناس، والتي لا يجوز لأحد أن ينشرها.

فإذا أماديت بهذا القسم ولم أحد عنه، يحق لي حينئذ أن أهنأ بالحياة وبالفن الذي تشرفت بالإشهار به بين جميع الناس في جميع الأوقات، وإذا ما خالفت القسم وأقسمت كاذبا، فيجب أن يكون عكس هذا نصيبي وجزائي.

1 - الدكتور عادل عوض، أخلاقيات الطب وأصولها، دار الجامعة الجديدة، مصر، 2011، ص 114.

● قسم أبقرات في الثقافتين العربية والإسلامية:

لقد تمت ترجمة قسم أبقرات وكتبه من اليونانية إلى العربية العالم العراقي "حبيش بن الأعمش" ابن أخت حنين بن إسحق وأحد تلاميذه وأثبت ابن أبي أصيبعة في فصل خاص من كتابه "عيون الأبناء في طبقات الأطباء"، وقد دخل هذا القيم لاحقاً إلى اللاتينية ثم إلى اللغات الأوربية الحية، ورجع إلى العرب في صيغته الإنجليزية أو الفرنسية ليتم تكييفه من جديد في غالب البلدان العربية.¹

● القسم الطبي حسب المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي:

بسم الله الرحمن الرحيم، أقسم بالله العظيم أن أراقب الله في مهنتي، وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها، في كل الظروف والأحوال، باذلاً وسعي في استنقاذها من الموت والمرض والألم والقلق، وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عوراتهم، وأكتم سرهم، وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد، الصالح والطالح، والصديق والعدو، وأن أثابر على طلب العلم، أسخّره لنفع الناس لا لأذاه، وأن أوقر من علمي، وأعلم من يصغريني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية في نطاق البر والتقوى، وأن تكون حياتي مصداقاً لإيماني في سري وعلايتي، تقياً مما يثبني أمام الله ورسوله والمؤمنين، والله على ما أقول شهيد.²

ومع ما يقسم أبقرات من أهمية اجتماعية وإنسانية وأخلاقية جعلته صالحاً للامتداد به في ممارسة المهن الطبية حتى في المجتمعات المعاصرة ومع ذلك فإنه يظل رهيناً بقناعة الممارس للمهن الطبية والتزامه بالأخلاق الفاضلة وتنشئته عليها.

ومن هنا فإنه لا يكفي أن يقسم الطبيب أو غيره قسماً أخلاقياً يلزمه بممارسة بشرف ونزاهة، طالما أنه لا يجد في قرارات نفسه مرجعيته معرفية وتربوية وضميراً حياً يجعله يتقيد بأخلاقيات المهن الطبية، وهنا يظل القسم مجرد إطاراً شكلياً وعبارات جوفاء تخرج على لسان ناطقها دون أن تعني له أية دلالة رمزية ولا بعداً سلوكياً إيجابياً، وعندها فقط تصير العلاقة بين المريض وممارس المهن الطبية

1 - خالد حربي، الأسس الأبيستمولوجية لتاريخ الطب العربي، المرجع السابق، ص 98.

2 - خالد حربي، الأسس الأبيستمولوجية لتاريخ الطب، المرجع السابق، ص 98-99.

علاقة سوقية يتعاطى فيها المرضى الخدمات الطبية كما يتعاطون أي سلعة في السوق وتصير محكومة بالمثل القائل "مصائب قوم عند قوم فوائد".

وإن التبع التحليلي لما ورد بقسم أبقرات يعكس مساراً اجتماعياً وفكرياً تتجذر من خلاله مساعي المجتمعات لجعل مهنة الطب وما في مجالها من المهن المحترمة والملتزمة أخلاقياً، ورغم أن قسم أبقرات قد أسهم في تلخيص الجهد التراكمي للفكر الإنساني حتى عصره، فإنه يفتقر إلى طابع الإلزام والالتزام ويحتكم فقط إلى الضمير الشخصي لممارس المهن الطبية وإلى تقدير المجتمع من خلال ما يسوده من معايير وقيم.

2. الدستور الأخلاقي للجمعية الطبية¹ الأمريكية (أ.م.أ.) (1846):

وتتضمن نسخة عام 1980 من الدستور الأخلاقي للجمعية الطبية الأمريكية سبعة بنود بينما تتضمن النسخة المطورة لعام 2001 تسعة بنود، ويؤكد البنود الإضافيان في النسخة المعدلة الحالية على مسؤولية الأطباء، ويدعم الانتشار العالمي للرعاية الطبية، كما أضافت النسخة الأخيرة كل التدابير اللازمة حول الالتزام بالتعليم الطبي، ومسؤولية تطوير الصحة العامة، كما يتضمن دستور الجمعية الأخلاقي بعض المقومات الأخرى مثل:

- احترام القانون.
- احترام حقوق المرضى.
- احترام حقوق الزملاء.
- احترام خصوصية المريض وسرية المعلومات الخاص به.
- الكفاءة والتفاني والمحبة.
- الصدق وواجب التبليغ عن أي خداع أو كذب.
- التعليم المستمر، والدراسة، واستشارة الآخرين في المهنة.
- الحرية في مزاوله المهنة.

1 - إدراج مجموعة من نماذج الأقسام عبر التاريخ في الملاحق.

- المسؤولية في بذل الجهود لتحسين المستوى الصحي للمجتمع.

3. القسم الطبي (إعلان جينيف 1948):¹

أقرت الجمعيات الطبية العالمية هذا القسم بعد القطاعات التي اقترفت باسم الأبحاث العلمية في معسكرات الاعتقال النازي، والمقومات الأساسية لهذا الدستور تلخص كما يلي:

- خدمة الإنسانية.

- الاحترام والعرفان بالجميل للأساتذة.
- ممارسة المهنة بضمير وكيال.
- الإحساس بواجب الاهتمام بصحة المريض والزملاء وتقاليده المهنية.
- ممارسة المهنة بما ينسجم مع القوانين الإنسانية.
- احترام الحياة الإنسانية بما فيها حياة الجنين.
- الواجب المهني بتقديم على العرف والدين والسياسة أو التمييز الاجتماعي.

4. مبادئ إعلام هيلسينكي (1964):²

نشر هذا الإعلان لأول مرة عام 1964 وكان بمثابة رأي على التجارب الطبية الأخلاقية التي أجراها الأطباء النازيون خلال الحرب العالمية الثانية، ولقد تمت مراجعة هذا الإعلان عدة مرات منذ إصداره، وأصدرت آخر نسخة مراجعة منه عام 2000 ولقد نصت على المبادئ التالية:

- خير ومنفعة الإنسانية مقدم على الاهتمام بالعلم والمجتمع.
 - يجب أن يعمل الطبيب فقط لما ينفع المريض، وأن تكون صحة المريض في مقدمة اهتماماته.
- تتداخل كثير من مبادئ هذا الإعلان بقوانين الأبحاث العلمية، ومن ناحية أخرى تناقش النسخة المراجعة استعمال المستحضرات الشاهدة (المستحضرات الخالية من المادة الفعالة والتي تعطي لمجموعة من المرضى الجرى عليهم البحث مقابل مجموعة أخرى تتناول الدواء الفعال موضوع البحث، وذلك بهدف المقارنة) وتنصح بأن يكون من واجب لجنة الأخلاق مراقبة التجارب العلمية الجارية،

1 - نفس الموقع الإلكتروني - الانترنت.

2 - نفس الموقع الإلكتروني السابق - الانترنت.

كما تقضي بأن يكشف الباحثون للمتبرعين عن التفاصيل الخاصة بالتمويل، وعن احتمال تضارب المصالح.

هناك توصية أخيرة تنص على أن من حق الناشرين رفض الدراسات التي لا تتوافق مع ما ينص عليه هذا الإعلان.

ب. أخلاقيات مهنة الطب في الشريعة الإسلامية:

1. الفضيلة في القرآن الكريم:

يعتبر الإسلام في حقيقته نظام حياة يتكون من العقيدة والشريعة والعبادات والأخلاقيات¹ ويقول الرسول ﷺ: «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق»، وقد أخذ الإسلام ما يوجد من الأخلاقيات الحميدة واعتبرها أخلاقاً إسلامية سواء ما كان منها ثمرة للعقل الإنساني الراشد أو ما جاءت به الديانات السماوية السابقة.

ويعتبر القرآن الكريم والسنة الشريفة مصدراً للأخلاق الإسلامي بحيث يكون دون العقل في الفهم والإدراك والتحليل لما جاء به القرآن الكريم والسنة من مفاهيم أخلاقية، وهذا المنهج يختلف عن توجيه الفكر الغربي الذي يرى أن العقل يضع الأصول النظرية الأخلاقية ومقاييسها ويحدد جوانب الالتزام والواجب والمسؤولية الخلقية.²

وبين القرآن الكريم القانون الأخلاقي بشكل شامل في جميع مجالات النشاط الإنساني من حيث علاقة الفرد بخالقه وعلاقته بالآخرين في مجتمعه وعلاقته بنفسه ويظهر هذا الشمول في الإحاطة بما جاءت به الديانات السابقة ومتميماً لها، ويمتاز القانون الخاص بالأخلاقيات في الإسلام بتحديد ناحية الالتزام الأدبي في الأخلاق وبيان مصدرها الرباني³، وفي المقابل يؤكد الفكر الغربي أن مصدر الالتزام هو الضمير أو العقل أو الإحساس الأخلاقي وليس صانع العقل وهذا الاختلاف واضح في القانون الأخلاقي في الإسلام.

1 - الدكتور تحسين أحمد الطروانة، النظام الأخلاقي في الإسلام، مكتبة الرسالة الحديثة، عمان، 1986، ص 21.

2 - الدكتور محمد عبد الله الشرقاوي، الفكر الأخلاقي - دراسة مقارنة -، دار الجيل، بيروت، 1990، ص 64، 65.

3 - علي معبد فرعلي، الأخلاقيات الإسلامية الإنسانية، ط 1، دار الكتاب الجامعي، القاهرة، 1985، ص 64، 73.

ويشكل الإيمان المرحلة الأولى التي تدفع الإنسان نحو الواجب بحيث ينبع العقل من ذاته وضميره وهي المرحلة الثانية ويكون الباعث على العقل والدافع له هو إحساس الفرد بالمسؤولية الخلقية¹ وسنورد فيما يلي ملامح من شمول القانون الأخلاقي في القرآن الكريم. بعض معالم الأخلاقيات في القرآن الكريم:

جاء القرآن الكريم جامعاً لمكارم الأخلاق ومحبطاً بما جاءت به الديانات السابقة ومنسجماً مع القوانين الأخلاقية لهذه الديانات ومتمماً لها وقد حفظ القرآن الكريم القانون الأخلاقي الذي جاء به موسى عليه السلام وتبين آيات القرآن الكريم في سور عديدة هذه القواعد القانونية والتي جمعها في مقارنة للدكتور (دراز) بين ما جاء في التوراة وما جاء في القرآن الكريم.²

النص من التوراة (سفر الخروج ف 20):

- لا يكن لكل آلهة آخر أمامي.
- لا تصنع لنفسك آلهة مسبوكة.
- لا تنطق باسم الرب الإله باطلاً.
- أكرام أباك وأمك.
- لا تقتل.
- لا تزني.
- لا تسرف.
- ولا تشهد على قريبك شهادة الزور.
- ولا تشنه بيت قريبك.
- ولا ي مما لقريبك.

القرآن الكريم:

♦ ﴿وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ﴾ البقرة 23.

1 - الدكتور مصطفى حلمي، الأخلاقيات بين الفكر والحكمة في الإسلام، دار الثقافة العربية، القاهرة، 2000، ص34.

2 - الدكتور علي معبد فرغلي، المرجع السابق، ص ص152، 164.

- ♦ ﴿فَاجْتَنِبُوا الرِّجْسَ مِنَ الْأَوْثَانِ﴾ الحج 30 .
- ♦ ﴿وَلَا تَجْعَلُوا اللَّهَ عُرْضَةً لِأَيْمَانِكُمْ﴾ البقرة 224 .
- ♦ ﴿وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا﴾ الإسراء 23 .
- ♦ ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ﴾ النساء 29 .
- ♦ ﴿قُلْ لِلْمُؤْمِنِينَ يَغُضُّوا مِنْ أَبْصَارِهِمْ وَيَحْفَظُوا فُرُوجَهُمْ﴾ النور 30 .
- ♦ ﴿وَالسَّارِقُ وَالسَّارِقَةُ فَاقْطَعُوا﴾ المائدة 38 .
- ♦ ﴿وَاجْتَنِبُوا قَوْلَ الزُّورِ﴾ الحج 30 .
- ♦ ﴿وَلَا تَمَنَّوْا مَا فَضَّلَ اللَّهُ بِهِ بَعْضَكُمْ عَلَى بَعْضٍ﴾ النساء 32 .

ويلاحظ من هذه المقارنة أن القرآن الكريم قد حفظ القانون الأخلاقي الذي جاء به موسى عليه السلام، وتمتاز الأخلاق في القرآن الكريم بأنها قابلة للتطبيق وأنها تعتمد على الوسطية والاعتدال وأنها ترتبط بالجزاء الإلهي وأنها لها قيمة ذاتية وليست مرتبطة باللذة أو المنفعة كما يقول المفكرون الغربيون واليونانيون¹. ولا تدعي الباحثة الإحاطة بكل ما جاء في القرآن الكريم والسنة المطهرة وإنما أوردت بعضها في ملامح القانون الأخلاقيات في القرآن ولا يتسع المجال للدخول في تفاصيل أكثر.

2. الفضيلة في القرآن الكريم:

يستند السلوك الإنساني إلى ثلاث نزعات هي:

- نزعة الاستئثار.
- نزعة المبادلة.
- نزعة الإيثار.

وتكاد القيم الأخلاقية تكون موزعة على مقياس واحد في أعلاه قيمة ونزعة الإيثار وفي أدناه الاستئثار بينما قيمة المعادلة والمبادلة فليست فضيلة ولا رذيلة وإنما رخصة مباحة. وتتسم الفضيلة في القرآن الكريم بعدة سمات منها:

1 - علي معبد فرغلي، الأخلاق في الإسلام، الإسكندرية، مؤسسة الثقافة الجماعية، 1985، ص 152، 164.

السمة الأولى: وهي النهي عن التزيد في حق النفس والحث على الزيادة في حق الغير والفضيلة تعني أن الفرد مخير في المعاملة بالمثل دون نهي عنه أو تحريض عليه.

السمة الثانية: أن الفضيلة تصدر عن النفس بطيب خاطر ومثالها إنفاق المال إرضاء لله تعالى وليس الإنفاق على كراه من الفضيلة في شيء.

وكذلك الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر بدافع من داخل الفرد يبغي منه مرضاة الله. والمجتمع الصالح هو مجتمع العدل والكفاية الذي يقوم على الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر وقد ورد في القرآن الكريم العديد من الآيات بهذا المعنى ومثالها قوله تعالى: ﴿يَا بُنَيَّ أَقِمِ الصَّلَاةَ وَأْمُرْ بِالْمَعْرُوفِ وَانْهَ عَنِ الْمُنْكَرِ﴾ لقمان 17، ﴿كُنْتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ تَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَتَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ﴾ آل عمران 110.

وهذه الآيات وغيرها تمثل فكر إصلاح المجتمع والدعوة إلى الحق وقوله عندما يطلب من الإنسان ذلك.

وقد طبقت المقاطعة الاجتماعية لردع المخالف لشرع الله وسنة نبيه كما فعل الرسول ﷺ في ردع المتخاذلين عن الجهاد والدين تخلفوا عن غزوة تبوك.

ويلاحظ أن الأخلاق في الإسلام كما يبين لنا القرآن الكريم أنها مسيرة للفطرة البشرية ومحقة لخير المجتمع وصلاحه، ولخير الفرد والجماعة من خلال علاقات التواد والتراحم.

ويلاحظ أن العمل الأخلاقي يستند في القرآن الكريم والأخلاق الإسلامية إلى نبدأ النية.. النية هي محور العمل الأخلاقي (إنما الأعمال بالنيات وإنما لكل امرئ ما نوى..) هذا على مستوى الفرد وعلى مستوى العلاقات بين الأفراد في المجتمع بين القرآن الكريم حدود الفضيلة في التعامل كما تشير

الآيات التالية: قوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اجْتَنِبُوا كَثِيرًا مِّنَ الظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ وَلَا تَجَسَّسُوا وَلَا يَغْتَبَ بَّعْضُكُم بَعْضًا﴾ الحجرات 12، وقوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَدْخُلُوا بُيُوتًا غَيْرَ بُيُوتِكُمْ حَتَّى تَسْتَأْذِنُوا وَتُسَلِّمُوا عَلَى أَهْلِهَا ذَلِكَ خَيْرٌ لَّكُمْ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ﴾ النور

ويؤكد القرآن الكريم بوضوح الفضيلة الجماعية والعامة في قوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾ الحجرات 13. وبين القرآن الكريم كيفية التعامل مع غير المسلمين بقوله: ﴿لَا يَنْهَاكُمُ اللَّهُ عَنِ الَّذِينَ لَمْ يُقَاتِلُوكُمْ فِي الدِّينِ وَلَمْ يُخْرِجُوكُمْ مِنْ دِيَارِكُمْ أَنْ تَبَرُّوهُمْ وَتُقْسِطُوا إِلَيْهِمْ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُقْسِطِينَ﴾ الممتحنة 88، وكذلك قوله تعالى: ﴿وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَاٰنُ قَوْمٍ عَلَىٰ أَلَّا تَعْدِلُوا اعْدِلُوا﴾ المائدة 13.

ولدى مقارنة ما جاء في القرآن الكريم مع الديانة اليهودية نرى أن الديانة اليهودية تميز بين اليهودية وغيرها وأما الديانة المسيحية فقد جاءت بمبدأ الأُمّية وأسقطت الحواجز وجاء القرآن الكريم ليرسم بوضوح طريق التعامل مع غير المسلم من أهل الكتاب والأخوة بين المسلمين والأخوة بين بني البشر والدعوة للمحافظة على مجتمع المسلمين من خلال ما يلي:

- دعوة المؤمنين ليكونوا جماعة واحدة متماسكة.
 - الحث على المر بالمعروف والنهي عن المنكر، كما يستفاد من الآيات التالية:
- ﴿وَتَوَاصَوْا بِالْحَقِّ وَتَوَاصَوْا بِالصَّبْرِ﴾ العصر 03، ﴿وَاتَّقُوا فِتْنَةً لَا تُصِيبَنَّ الَّذِينَ ظَلَمُوا مِنْكُمْ خَاصَّةً﴾ الأنفال 25، ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ﴾ المائدة 02.

والفضيلة في اللغة تعني الفضل والزيادة وتعني الفضيلة الاستعداد الدائم لفعل الخير، ويعرفها ابن رشد بأنها: (الفضيلة ملكة مقدرة لكل فعل خير أو يظن به أنه خير). وتعرف الفضيلة بأنها الاستعداد الراسخ لإنجاز نوع معين من الأفعال الأخلاقية أو الاستعداد لإرادة الخير وتنمية عادة فعل الخير، ومثلها فضائل العدل والصدقة والحكمة، وعند سقراط تعني الفضيلة العلم والمعرفة وأما أفلاطون فيرى لكل قوة من قوى النفس فضيلة، وقوة الشهوة فضيلتها العفة وقوة الغضب فضيلتها الشجاعة وقوة العقل فضيلتها الحكمة. وأما أرسطو فيرى الفضيلة في الوسط الذهبي أو الوسط العادل بين رذيلتين.

وتقوم الفضيلة على العلم والإرادة لأن العلم يحدد الوسائل والإرادة تحدد عملية الاختيار بين الأفعال المحققة للفضيلة ولهذا فالفضيلة تمر بمراحل هي:

- مرحلة تكرار فعل الخير.
 - مرحلة توجيه الأفعال نحو الوسط العادل.
 - مرحلة تحديد الوسط باستخدام العقل وليس بالضرورة أن يمثل الوسط نقطة المنتصف تماما.
- ويمتاز القرآن الكريم والسنة المطهرة في التركيز على الوسطية في الأفعال لأنها تأتي منسجمة مع الأغلبية أو أكثرية الجماعة في كل الأمور، ومن الفضائل ما يلي:
- الحكمة:** وهي فضيلة عقلية تعني الإصابة بالعلم والعمل كما يؤكد ذلك ابن مسكويه وتشمل الحكمة (الذكاء، والذكر، والتعقل، وسرعة الفهم وقوته، وصفاء الذهن، وسهولة التعلم، والحكمة وسط بين السفه والبله، والسفه استدام القوة الفكرية فيما لا ينبغي، وأما البله فهو تعطيل القوة الفكرية بالإرادة).
- الشجاعة:** هي مواجهة الخطر أو الألم عند اللزوم بثبات ويرتبط بها كبر النفس والهمة والصبر والحلم وعدم البطش والشهامة واحتمال الكد.
- العفة:** وهي اعتدال الميل إلى اللذة وخضوعه لحكم العقل وترتبط بها فضائل الصبر والسخاء والقناعة والحرية والوقار والدمائة والورع وغيرها.
- العدل:** وهو إعطاء كل ذي حق حقه وهو فضيلة عقلية فردية وجماعية، والعدالة الاجتماعية تعني العدل بين الناس وأكد القرآن الكريم جميع هذه الفضائل واختص بالعدل بالنص في أكثر من موضع.
- الالتزام الأخلاقي في الإسلام:** يؤكد العلماء أن طريق الالتزام الأخلاقي في الإسلام تنحصر في ستة أنواع هي:¹

• الالتزام بوازع من العقل:

أكد الإسلام حرية التفكير واعتبر أن دور العقل يكون في الفهم واستنباط الأحكام وهناك آيات لا تحصى تحت على استخدام العقل وتجنب الظن، والاقتناع بصحة القضايا العقلية والمبادئ والأحكام هو أول أنواع الالتزام الأخلاقي المستند إلى العقل.

1 - مصطفى حلمي، المرجع السابق، ص 128-144.

✓ الالتزام بوزع من الضمير:

يعرف الضمير بأنه حالة من الانشراح أو الانقباض تتكون من الحكم العقلي على الأفعال من حيث نفعها أو ضررها، ويرتبط الضمير بفكرة المسؤولية وقناعة الفرد برقابة الله عليه كما توضح في قوله تعالى: ﴿وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ وَنَعْلَمُ مَا تُوَسْوِسُ بِهِ نَفْسُهُ وَخَنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ﴾¹ وكذلك قوله تعالى: ﴿وَمَا مِنْ غَائِبَةٍ فِي السَّمَاءِ وَالْأَرْضِ إِلَّا فِي كِتَابٍ مُبِينٍ﴾² وكذلك قوله تعالى: ﴿اللَّهُ يَعْلَمُ مَا تُسِرُّونَ وَمَا تُعْلِنُونَ﴾³.

✓ الالتزام بالترهيب والترغيب:

وينصب الترهيب على تحذير المسلم من مغبة ما يمكن أن يصيبه في الدنيا والآخرة وقد يمتد ليصيب أولاده وأمواله، وأما الترغيب فينصب على ما يمكن أن يحققه المسلم في الدنيا والآخرة.

✓ الالتزام بوزع من الكفارات:

وتعتبر الكفارات من وسائل تربية الضمير والتهذيب للنفس من خلال الصوم أو إطعام المساكين وغيرها، وينطوي هذا الالتزام على إقرار الفرد بذنبه وتنفيذ العقوبة طوعية منه وترويضها لنفسه على فعل الخير وتجنب المعاصي والذنوب.

✓ الالتزام بوزع من الرأي العام:

ويقصد به تحويل غرائز الفرد نحو الخير العام مثل تحويل حب القتال إلى أعمال الجهاد ومقاتلة الأعداء وتحويل غريزة حب الإسراف نحو البذل والعطاء في سبيل الله وباختصار يعني الرأي العام إبراز الغرائز عند تحولها نحو النفع والخير العام.

✓ الالتزام بوزع السلطان:

ويقصد بالسلطان ما أودعه الله في السلطان الذي أعطاه الله للحكام للبث في القضايا وتحقيق العدالة، وهذا الوزع قد يفسد عندما تكون الحكومة ضعيفة.

1 - سورة ق، الآية 16.

2 - سورة النمل، الآية 75.

3 - سورة النمل، الآية 19.

والالتزام الأخلاقي في الإسلام اختياري بدليل قوله تعالى: ﴿وَهَدَيْنَاهُ النَّجْدَيْنِ﴾¹ وكذلك قوله تعالى: ﴿وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ وَنَهَى النَّفْسَ عَنِ الْهَوَىٰ فَإِنَّ الْجَنَّةَ هِيَ الْمَأْوَىٰ﴾².
وأما القانون الأخلاقي في الإسلام فيستند إلى ثلاث قواعد هي: السلطة . المسؤولية .

الجزاء.

والسلطة هي ما يصدر عنها التكليف أو الأمر وهي إما داخلية نابعة من إحساس الفرد بالالتزام والخضوع لتكليف يلزم نفسه به وإما خارجية إذا خضع الفرد لتكليف من جماعة أو فرد آخر.

وأما المسؤولية في الإسلام فهي مسؤولية وليست ناتجة عن علاقة الرئيس بالمرؤوس ولا تمثل السلطة الرئاسة فقط وإنما مسؤولية كل فرد في الجماعة (كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته) وتتضمن المسؤولية العد الاجتماعي والبعد الأخلاقي اللذين يشكلان المسؤولية الدينية للفرد المسلم. والمسؤولية الأخلاقية تحمل الطابع الشخصي في الإسلام (لا يكلف الله نفسا إلا وسعها) وتتصف المسؤولية الأخلاقية بأنها مرتبطة بالنية التي تسبق الفعل مبنية بذلك الجانب الإداري للفرد في اختيار أفعاله وكذلك المسؤولية الأخلاقية تترتب عند صدور الفعل عن شخص حر الإرادة وبحرية تامة دون إكراه وعندها نستطيع الحكم على فعله بأنه أخلاقي وتتطلب المسؤولية شرط الإعلام الشرعي الذي يعني إبلاغ المكلف بحيث تصبح العلاقة علاقة معرفة.
وخلاصة القول أن المسؤولية الأخلاقية في الإسلام تمثل علاقة شرعية معرفية شخصية إرادية يتحملها الفرد بحرية تامة.

وأما الجزاء فيشمل الجزاء الأخلاقي والجزاء القانوني والجزاء الرباني ويتمثل الجزاء الأخلاقي في الالتزام بالأوامر والانتهاز عن النواهي وأما الجزاء القانوني فيرتبط بالحدود التي يعاقب من يتجاوزها

1 - سورة البلد، الآية 10.

2 - سورة النازعات الآية 40، 41.

والتعزيزات التي تمارس لردع المخالف وإعادةته إلى جادة الصواب وأما الجزاء الإلهي فإننا عاجل في الدنيا وإما آجل في الآخرة.¹

أما السعادة في الإسلام فهي تركز على فكرة العقيدة الإسلامية السمحة التي ترى أن السعادة مرتبطة بسعادة الفرد وسعادة الجماعة وصولاً إلى سعادة المجتمع الإسلامي الذي تسوده العدالة والكفاية لكل أفرادها، فابن الخطيب يرى أن السعادة نتيجة الفضيلة فإذا أقبلت النفس على الفضيلة شعرت بالسعادة ويتفق "ديكارت" الذي يرى أن من يستهدف السعادة يخطئ السعادة والفضيلة ولكن من يهدف إلى الفضيلة يصيبها ويصيب معها السعادة لأنها أي السعادة ناتجة عن الفضيلة.² ويرى "ابن مسكويه" أن الأديان السماوية قد حددت الجانب النظري واكتمال الجانب العملي بسلوك وأفعال الأنبياء، ويرى أن الناس بطبيعتها ثلاثة هم:

- ✓ من الناس من هم أخيار لا يصبحون أشراراً.
- ✓ ومن الناس من هم أشرار لا يصبحون أخياراً.
- ✓ ومن الناس من هم بين الأخيار والأشرار وهؤلاء يصبحون أخيار بالتهذيب وتحلون أشراراً بالإهمال.

والإمام الغزالي يرى أن السعادة تتمثل في الخير الأعظم ويذكر أنواع الخيرات وهي:

- ✓ خيرات النفس وهي أربعة: الحكمة والعفة والشجاعة والعدالة.
- ✓ خيرات البدن وهي أربعة: الصحة والقوة والجمال وطول العمر.
- ✓ الخيرات الخارجية وهي أربعة: المال والأهل والعز وكرم العشيرة.
- ✓ الخيرات التوفيقية وهي أربعة: هداية الله ورشده وتسديده وتأييده.

1 - محمد عبد الله دراز، شرح المسؤولية الأخلاقية والجزاء في القرآن الكريم، 1958، دستور الأخلاق في القرآن، دراسة مقارنة لأخلاق النظرية في القرآن، ط4، بيروت، مؤسسة الرسالة، 1420هـ-1982م، ص 182-193.

2 - عبد العزيز بن عبد الله، الفكر والأخلاق عند ابن الخطيب، ط2، بيروت، دار الغرب الإسلامي، 1983، ص101.

والخير الأعلى في الآخرة هو السعادة والطرق إلى هذا الخير الأعلى من خلال (العلم والعمل)، والعمل شرط للسعادة لأن المراد به تحصيل الفضيلة والعلم هو الشرط الثاني الذي يحقق كمال النفس بمعرفة الحقائق وبخاصة الحقائق الإلهية.¹

ت . أخلاقيات مهنة الطب في السنة النبوية:²

إن الحقيقة الخالصة أنه في فجر الإسلام وبداية دعوة النبي ﷺ حدث شيء على جانب كبير من الأهمية بالنسبة للطب، ذلك أن الرسول الكريم جاء أكبر داعية لصناعة الطب والأطباء وأخلاقياتهم ويهمنا أن نقول أن رسول ﷺ بالإضافة إلى ما قدمه للحضارة الإنسانية من ركائز من الطب النبوي تعتمد عليها وتحيا بها، فإن المعارف الطبية في عصر المصطفى ﷺ قومت على أسس من فرائض وسنن الشريعة الإسلامية العظيمة.

ولقد كان الإعجاز النبوي لرسول الله ﷺ أنه قدم الطب النبوي كعلم وإيمان، كعلم يعالج مرض القلوب ومرض الأبدان من جهة، وإيمان لترسيخ مفاهيم الدعوة الإسلامية والعقيدة والتعاليم الأخلاقية الإسلامية وسننه.

لقد تحدث الرسول الكريم ﷺ في الطب والصحة والمرض من زاوية الفضيلة التي تجمع فضائل الطب والأطباء وممارستهم في إطار أخلاقي هادف، بل إن بعض الكتب التي جمعت أحاديث النبي ﷺ تعتبر بلغة العصر (دائرة معارف للطب النبوي وأخلاقه)، ومن أهم ما جاء من التراث الإسلامي لسنته ﷺ في الطب والتعاليم التي يهتم بها الأطباء والمرضى على حد سواء.

أولا النظافة والتي أعدها ركن من الإيمان، فقد روى عن رسول الله ﷺ أنه قال: « النظافة من الإيمان ».³

1 - المرجع نفسه، ص 100-102.

2 - الدكتور عبد الحميد حمودة، المفهوم الأخلاقي لطب الوقائي والعلاجي في الطب النبوي، دار المعارف، مصر 2001، ص 265.

3 - المرجع السابق ، تخريج الأحاديث، 1، 2، 3، 4، 5، 6.

والمعروف أن من أهم تعاليم الإسلام إيجاد حبل صحيح سليم، لا يتم ذلك إلا بالعناية بالصحة الفردية التي منها يتوصل إلى صحة المجموع، ولذلك أشار الرسول الكريم ﷺ بقوله: «العلم علمان، علم الأبدان وعلم الأديان»¹، وقد قدم رسول الله ﷺ علم الأبدان لأن من لا يتبصر في نفسه لا يتمكن من معرفة ربه غز وجل.

ولقد ورد عليه ﷺ الكثير من الأحاديث التي نصت في هذا الباب منها: قوله: «لولا أن أشق على أمتي لأمرتهم بالسواك قبل كل صلاة»².

وقوله ﷺ: «إذا شرب أحدكم أحكم فلا يتنفس في الإناء.... وإذا أتى الخلاء فلا يمس ذكره ولا يتمسح بيمينه»³، وقوله: ﷺ «لا يبولن أحدكم في الماء الدائم الذي لا يجري ثم يغتسل فيه»⁴.

إذا لقد أمر رسول الله ﷺ بنظافة الجسم بصورة عامة باعتبار أن النظافة أرقى صور الوقاية من الأمراض وأرقى في صور الحضارة الأخلاقية.

كما روي عنه ﷺ في مجال التحذير من العدوى، عن أبيه أنه سمعه يسأل أسامة بن زيد ماذا سمعت من رسول الله ﷺ في الطاعون؟ فقال أسامة: قال رسول الله ﷺ: «الطاعون رجز أرسل على طائفة من بني إسرائيل، وعلى من كان قبلكم، فإذا سمعتم به بأرض فلا تدخلوا عليه وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها فرارا منه»⁵.

وفيها تتجسد أهم معالم التربية الخلقية على الصبر وعدم الضرر بالآخرين.

ومن هنا رأينا من النبي الأمي ﷺ المنهج التربوي الأخلاقي في الوقاية كوجه من أوجه الطبابة والمحافظة على الصحة، أما الجانب العلاجي فلقد تركز المفهوم العلاجي في الطب النبوي إلى قاعدة

- 1

- 2

- 3

- 4

- 5

طبية إيمانية أخلاقية جليلة القدر، وهي ما ورد في قوله ﷺ «لكل داء دواء، فإذا أصيب داء الدواء برأ بإذن الله عز وجل».¹

هذا فيما يخص الجانب التطبيقي في العلاج والطبابة سواء الجانب الوقائي أو العلاجي، كما ركز واهتم عليه الصلاة والسلام بالجانب الأخلاقي لمن يقوم بهذه العملية الشريفة، والتي يجب أن يتحلى بها أهلها وخاصتها من حرفة الطب، وأجلها أهل العلم في ما يلي:

✓ **الكفاءة** : فلا ممارسة لمهنة الطب إلا عن كفاءة وتمام في المؤهلات، يقول رسول الله ﷺ «لا حكيم إلا ذو تجربة»²، ويقول ﷺ أيضا: «إن الله كتب الإحسان في كل شيء»³.

الأمانة في بذل النصيحة والمشورة : بأن استشارة المريض عليه أن يلتزم الأمانة في إبداء المشورة ويحافظ على ما استشير فيه، يقول ﷺ في ذلك: «المستشار مؤتمن»⁴.

المحافظة على السر الطبي وهو أمر أساسي في الحياة العامة فضلا عن المجال الطبي، حيث يطالع الطبيب على كثير من أسرار المريض التي يهمس بها إليه جزء من البحث عن التشخيص والعلاج السليم.

✓ **احترام التخصص المهني** : ولقد حث عليه ﷺ بممارسة إياه عندما نادى للمريض المفؤود الحارث بن كلدة، وعندما دعا إلى توسيد الأمور إلى أهلها بقوله: «إذا وسر الأمر إلى غير أهله فانتظر الساعة»⁵.

أن يذيع الطبيب ما يكتشفه من جديد في العلاج بفميه للفائدة، ولا يحتكر طريقة في العلاج بقصد الكسب منها، ويقول النبي ﷺ بهذا: «لا يحتكر إلا خاطئ»⁶، ويقول: «كاتم العلم العلم ملعون»¹.

- 1

- 2

- 3

- 4

- 5

- 6

- ✓ أن يمنح الطبيب مريضه دفعة روحية : وذلك بالشد من أزرعه وطمأنته، وذلك لما تحدثه هذه الدفعة من أثر حاسم، في إحداث البرء والشفاء، ومن ثم كانت الأوامر الإسلامية في هذا الجانب حيث يقول ﷺ: «شبروا ولا تنفروا»²، وعن أبي سعيد الخدري قال: قال رسول الله ﷺ: «إذا دخلتم على مريض فنفسوا له في أجله فإن ذلك لا يرد شيئا ويطيب نفسه»³.
- عدم الإضرار : وبعدم الإضرار أحد الأركان الأساسية في المجال الطبي سواء كان ذلك في وصف الدواء، أو في إقراره كدواء معتمد، وقد حث الإسلام على ذلك حيث قال النبي ﷺ: «لا ضرر ولا ضرار» وينطبق ذلك على مرحلي العلاج والوقاية التي سبق ذكرها.
- ✓ المسؤولية الطبية: الأثر في كل عمل الإتيان والزم ما يكون الإتيان للعمل الطبي، نظرا لتعامله مع الكيان الإنساني المتصف بالروح والحياة، ولذا كان من الأمثال السائدة «اعمل في هذا عمل من طب لمن حب»⁴، واقترن بذلك مسؤولية الطبيب عن عمله المهني، يقول ﷺ: «من تطب ولم يكن بالطب معروفا فإذا أصاب نفسا فما دونها فهم ضامن»⁵، وقوله في الحديث الذي رواه عمر بن شعيب عن أبيه عن جده «من تطب ولم يعلم منه الطب قبل ذلك فهو ضامن»⁶.
- ✓ الاستقلالية والذاتية : من الأمور التي يجب مراعاتها في الأخلاقيات الطبية، حيث إنها أساس بموجبه كل فرد في المجتمع بالحق في اختيار من يشاء من الأطباء ليقصده للعلاج، بل إن التشريع الإسلامي أعطى المريض الحق في اختيار الطبيب الأكثر مهارة وحذقا، فقد ذكر الإمام مالك أن رجلا في زمن رسول الله ﷺ جرح فاحتقن الدم فجاء بطبيب فلما نظر إليه قال رسول الله ﷺ «أيكما أطب»⁷.

- 1

- 2

- 3

4

5

6

- 7

✓ **العدالة** : ويقصد بالعدالة هنا المساواة في توزيع الخدمات الصحية بحيث لا تكون مقصورة على الأغنياء وذوي النفوذ والجاه، وقد اعتبر الفقهاء مهنة الطب من فروض الكفاية بحيث إذا لم يوجد من يقوم بها عموماً أو لطائفة أو طبقة من الناس كالفقراء مثلاً بأثم المسلمين جميعاً.

الإحسان والرحمة: وقد أمر بهما القرآن الكريم قبل السنة في قوله تعالى: ﴿وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾¹ وهذا عام في كل شيء، أما الرحمة في المجال المهني الطبي فيشير إليها قول النبي ﷺ لطبيب قدم عليه: «... لست بطبيب ولكنك رفيق أي ترفق بالمريض وتتلطف به»²، ويقول ﷺ حثاً لرجل كان يرقى أمن (العقرب) «من استطاع أن ينفع أخاه بشيء فليفعل»³.

تجنب ما حرم الله في العلاج: وذلك تنفيذاً لقول النبي ﷺ: «إن الله لم يجعل لشفائكم فيما حرم عليكم»⁴، ويستثنى من هذا العنصر المتقدم عليه حالات الضرورة الملحة التي يحددها الطبيب المسلم المسلم مع الأخذ في الاعتبار أن الضرورة تقدم بقدرها.⁵

والواقع أن الرسول الكريم ﷺ لم يكن طبيباً بالمعنى الذي نعرفه الآن، ولكنه كان رسولاً ملهماً بالمعاني السامية التي تحمي المرء م وتسدل عليه ثوب العافية نفسياً وطبياً وأخلاقياً، وهو مقيد عليه الصلاة والسلام بتعاليم أنزلت عليه من السماء بآيات قرآنية تتضمن الحرص على صلاح الناس وإصلاحهم في أجسامهم وعقولهم وحالاتهم الاجتماعية.

وهذا هو نفسه أنسب الذي يشدد في وصف الطبيب المسلم بأنه صاحب أعظم مهنة إنسانية في اعتراف الرسول الكريم ﷺ بالطب والأطباء، وحث المسلمين على الاستفادة بكل ما يساعد الإنسان على حفظ صحته وعافيته، وكرامته بحفظ المعاملات الأخلاقية، ضمن إطار ممارسة طبية تحكمها هذه الأخلاقيات.

1 سورة البقرة، الآية 195.

2 -

3 -

4

5 - وهي من قواعد الأخلاقيات الطبية التي سبق ذكرها.

ث. الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية:

(المصدر: منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)

جاء الميثاق الإسلامي على شكل أبواب كالتالي :

1. الباب الأول: أخلاق الطبيب

المادة (01): على الطبيب أن يكون مخلصاً في عمله، متحلياً بمكارم الأخلاق، معترفاً بالجميل لمعلميه ومدرّبيه، وأن لا يكتّم علماً، ولا يتجاهل جهد الآخرين. أما أن عليه أن يكون قدوة في رعاية صحته والقيام بحق بدنه ومظهره العام، وأن يتجنب كل ما من شأنه أن يُخلَّ باحترام المهنة داخل مكان العمل وخارجه.

2. الباب الثاني: واجبات الطبيب نحو المريض

المادة (02): على الطبيب أن يُحسن الاستماع لشكوى المريض ويتفهّم معاناته وأن يُحسن معاملته ويرفق به أثناء الفحص. ولا يجوز له أن يتعالى على المريض أو ينظر إليه نظرة دونية أو يستهزئ به أو يسخر منه، مهما كان مستواه العلمي والاجتماعي. وأياً كان انتماءه الديني أو العرقي وعليه أن يحترم وجهة نظر المريض، ولاسيما في الأمور التي تتعلق به شخصياً، على أن لا يحول ذلك دون تزويد المريض بالتوجيه المناسب.

المادة (03): على الطبيب أن يحرص على المساواة في المعاملة بين جميع المرضى، وأن لا يفرّق بينهم في الرعاية الطبية بسبب تبائن مراكزهم الأدبية أو الاجتماعية، أو بسبب مشاعره الشخصية تجاههم، أو بسبب انتمائهم الديني أو العرقي أو جنسهم أو جنسيّتهم أو لونهم.

المادة (04): على الطبيب أن يتّقي الله في مرضاه، وأن يحترم عقيدة المريض ودينه وعاداته أثناء عملية الفحص والتشخيص والعلاج، أن يحرص على عدم ارتكاب أيّ مخالفات شرعية، مثل الخلوة بشخص من الجنس الآخر، أو الكشف على عورة المريض إلا بالقدر الذي تقتضيه عملية الفحص والتشخيص والعلاج، وبوجود شخص ثالث، وبعد استئذان المريض.

المادة (05): على الطبيب أن يحرص على إجراء الفحوص الطبية اللازمة للمريض، دون إضافة فحوص لا تتطلبها حالته المرضية. وعليه أن يبيّن كل إجراءاته التشخيصية والعلاجية على أفضل ما

يمكن من البينات، وأن يمتنع عن استخدام طرق تشخيصية أو علاجية غير معتمدة، أو غير متعارف عليها، أو غير مُعْتَرَف بها علمياً. أما أن عليه أن يقتصر في وصف الدواء أو إجراء العمليات الجراحية على ما تتطلبه حالة المريض.

المادة (06): على الطبيب أن يحرص على تحري الصدق في إخبار المريض أو من ينوب عنه بالحالة المرضية وأسبابها ومضاعفاتها، وفائدة الإجراءات التشخيصية والعلاجية، وتعريفهم بالبدائل المناسبة للتشخيص أو العلاج، بأسلوب إنساني ولائق ومبسّط وواضح، وذلك بالقدر الذي تسمح به حالة المريض الجسمية والنفسية.

المادة (07): على الطبيب أن لا يتردّد في إحالة المريض إلى طبيب مختص بنوع مرضه، أو إلى طبيب لديه وسائل أكثر فعالية، إذا استدعت حالة المريض ذلك، أو إلى طبيب آخر يرغب المريض في استشارته. ولا يجوز للطبيب أن يتباطأ في الإحالة إذا كان ذلك في مصلحة المريض. وعليه أن يتيح المعلومات المدوّنة بسجله الطبي والتي يعتقد أنها لازمة لعلاج المريض، عند إحالته إلى طبيب آخر، وأن يزوّده بالتقرير الطبي الوافي عن حالته المرضية.

المادة (08): يجوز للطبيب أو أهله دعوة طبيب كفاء آخر أو أكثر على سبيل الاستشارة بعد موافقة الطبيب المعالج، ويجوز للطبيب المعالج أن لا يستمر في علاج الحالة - دون إبداء الأسباب - إذا أصّر المريض أو أهله على استشارة من لا يقبله.

المادة (09): لا يجوز للطبيب الامتناع عن علاج المريض في الحالات الطارئة، ولا الانقطاع عن علاجه في جميع الأحوال، إلا إذا رفض التعليمات التي حدّدها الطبيب، أو استعان بطبيب آخر دون موافقة الطبيب المشرف على علاجه. ولا يجوز للطبيب أن يمتنع عن علاج مريض، ما لم تكن حالته خارجة عن اختصاصه.

المادة (10): على الطبيب أن يستمرّ في تقديم العلاج اللازم للمريض في الحالات الإسعافية حتى تنتفي الحاجة إليه، أو حتى تنتقل رعايته إلى طبيب كفاء.

المادة (11): على الطبيب أن يستمرّ في تقديم الرعاية الطبية المناسبة، للمرضى المصابين بأمراض غير قابلة للعلاج أو مستعصية أو مميتة، ومواساتهم وفتح باب الأمل أمامهم حتى اللحظات الأخيرة من حياتهم.

المادة (12): على الطبيب أن يعمل على تخفيف آلام المريض بكل ما يستطيعه وما يتاح له من وسائل وقائية وعلاجية مادية ونفسية، وعليه إشعار المريض بحرصه على العناية به ورعايته، أما أن عليه أن يستخدم مهاراته في طمأنة المريض والتخفيف عنه.

المادة (13): على الطبيب أن يعمل على تثقيف المريض حول مرضه خصوصاً، وحول صحته عموماً، وحول كيفية حفظه لصحته ووقايته من الأمراض بالطرق المناسبة والفعالة، وذلك بالتثقيف المباشر وجهاً لوجه، أو باستخدام الوسائل الفعالة الأخرى متى توافرت له.

المادة (14): لا يجوز معالجة المريض دون رضاه، إلا في الحالات التي تتطلب تدخلاً طبياً طارئاً ويتعذر فيها الحصول على الموافقة، أو إذا كان مرضه مُعدياً، أو مهدّداً للصحة العمومية، أو كان يشكل خطراً على الآخرين وفقاً للقوانين النافذة. ويتحقق رضاء المريض بموافقة الصريحة أو الضمنية، إن كان كامل الأهلية، أو بموافقة من ينوب عنه قانوناً في حالة كونه قاصراً أو فاقداً للوعي أو فاقداً لأي شرط من شروط الأهلية. ويجب أن تكون الموافقة كتابية مستنيرة مبنية على المعرفة في العمليات والتدخلات الجراحية.

المادة (15): الطبيب مؤتمن على تحريّ البرامج العلاجية المناسبة لحالة المريض، وعليه أن يتأكد من جدوى البرنامج العلاجي قبل تنفيذه أو تطبيقه على المريض. وفي حالة طلب المريض لبرنامج علاج يغير ذي جدوى، فعلى الطبيب أن يقنعه بعدم جدواه.

المادة (16): مع مراعاة ما ورد في المادة (4) على الطبيب أن يحرص على ما يلي عند فحص المريض:

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

ب- التزام الدقّة والإتقان في الفحص الطبي والتشخيص وتخصيص الوقت الضروري لذلك.

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

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

المادة (17): على الطبيب أن يحرص على توافر الشروط الآتية لإجراء العمليات الجراحية:

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

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

ج- أن تجرى الفحوصات والتحاليل المختبرية والشعاعية اللازمة للتأكد من أن التدخل الجراحي ضروري ومناسب لعلاج المريض، والتحقق من أن الحالة الصحية للمريض تسمح بإجراء الجراحة.

د- أن يلتزم الجراح المسؤول عن المريض الجراحي بإجراء العملية الجراحية اللازمة له. ويجوز أن يساعده أحد الأطباء المقيمين بالمستشفى أو غيرهم من الجراحين، ولو بدون موافقة المريض. كما يجوز للجراح أن يفوض مساعده بأداء جوانب معينة من العملية شريطة أن يتم ذلك تحت إشراف الجراح ومساعدته.

المادة (18): على الطبيب تبصير المريض بحالته الصحية والبدائل المتاحة للعلاج إذا كان المريض مدركاً، ولا يجوز للطبيب إرغام المريض على معالجة معينة. كما لا يجوز له أن يرغم المريض على التوقيع على بيانات في الملف الطبي دون رضاه.

المادة (19): على الطبيب في حالة رفض المريض للعلاج أن يشرح له الآثار المترتبة على عدم تعاويه للعلاج، والتطورات المرضية المترتبة على ذلك بصدق وعدم مبالغة، كما أن عليه أن يسجل إقرار المريض، وفي حالة رفضه يوقع الطبيب وأحد أفراد هيئة التمريض على ذلك في الملف الطبي، حتى يُخلى الطبيب مسؤوليته.

المادة (20): في حالة تحويل المريض إلى أي من المؤسسات التي يشارك فيها الطبيب عليه مراعاة ما يلي:

أ - أن تقدم هذه المنشأة خدمات متميزة لا تقل عن غيرها من حيث نوعيتها أو جودتها؛
ب - أن يكون التحويل إلى تلك المنشأة ضرورياً لعدم توافر الإمكانيات العلاجية لحالة المريض، وأن لا يمكن المريض في المنشأة وقتاً أكثر من المطلوب. وفي جميع الأحوال على الطبيب أن يحرص على إعطاء المريض حرية الاختيار.

المادة (21): لا يجوز تخريج المريض من المنشأة الصحية التي يتلقى فيها العلاج، إلا إذا كانت حالته الصحية تسمح بذلك، أو كان ذلك بناءً على رغبته في الخروج رغم تبصيره بعواقب خروجه، على أن يؤخذ إقرار كتابي منه أو من أحد أقاربه حتى الدرجة الرابعة إن كان ناقص الأهلية، وثبت ذلك في السجل الطبي للمريض.

المادة (22): لا يجوز للطبيب إنهاء حياة المريض، ولو بناءً على طلبه أو طلب وليه أو وصيه، حتى ولو كان السبب وجود تشوه شديد، أو مرض مستعصٍ ميؤوس من شفائه، أو آلام شديدة مبرحة لا يمكن تسكينها بالوسائل المعتادة، وعلى الطبيب أن يوصي المريض بالصبر، ويدكره بأجر الصابرين.
المادة (23): على الطبيب أن يتعاون مع غيره من أعضاء الفريق الصحي الذين لهم صلة بالرعاية الصحية للمريض، وإتاحة ما لديه من معلومات عن حالته الصحية والطريقة التي اتبعتها في علاجه كلما طلب منه ذلك.

المادة (24): على الطبيب إبلاغ مريضه مسبقاً بسفره أو غيابه لفترة معينة، وبالتصرف الذي يستطيع اتّباعه في حالة غيابه. وفي جميع الأحوال يجب توافر الطبيب المناسب في حال غياب الطبيب المعالج، بما يضمن استمرار تقديم العلاج للمريض.

المادة (25): إذا دعي الطبيب لمعاينة مريض يعالجه زميل آخر فعليه التقيد بالقواعد الآتية:

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

ب - أن يقوم بطمأننة المريض والتقليل من قلقه واستعمال الحكمة في تحديد ما ينبغي أن يطَّلَع المريض عليه بنفسه وما يتركه للطبيب المعالج؛

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

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

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

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

المادة (26): على الطبيب المكلف بالرعاية الطبية للأشخاص المقيّدة حرّيتهم أن يلتزم بما يلي:

- أ - أن يوفّر لهم رعاية صحية من نفس النوعية والمستوى المتاحين للأشخاص غير المقيّدة حرّيتهم؛
- ب - أن لا يقوم بطريقة إيجابية أو سلبية، بأية أفعال تمثّل مشاركة في عمليات التعذيب وغيرها من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية، أو تمثّل تواطؤاً أو تحريضاً على هذه الأفعال، أو سكوتاً عليها؛
- ج - أن لا يقوم باستخدام معلوماته ومهاراته المهنية للمساعدة في استجواب الأشخاص المقيّدة حرّياتهم على نحو يضرّ بالحالة الصحية الجسمية أو النفسية لهم، أو المشاركة في أيّ إجراء لتقييدهم؛
- د - أن يقوم بإبلاغ السلطات المعنية إذا لاحظ أن الشخص المقيّدة حرّيته قد تعرّض أو يتعرّض لتعذيب أو سوء معاملة.

المادة (27): يعمل الأطباء الذين يقدمون العلاج لمرضى لم يبلغوا سن الرشد على تبصيرهم بطبيعة الإجراء أو التدخّل الطبي، كلّ وفقاً لقدراته.

المادة (28): على الطبيب عند معالجته لطفل مريض أن يكون مدافعاً عن مصلحته إذا قدّر أن حالته الصحية لم يتم استيعابها من قِبَل أهله أو أقاربه، أو لم يقوموا بواجبهم نحوه.

المادة (29): على الطبيب التعامل مع المريض الذي يتعاطى إحدى مواد الإدمان بحرص وجدّية، وعليه تحرّي أفضل السبل لعلاج، سواء في المؤسسات المخصصة لذلك، أو في عيادته الخاصة إذا توافرت لديه إمكانيات العلاج. ويلتزم في ذلك بالقوانين النافذة.

3. الباب الثالث: السرّ الطبيّ

المادة (30): لا يجوز للطبيب أن يفشي سرّاً وصل إلى علمه بسبب مزاولته المهنة، سواء كان المريض قد عهد إليه بهذا السر، أو كان الطبيب قد اطّلع عليه بحكم عمله وذلك فيما عدا الحالات الآتية، وأمثالها مما تنصّ عليه التشريعات الوطنية:

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

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

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

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

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

و- (إذا كان الغرض من إفشاء السر منع تفشّي مرض مُعدٍ يضُرّ بأفراد المجتمع. ويكون إفشاء السر في هذه الحالة للسلطة الصحية المختصة فقط.

المادة (31): على الطبيب عندما يطلب منه المرضى القصّر تلقّي العلاج سرّاً دون إخبار أولياء أمورهم، أن يعمل على التعرف على سبب رغبة المريض في عدم إطلاع أهله على حالته، وأن يشجّع على إشراك الأهل، وأن يعمل على تصحيح المفاهيم الخاطئة لديه.

المادة (32): من حقّ الطبيب أن يعالج المرضى القصر، ومن حقّه أن يُجزم عن التصريح بأي

معلومات قد تؤدي إلى إلحاق ضرر بالقاصر، إلا إذا كانت القوانين النافذة تقضي بغير ذلك.

المادة (33): على الطبيب إخطار المريض والحصول على موافقته المستنيرة المبنية على المعرفة، كتابةً،

قبل تقديم أية معلومات عنه لأطراف أخرى، مثل الباحثين، أو شركات الأدوية، أو مؤسسات جمع البيانات.

المادة (34): من حق المريض أن يحصل على تقرير تفصيلي بحالته الصحية من الطبيب المعالج ومن

واقع معانيته الشخصية. ولا يجوز للطبيب أن يحرر تقريراً طبياً أو يدلي بشهادة في موضوع بعيد عن

تخصّصه، أو بشكل مخالف للواقع الذي توصل إليه من خلال فحصه الشخصي للمريض.

المادة (35): يجوز للطبيب مناقشة حالة المريض والتشخيص والعلاج والتوقعات الخاصة بتطور الحالة

مع محامي المريض، شريطة موافقة المريض أو ولي أمره على ذلك.

المادة (36): يجوز للطبيب الكشف عن معلومات خاصة بحالة المريض لمدوب شركة التأمين، شريطة

موافقة المريض أو من يمثله قانونياً على ذلك كتابةً، وعلى أن يقتصر الكشف على المعلومات المتعلقة

بالبند التأميني فقط. وعلى الطبيب أن يقوم بتبصير المريض بما يترتب على كشفها قبل أن يقوم

بذلك.

المادة (37): على الطبيب وسائر العاملين في المجال الصحي بذل كل جهد ممكن للمحافظة على

سرية جميع التقارير الطبية، بما في ذلك التقارير التي تخزن في ذاكرة أجهزة الحاسوب. ولا يجوز أن يتم

إدخال المعلومات إلى سجل الحاسوب إلا من قبل الأشخاص المخوّلين بذلك وحدهم. ويراعى تحديد

تاريخ وتوقيت أيّ إضافة لمعلومات جديدة، كما يراعى تسجيل اسم من قام بالتعديل أو الإضافة.

المادة (38): يجب إخبار المريض أو من ينوب عنه بوجود نظام تخزين البيانات على الحاسوب بالمنشأة

الصحية، على أن يكون ذلك قبل أن يقوم الطبيب المعالج بإرسال المعلومات لقسم الحاسوب الذي

يتولى تخزينها. كما ينبغي أن تُحدّد مسبقاً جميع الأفراد والجهات التي يمكنها الوصول إلى المعلومات.

ويُعدّ التصريح بكل هذه المعلومات للمريض أمراً ضرورياً للحصول على موافقته. وتبعاً لمدى حساسية

بيانات المريض، يراعى اتخاذ الاحتياطات الأمنية التي تمنع تسرب المعلومات أو وصول أفراد آخرين إليها.

المادة (39): يجب إخبار المريض أو من ينوب عنه قبل توزيع أية تقارير تشتمل على بيانات خاصة به. كما يجب الحصول على موافقة المريض، وإخطار الطبيب المعالج، قبل إرسال أي بيانات أو معلومات خاصة بالمريض إلى أفراد أو منظمات خارج نطاق مؤسسات الرعاية الصحية، بحيث لا يصحّ بإفشاء مثل هذه البيانات لأية جهة دون موافقة المريض.

المادة (40): يقتصر التصريح بأي بيانات طبية سرية على الأفراد والهيئات التي ستتناولها بكتمان شديد، حسب الأنظمة واللوائح النافذة. كما يقتصر إرسال المعلومات الطبية السرية على الوفاء بالغرض الذي تحدد عند طلبها، وتكون محددة بالإطار الزمني لهذا الغرض. ويجب إخطار جميع تلك الهيئات والأفراد أن إفشاء تلك البيانات لهم لا يعني السماح بتمريرها لجهات أخرى، أو استخدامها في أغراض غير التي حُدِّثَتْ عند طلبها.

المادة (41): يجب تزويد الأجهزة الحاسوبية بأنظمة حفظ واسترجاع المعلومات، لتجنب ضياعها حال حدوث خلل في البرامج أو عطل في مخدم الحاسوب . *server* وإذا تمَّ إلغاء أحد الملفات فيجب إعطاء صورة مطبوعة منها للطبيب المعالج أولاً.

المادة (42): يجوز تحوُّ المعلومات المخزَّنة على الحاسوب أو التخلص منها، حال التأكد من حيَازة الطبيب لصورة لها (مطبوعة أو مختزنة على حاسوب أو على اسطوانة). وعند تحوُّ الملفات يجب أن يقوم قسم الحاسوب بإخطار الطبيب كتابياً بإتمام عملية الحو، ويحق للمريض طلب تحوُّ بعض المعلومات الخاصة به في إطار القوانين النافذة.

المادة (43): يجب اتخاذ كافة التدابير الصارمة التي تمنع الوصول إلى قاعدة البيانات، بما في ذلك وضع النظم الرقابية اللازمة لاكتشاف محاولات النفاذ إلى قاعدة البيانات من جانب أي فرد أو جهة ليس لهم الحق في ذلك.

4. الباب الرابع: واجبات الطبيب تجاه المجتمع

المادة (44): على الطبيب أن يكون عضواً حيوياً في المجتمع، يتفاعل معه ويؤثّر فيه ويهتم بأموره، وأن

يوظّف كل طاقاته وإمكاناته لخدمة المجتمع في المجال الصحي، وأن يكون عمله دائماً ابتغاء مرضاة الله، وأن لا ينخرط في أية ممارسات أو سلوكيات غير أخلاقية أو تضر بالمجتمع.

المادة (45): على الطبيب أن يساعد المجتمع في التعامل مع عناصر تعزيز الصحة والوقاية من المرض وحماية البيئة الطبيعية والاجتماعية، وأن يكون على مستوى المسؤولية في قيامه بالتوعية والتثقيف الصحي للمجتمع.

المادة (46): على الطبيب أن يجتهد في استخدام مهاراته ومعلوماته وخبراته لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع.

المادة (47): على الطبيب أن يحرص على المحافظة على الموارد الصحية، البشرية منها والمادية، وعلى استخدامها بالطريقة المثلى.

المادة (48): على الطبيب، ولاسيما إذا كان في موقع المسؤولية، أن يشارك بفاعلية وإيجابية في سَنّ الأنظمة، ورسم السياسات الصحية، وحل المشكلات الصحية.

المادة (49): على الطبيب في حالات الأمراض السارية أن يلتزم باتباع التنظيمات الصحية الموضوعة لذلك، بما في ذلك الإبلاغ عن هذه الحالات للجهة المختصة واتخاذ ما يلزم من إجراءات.

5. الباب الخامس: القضايا الاجتماعية

استثمار الموارد الصحيّة:

المادة (50): على الأطباء توظيف ما لديهم من خبرات مهنية للمشاركة في عملية اتخاذ القرارات الخاصة بتوزيع الموارد الطبية المحدودة أو ترشيد استهلاكها، بما يكفل حماية مصلحة المريض وبما يضمن تحقيق مبدأ العدالة والمساواة.

المادة (51): يجب أن تستند عملية اتخاذ قرارات توزيع الموارد الصحية المحدودة على معايير طبية وأخلاقية، ترتبط بما تستدعيه الحالة الصحية للمريض. وتتضمن هذه المعايير: مدى الاحتياج لهذه الموارد، ومدة العلاج، واحتمال وقوع الوفاة، وفي بعض الحالات حجم الموارد اللازمة لنجاح العلاج.

المادة (52): يجب أن يتمسك الطبيب بدوره كراعٍ للمريض مهمته حماية مصلحته، باذلاً الجهد في الدفاع عن المريض في احتياجه للعلاج.

المادة (53): يحق للمرضى الذين يُجْزَمون من الحصول على بعض الموارد الصحية أن يَطلَّعوا على سبب ذلك. فسياسات التحكُّم في الموارد الصحية النادرة التي تتبنَّها بعض المؤسسات يجب أن تكون معلومة للجميع. كذلك ينبغي أن تخضع مثل هذه السياسات لمراجعة الجهات الرقابية من وقت إلى آخر.

المادة (54): لا يجوز للطبيب أن يتَّخذ قراراته المتعلقة بإدخال المريض إلى المستشفى أو القيام بأي إجراءات تشخيصية أو علاجية بغرض الربح المادي دون النظر إلى حاجة المريض الفعلية.

المادة (55): يتعين على الأطباء أن يصفوا الأدوية والأدوات والتجهيزات الطبية وغيرها من أشكال العلاج المعتمدة، استناداً إلى الاعتبارات الطبية واحتياجات المرضى فقط، وليس تحت أي نوع من الضغوط. ولا يجوز للطبيب أن يقبل عروضاً من طرف آخر.

المادة (56): يجدر بكل طبيب أن يعمل على اقتراح السياسات التي ترمي إلى تحقيق العدالة في توفير المستوى الملائم من الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع.

المادة (57): عند اختيار الإجراءات والطرق الوقائية والعلاجية التي تضمن تحقيق مستوى ملائم من الرعاية الصحية، يلتزم الأطباء بمراعاة الاعتبارات الأخلاقية الآتية:

أ - مدى استفادة المريض من البرنامج العلاجي؛

ب - احتمال استفادة المريض من العلاج؛

ج - مدة هذه الاستفادة؛

د - تكلفة العلاج؛

هـ - عدد المرضى الذين سيستفيدون من العلاج.

مرضى الإيدز وسائر الأمراض السارية:

المادة (58): من حق المصاب بعدوى مرض الإيدز أو غيره من الأمراض السارية، أن يَمكن من العلاج والرعاية الصحية اللذين تتطلبهما حالته الصحية، مهما كان سبب إصابته بالعدوى. وعلى الطبيب أن يلتزم بعلاجه متخذاً من الاحتياطات ما يقي به نفسه وغيره.

المادة (59): على الطبيب توعية المصاب بعدوى الإيدز أو غيره من الأمراض السارية، بكيفية الحفاظ على حالته من مزيد من التدهور، وكفّ العدوى عن الآخرين.

المادة (60): على الطبيب الذي يعلم أنه إيجابي المصل لمرض الإيدز أو غيره من الأمراض السارية، أن لا ينخرط في أيّ نشاط من شأنه المجازفة الواضحة بنقل المرض إلى الآخرين.

المادة (61): مع مراعاة أحكام الفقرة (د) من المادة (28)، على الطبيب إبلاغ أحد الزوجين في حالة إصابة الزوج الآخر بالإيدز أو غيره من الأمراض السارية، حسب الأنظمة المتبعة.

تيسير الموت أو قتل المرحمة:

المادة (62): لحياة الإنسان حرمتها، ولا يجوز إهدارها إلا في المواطن التي حدّدها الشرع والقانون، وهذه جميعاً خارج نطاق المهنة الطبية تماماً. ولا يجوز للطبيب أن يساهم في إنهاء حياة المريض ولو بدافع الشفقة، ولا سيّما في الحالات الآتية مما يُعرف بقتل المرحمة:

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

ب - الانتحار بمساعدة الطبيب؛

ج - القتل العمد للولدان المولودين بعاهات خلقية قد تهدّد حياتهم أو لا تهددها.

المادة (63): لا تدرج الحالات التالية (على سبيل المثال) في مسمّى قتل المرحمة:

أ - وقف العلاج الذي يثبت عدم جدوى استمراره بقرار من اللجنة الطبية المختصة بما في ذلك أجهزة الإنعاش الاصطناعي؛

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

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

الإجهاض:

المادة (64): لا يجوز للطبيب إجهاض امرأة حامل إلا إذا اقتضت ذلك دواع طبية تهدد صحة الأم وحياتها. ومع ذلك يجوز الإجهاض إذا لم يكن الحمل قد أتم أربعة أشهر وثبت بصورة أكيدة أن استمراره يهدد صحة الأم بضرر جسيم، على أن يتم إثبات هذا الأمر بقرار من لجنة طبية لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة أخصائيين، يكون بينهم أخصائي ملتم بنوعية المرض الذي أوصي من أجله

بإنهاء الحمل، يقومون بإعداد تقرير يوضحون فيه نوع الخطورة المذكورة المؤكدة التي تهدد صحة الأم فيما لو استمر الحمل. وفي حالة التوصية بضرورة الإجهاض يوضح ذلك للمريضة وزوجها أو وليها، ثم تؤخذ موافقتهم الخطية على ذلك.

نقل الأعضاء :

المادة (65): عملية نقل الأعضاء من متبرّع حي أو من جثة ميت، من أهم وسائل إحياء النفس التي يتجلى فيها توادُّ أفراد المجتمع وتراحُمهم وتعاطُفهم، على أن تُراعى فيها الضوابط الأخلاقية.

المادة (66): لا يجوز للأطباء الذين أعلنوا وفاة شخص يحتمل تبرّعه بأعضائه، أن يشاركوا بشكل مباشر في استخراج هذه الأعضاء منه، أو في إجراءات زرعها بعد ذلك في غيره، أو أن يكونوا مسؤولين عن رعاية المرضى الذين يُحتمل أن يتلقَّوا هذه الأعضاء.

المادة (67): على الطبيب قبل إجراء عمليات نقل الأعضاء وفقاً للتشريعات النازمة لذلك، أن يقوم بتبصير المنقول منه بالعواقب والمخاطر التي قد يتعرّض لها نتيجة لعملية النقل، وعليه أن يحصل منه على الإقرار الكتابي الذي يفيد علمه بكافة العواقب في هذا الشأن قبل إجراء العملية.

المادة (68): لا يجوز أخذ أي عضو من جسد حي قاصر لزرعه في شخص آخر. وقد تُستثنى من ذلك الأنسجة المتجدّدة إذا نصّت على ذلك القوانين الوطنية النافذة.

المادة (69): لا يجوز أن يكون الجسد البشري وأجزاؤه محلاً لمعاملات تجارية، ويحظر الاتجار في الأعضاء أو الأنسجة أو الخلايا أو الجينات البشرية. كما يُحظر الإعلان عن الحاجة إلى أعضاء أو عن توافرها لقاء ثمنٍ يُدفع أو يُطلب. ولا يجوز للطبيب بأي حال من الأحوال المشاركة في أيٍّ من هذه الأعمال. كما يُحظر على الأطباء وسائر المهنيين الصحيين القيام بعمليات لنقل الأعضاء أو المشاركة فيها، إذا وُجد رجحان لديهم أن الأعضاء المطلوب نقلها كانت محلاً لمعاملات تجارية.

المادة (70): على الطبيب القائم بإجراء عملية نقل الأعضاء أن يضمن توفير الرعاية الطبية الكاملة للشخص المنقول منه، بما يكفل عدم الإضرار به نتيجة هذا النقل بأي شكل من الأشكال.

المادة (71): يُحظر على الأطباء زرع الخصية أو المبيض.

حالات العنف:

المادة (72): للطبيب إبلاغ السلطات المعنية عن حالات العنف التي يطلع عليها بحكم عمله، ولاسيما إذا كان المريض قاصراً، أو امرأة، أو شخصاً عاجزاً عن حماية نفسه بسبب التقدم في السن أو بسبب المرض الجسدي أو النفسي، إذا قدر أن ذلك سيمنع مزيداً من العنف الجسدي أو النفسي.

6. الباب السادس: الإعلان والإعلام

المادة (73): يقصد بالإعلان والإعلام أن يقوم الطبيب، مباشرة أو بالواسطة، باستخدام وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة، المتعارف عليها (كالجرائد والمجلات والإذاعة المرئية والمسموعة والبريد العادي والإلكتروني) وغير ذلك من وسائل الإعلان لبث معلومات غايتها التعريف بالطبيب واختصاصه وخبرته.

المادة (74): يجوز أن يشتمل الإعلان على الشهادات والتخصصات التي حصل عليها الطبيب، وعلى تاريخه المهني وخبراته السابقة وما إلى ذلك من المعلومات الموضوعية غير المضللة.

المادة (75): لا يجوز أن يشتمل الإعلان أو الإعلام على معلومات تهدف إلى تضليل المتلقي، أو تزيف الحقائق، أو إخفاء الآثار الجانبية للعلاج، أو أن يكون فيه ما يُخل بالآداب العامة.

المادة (76): لا يجوز للطبيب أن يدّعي لنفسه أو منشأته مهارات وخدمات تشخيصية أو علاجية ليس مؤهلاً لها وليس مرخصاً له بمزاوتها.

المادة (77): لا يجوز للطبيب أن يستغل جهل المرضى بالمعلومات الطبية، فيضلّلهم بادّعاء إمكانه القيام بإجراءات تشخيصية أو علاجية لا تستند إلى دليل علمي، أو بعرض ضمانات بشفاء بعض الأمراض. ويجب أن تقتصر المادة الإعلانية على المعلومات الحقيقية فقط دون مبالغة، وأن تخلو من عبارات توهي بالتفوق على الآخرين أو الحط من قدراتهم بأي شكل كان.

المادة (78): على الطبيب أن يضيف إلى اسمه مؤهلاته وعنوانه وطريقة الاتصال به في أي دليل طبي محلي أو وطني أو في غير ذلك من المطبوعات المشابهة. ويجوز للأطباء والاختصاصيين العاملين في القطاع الخاص، إبلاغ زملائهم والمنشآت الصحية الأخرى عن الخدمات التي يقدمونها والممارسة التي يزاولونها.

المادة (79): مع أن من الواجب تشجيع التوسع في استخدام وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية في التثقيف الصحي والتوعية الصحية، فإن من الضروري اتخاذ جميع الاحتياطات التي تكفل عدم إساءة استعمال هذه الوسائل في الدعاية للطبيب بشكل ينافي ضوابط الإعلان الآنف الذكر.

المادة (80): على الأطباء الذين يعملون في منشآت صحية أو عيادات متخصصة، تجنب الدعاية للخدمات التي تقدمها الجهات التي يعملون بها أثناء الحديث في وسائل الإعلام أو كتابة المقالات أو ما إلى ذلك.

7. الباب السابع: واجبات الطبيب نحو المؤسسة التي يعمل بها

المادة (81): على الطبيب أن يحافظ على سمعة وكرامة المؤسسة التي يعمل بها، وأن يساهم مساهمة فاعلة في تطوير أدائها والارتقاء بها.

المادة (82): على الطبيب أن يكون ملتزماً بالقوانين واللوائح والأنظمة والتعليمات النافذة فيها.

المادة (83):

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

8. الباب الثامن: العلاقات مع الزملاء

المادة (84): على الطبيب أن يحرص على حُسن التصرف مع زملائه، وأن يبنى علاقته بهم على الثقة المتبادلة والتعاون البناء وأن يتجنب نقدهم المباشر أمام المرضى، وأن يبذل جهده في تعليم الأطباء الذين يعملون ضمن الفريق الطبي أو من هم تحت التدريب. وعليه أن يتوخى الدقة والأمانة في تقويمه لأداء من يعملون معه أو يتدربون تحت إشرافه، فلا يخس أحداً حقه، ولا يبالغ في مدحه والثناء عليه، ولا يساوي في التقييم بين المجتهد والمقصر.

المادة (85): إذا اعتقد الطبيب أن التدخل الطبي من أحد زملائه أو رؤسائه من شأنه التأثير على سلامة ممارسته الطبية، أو خشي حصول ضرر للمريض من قبله، فعليه إبداء رأيه للزميل أو الرئيس مشافهةً. وفي حالة عدم الاتفاق يُرفع الأمر كتابةً إلى الجهة المختصة للنظر فيه واتخاذ القرار المناسب.

المادة (86): لا ينبغي للطبيب أن يتقاضى أجراً مقابل علاج زميل له.

المادة (87): لا يجوز للطبيب أن يسعى لمزاحمة زميل له بطريقة غير شريفة في أي عمل متعلق بالمهنة.

المادة (88): على الطبيب تسوية أيّ خلاف قد ينشأ بينه وبين أحد زملائه بسبب المهنة بالطرق الودّية؛ فإن لم يُسَوَّ الخلاف، يبلغ الأمر إلى الجهة المختصة للفصل فيه.

المادة (89): إذا حلَّ طبيبٌ محلَّ زميل له في عيادته بصفة مؤقتة، فعليه أن لا يحاول استغلال هذا الوضع لصالحه الشخصي، كما يجب عليه إبلاغ المريض قبل بدء الفحص بصفته، وأنه يحل محل الطبيب صاحب العيادة بصفة مؤقتة.

المادة (90): إذا دُعي طبيبٌ لعيادة مريض يتولى علاجه طبيبٌ آخر تعذّرت دعوته، فعليه أن يترك إتمام المعالجة لزميله بمجرد عودته، وأن يبلغه بما اتَّخذه من إجراءات، ما لم يرَ المريض أو أهله استمراره في المعالجة.

المادة (91): لا يجوز للطبيب أن يفرض على أيّ من زملائه أجراً إلا إذا اشترك معه في الاستشارة أو العلاج بالفعل.

المادة (92): على الطبيب أن يحترم زملاء المهنة من غير الأطباء، وأن يقدر دورهم في علاج المريض أو العناية به، وأن يتجنّب تقديمهم أمام المرضى، وأن يبني علاقته بهم على الثقة المتبادلة والتعاون البناء بما يخدم مصلحة المرضى، وأن يبذل الجهد في تعليمهم وتدريبهم والتأكد من التزامهم بأخلاقيات المهنة.

المادة (93): على الطبيب في تعامله مع أفراد الهيئة الطبية المساعدة أن يلتزم بما يلي:

- أ - أن يحترمهم ويوقرهم وأن يبدي ملاحظاته المهنية لهم بطريقة لائقة؛
- ب - أن يقوم بإصدار تعليماته العلاجية كتابةً، وبصورة واضحة، وأن يتأكد من تنفيذها ما أمكن ذلك؛

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

د - أن يساعد ويساهم في تقدّمهم العلمي والمهني.

9. الباب التاسع: حقوق الطبيب

المادة (94): من حق الطبيب أن يوفر له المجتمع وسائل التدريب والتأهيل العلمي، ووضع النظم التي

تكفل ضمان جودة المؤسسات الصحية وأدائها وفقاً للمعايير العالمية المتعارف عليها.

المادة (95): من حق الطبيب أن تُتاح له فرص التعليم والتدريب الطبي المستمر، وذلك من خلال المؤتمرات والندوات واللقاءات العلمية والمكتبات والبعثات الدراسية ودورات صقل المعلومات والمهارات وغيرها. وعليه أن يحرص على متابعة أحدث التطورات المهنية في مجال تخصصه، وأن لا يتوانى عن التفاعل معها.

المادة (96): من حق الطبيب أن يُعامل بما يستحقه من احترام وتقدير، وأن توفر له جميع الحقوق المدنية التي يتمتع بها غيره من الأشخاص الطبيعيين، وأن لا يُوقف عن ممارسة المهنة إلا في حدود القانون، وأن تُصان كرامته أثناء أي إجراء تحقيقي أو قضائي، وأن توفر له الحماية القانونية وحقوق الدفاع عن نفسه في حالة ارتكابه لأيّ خرق لأحكام القانون.

المادة (97): الطبيب مسؤول تجاه المريض عن بذل العناية اللازمة وليس مسؤولاً عن تحقيق الشفاء.

المادة (98): في حالة أداء الطبيب عمله مقابل أجر مباشر يجوز الاتفاق بينه وبين المريض على ربط استحقاق المقابل بحصول البرء.

المادة (99): لا يجوز إكراه الطبيب مادياً أو معنوياً أو إجباره على أداء عمل أو الامتناع عن عمل يتعلّق بممارسة مهنته إلا في حدود القانون. ولا يجوز إرغامه على الشهادة بما يخالف ضميره.

المادة (100): للطبيب أن يقوم بإحالة المريض من أجل التشخيص أو العلاج إلى طبيب آخر أو إلى منشأة صحية أخرى وفقاً للوائح النازمة لهذا التحويل مع مراعاة ما يلي:

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

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

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

المادة (101): من حق الطبيب على أفراد الهيئات الصحية المساعدة في تنفيذ توجيهاته ومناقشته للاستيضاح كلما أمكن لهم ذلك، وأن يلتزموا بحدود المهنة في مجال تخصصهم دون تجاوز.

10. الباب العاشر: واجبات الطبيب تجاه مهنته

المادة (102): على الطبيب أن يحافظ على شرف مهنته، ويلتزم بمعايير مزاولتها ويعمل على الارتقاء بها، وأن يساهم بصورة فعّالة في تطويرها علمياً ومعرفياً من خلال الأبحاث والدراسات وكتابة المقالات والتعليم والتدريب المستمر.

المادة (103): على الطبيب في تعامله مع المريض، أن يتجنّب كل ما يخل بأمانته ونزاهته، وكل ما من شأنه الإساءة لمهنة الطب، وأن لا يخسر ثقة المريض باستخدام أساليب الغش أو التدليس، أو إقامة علاقات غير طبيعية معه أو مع أحد من أفراد عائلته، أو التكبُّب المادي بطرق غير مشروعة. كما أن عليه أن يتجنّب السعي إلى الشهرة على حساب أخلاقيات المهنة وأصولها.

المادة (104): على الطبيب أن يُدلي بشهادته أمام السلطات المختصة كلما طُلب منه ذلك. وعليه أن يقوم بتحرير التقارير الطبية بأمانة ودقة وفقاً للنُظم المعمول بها.

المادة (105): على الطبيب المصاب بمرض من الأمراض السارية *communicable* أن يتوقّف عن مزاوله أي نشاط من شأنه المجازفة بنقل المرض إلى مرضاه أو زملائه أو غيرهم. وعليه في هذه الحالة أن يستشير السلطة المختصة بالمنشأة الصحية لتحديد المهام التي يقوم بها.

المادة (106): على الطبيب أن لا يحيل المريض إلى معالج بالطب التكاملي ما لم يكن هذا المعالج حاصلاً على ترخيص لممارسة المهنة من السلطة الصحية المختصة.

المادة (107): على الطبيب أن يكون نموذجاً في المحافظة على صحته وكل سلوكياته وأن يتّخذ جميع الاحتياطات اللازمة لحماية نفسه من جميع الأخطار المحتملة أثناء ممارسته للمهنة.

المادة (108): لا يجوز للطبيب أن يأتي عملاً من الأعمال الآتية:

أ - الاستعانة بالوسطاء أو الوسائل غير المشروعة في مزاوله المهنة سواء كان ذلك بأجر أو بدون أجر؛

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

- ج- طلب أو قبول مكافأة أو أجر من أي نوع كان، نظير التعهد أو القيام بوصف أدوية أو أجهزة معينة للمرضى، أو نظير إرسالهم إلى منشأة صحية أو مصحة علاجية أو دار للمريض أو صيدلية أو أي مكان محدد لإجراء الفحوص والتحليل الطبية أو لبيع المستلزمات أو المعينات الطبية، أو أن يعمل وسيطاً بأجر لطبيب آخر أو منشأة صحية بأي صورة من الصور.
- د- القيام بإجراء استشارات طبية في محل تجارية أو ملحقاتها مما هو معد لبيع الأدوية أو الأجهزة أو التجهيزات الطبية، سواء كان ذلك بالمجان أو نظير مرتب أو مكافأة؛
- هـ- القيام باستشارات طبية من خلال شركات الاتصالات المحترفة لهذا النوع من الاستشارات؛
- و - القيام ببيع أي أدوية أو وصفات أو أجهزة أو مستلزمات طبية في عيادته - أو أثناء ممارسته للمهنة بغرض الاتجار -

المصدر: منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

رابعا : المفاهيم الأخلاقية في العصر الحديث :

أ. أخلاقيات الواجب والحقوق الأخلاقية :

يمثل فكر (كانت) الأخلاقي اتجاهها مغايرا للاتجاهات الفكرية التي اعتبرت الخير في اللذة واعتبر "أمانويل كانت" (1724-1804م) أن موضع الدين الإرادة وليس العقل وأنه أم يؤيد الإيمان بالعمل، وهذا الاعتقاد مستمد من الديانة البروتستانتية المتصلة بالعقيدة الوثني.

استبعد (كانت) اللذة والمنفعة والسعادة كغاية قصوى لأفعال الإنسان لرغبته في تحرير السلوك الإنساني من القيود والأهواء واعتبر الباعث على فعل الخير يكمن في الإرادة وبذلك أقام الأخلاق على مبدأ الواجب.

ويعتقد (كانت) أن أفعال الإنسان لا تكون خيرا إلا إذا كانت صادرة عن واجب وليس عن ميل أو رغبة في تحقيق مصلحة شخصية ومحافظة الإنسان على حياته واجب والإحسان واجب ومحبة

الجار واجب وغرس العواطف النبيلة في النفس واجب وتعريف الواجب بأنه: (ضرورة القيام بفعل عن احترام للقانون)¹.

وسمات الواجب عند (كانت) ثلاثة هي:

1. الواجب تشريع وقاعد شاملة وتكمن قيمته في صميم نفسه بصرف النظر عن المنفعة أو الفائدة أو الكسب المادي.

2. لا يطلب الواجب لتحقيق منفعة أو بلوغ سعادة.

3. الواجب قاعدة غير مشروطة للفعل وهو سابق للفعل أو التجربة.

ويشترط للواجب حرية الإرادة للفعل وشعور الإنسان بالواجب مجرداً من آثار الوراثة وقيود

البيئة وهذا الشعور الملزم يحتم عليه أن يتصرف وفقاً لمبدأ (ويعني مبدأ الواجب). وكل حق يستلزم

واجباً على مستويين، فحق التملك يفرض على الناس احترام حق الشخص في الملكية ويستوجب

الإخلال بهذا الحق نفاذ القانون بالعقوبة على المعتدي. وواجب على صاحب الملكية أن يستخدم ما

يملك في خيره وخير الناس ولكن إهمال ملكيته لا يترتب عليه عقوبة من القانون². وهنا يأتي دور

الأخلاق التي تفرض عليه استناداً لإحساسه بمبدأ الواجب أن يصون الملكية ويستخدمها لخيره وخير

الأمة. ومبدأ الواجب يعمل عندما يقف القانون عن العمل.

وأخلاق الواجب تقيم الأخلاق على فكرة الواجب والإرادة ويذهب البعض إلى تعريف الخلق

بأنه " عادة الإرادة الحرة"³. ويلخص مانيويل فالزكوز نظرية (كانت) للحقوق والواجبات بأنها تستند

إلى الأمر القاطع⁴. (*Categorical Imperative*) الذي يتطلب أن يعمل كل شخص كشخص

حر ومساو لكل شخص آخر. وكل فرد له الحق في مثل هذه المعاملة وعليه واجب معاملة الآخرين

بنفس الأسلوب باعتبارهم أحراراً ومتساوين.

1 - مصطفى حلمي - الأخلاق بين المفكرين والحكماء في الإسلام - القاهرة، دار الثقافة العربية 1986، ص 101-105

2 - - عبد الله طلفاح - كيف السبيل إلى الأخلاق - الجزء العاشر، بغداد: دار الحرية لطباعة 1982، ص 134، 138

3 - المرجع السابق - محمود حمدي زقزوق، ص 56

4- *velasquez . manuel G Business Ethics Concepts n.j prentice - Hall inc 1992. pp*

ويركز مبدأ الأمر القاطع على دعامتين هما : أولى وقد أطلق عليها تعبير (*Maxim*) وتستند إلى العقل (*Reason*) وتعني أنه من المفروض ألا أتصرف إلا بطريقة يكون بها تصرفي سببا في تكوين قانون أخلاقي عام . وأن أي عمل يعتبر أخلاقيا في موقف معين إذا كان سبب الفرد في القيام بهذا العمل سببا يرغب أن يكون لدى الآخرين في المواقف المشابهة.

والدعامة الثانية " لمبدأ الأمر القاطع " أن يتصرف الإنسان بطريقة كأنه يتعامل مع الإنسانية بشخصه أو بأشخاص الآخرين كغاية وليست وسيلة وكذلك أن لا يتعامل مع الناس كوسائل فقط لتحقيق غاياته ولكن كغايات بالإضافة للوسيلة وبنفس الوقت . ويترب على الدعامة الثانية فكرتان هامتان:

فالأولى احترام حرية كل شخص والتعامل معه كما يرغب هو بمحض إرادته ودون إكراه. أما الثانية تطوير قدرة الفرد المؤدية لاختيار أهدافه التي يسعى لتحقيقها بحرية تامة وتشكل الدعامة الثانية القاعدة لاعتبار الأفراد أحرارا ومتساوين في متابعة مصالحهم وتحديد هذه المصالح وبالتالي الحقوق الأخلاقية للأفراد.

وخلاصة القول أن (كانت) أقام الأخلاق على فكرة الواجب وحدها وعلى الإرادة التي تخضع للواجب. وخالف سابقه الذين أقاموا الأخلاق على أساس الغرض الأسمى أو السعادة. وتعتبر مساهمة (كانت) بأنه رفع مقام الإنسان فوق اللذة والشهوة الإنسانية هي الغاية وأن اعمل الذي يصدر بدون وحي الضمير وقوة الإرادة الحرة وصوت الأمر القاطع المطلق المجرد من الغاية والمنفعة هو عمل ليس من الخير في شيء.

ب. الأخلاق الاجتماعية :

ظهر هذا الاتجاه في القرن التاسع عشر والقرن العشرين وهو محاولة من العلماء الوضعيين الذين سبق الحديث عنهم أن يقيموا الأخلاق على أساس علم الاجتماع والواقع الثابت واعتبار أن أساس الأخلاق يستند إلى مثل العليا مستمدة من الجماعة. وهذه بعض ملامحها :

1. الجماعة هي أصل الحقائق الأخلاقية لأنه لا وجود للأخلاق دون وجود الجماعة.

2. يجب دراسة الوقائع والحقائق لتحديد ما هو متغير أو ثابت منها.

3. الأخلاق ليست مستمدة من الدين وحده .

4. الأخلاق تقوم على الحقائق الأخلاقية والواقع الذي يخضع للمشاهدة والتجربة وقد استعرضنا من أعلام هذا الاتجاه أوجست كونت وإميل دور كايم الذين يمثلون الفكر الوضعي المعاصر الحديث.

ت. الأخلاقيات الطبية :

لقد قامت الشريعة بالاهتمام بالجانب الأخلاقي في كل مجالات الحياة ومنها المجال الطبي باعتبارها من أهم الأسس الثابتة التي يقوم عليها المجتمع السليم .

وبما أن الطبيب يعمل مع جسم الإنسان وهو عمل في منتهى الخطورة فلا بد أن يراعي في عمله كل ما أمر الله به ويحتمل كل ما ينهى عنه ليصير عمله عبادة وحتى يكون محلاً لثقة المرضى الذين يتعاملون معه وإلا أحجم الناس عن التداوي فالله تعالى ما رخص في ممارسة مهنة الطب إلا للمحافظة على النفس وكل عضو من أعضاء البدن التي يملك التصرف فيها بمقتضى عمله ، والأخلاق هي التي توجه لسلوك الطبيب نحو عمل ما فتمنعه من الوقوع في المحذور، لذا فإن هذا الفصل سيتناول في مطلبين:

الأول: المقصود بالأخلاقيات الطبية:- حقيقة الأخلاق.

الثاني: الدور الذي أولاه التشريع الإسلامي وفقهاؤه للجانب الأخلاقي في الإنسان

الأول: المقصود بالأخلاقيات الطبية وفيه نتطرق إلى حقيقة الأخلاق.

1. حقيقة الأخلاق من منظور علماء اللغة :

الأخلاق جمع خلق بضم اللام وسكونها وتعني السجية والطبع والعادة والمروءة والدين وهي عبارة عن صورة الإنسان الباطنية وهي نفسه وأوصافها ومعانيها قال تعالى: ﴿وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلُقٍ عَظِيمٍ﴾¹ وقال ﷺ: " ما من شيء أثقل في ميزان المؤمن يوم القيامة من خلق حسن فإن الله تعالى لبيغض الفاحش البذيء"² وقد روى: " أن النبي ﷺ كان يأمر بمكارم الأخلاق".¹

1 - سورة القلم الآية 04

2- الجامع الصحيح سنن الترمذي لأبي عيسى محمد بن عيسى بن سورة ص 553 المتوفى 279هـ - الطبعة الأولى 1421 - 2000 - دار إحياء التراث العربي .

فالأخلاق عبارة عن: مجموعة من العبادات والمثل والعواطف تجعل أفعال الفرد ثابتة نسبياً ويمكن توقع صدورهما عنه²، أوهي عبارة عن: هيئة للنفس راسخة تصدر عنها الأفعال بسهولة ويسر من غير حاجة إلى فكر وروية.³

والفعل الأخلاقي هو الفعل الذي يتفق وقواعد الأخلاق والسلوك القويم المقرر في المجتمع.⁴

● حقيقة الأخلاق من منظور علماء الشريعة الإسلامية :

* - ذهب علماء العقيدة والفلسفة إلى: أن تعريفات الأخلاق تتنوع وتعدد تبعاً لاختلاف وجهات النظر في موضوعها.

✓ فمن جعل الأخلاق عامة تتضمن الإيجابي والسلبي من السلوك عرفها بأنها: (علم تحليل السلوك الإنساني من حيث بواعثه وأهدافه مع دراسة الإرادة الإنسانية والمسؤولية الخلقية وركنيتها الفعل والاختيار)⁵.

✓ ومن جعلها خاصة بالأحكام التي تقوم السلوك البشري عرفها بأنها: (علم يدرس عادات وأعراف وسجايا الإنسان ومبادئه التي يتصرف ويسلك وفقاً لها واضعاً في اعتباره ما هو شر وما هو خير ، وما هو خاطئ وما هو صائب، أو هي العلم الذي يحكم السلوك الإنساني أنه صائب أو خاطئ).

✓ ومن جعلها عامة في الحميد والذميم من الصفات والأفعال عرفها بأنها: (لفظ يطلق على جميع الأفعال الصادرة عن النفس محمودة كانت أو مذمومة).⁶

* - وعرفها علماء الفقه الإسلامي: (بأنها جملة الصفات الحميدة الفاضلة التي تأمر الشريعة بالتحلي بها، وجملة من الصفات القبيحة الرذيلة التي تأمر الشريعة بالتخلي عنها، وهي تعتبر ضوابط للسلوك

1 - يجب البحث عن تخريجه

2 - الصحاح في اللغة والعلوم معجم وسيط للنسب مرعشلي وأسامة مرعشلي - طبعة دار الحضارة العربية - بيروت لبنان

3 - التعريفات للخرجاني ص 101

4 - الصحاح في اللغة والعلوم ص 282 المرجع السابق

5 - الفكر الأخلاقي د/ محمد الشرفاوي ص 50 - الطبعة الأولى 1410-1990 - دار الجيل

6 - الأحكام التقويمية في الجمال والأخلاق د/ رمضان الصباغ ص 108 - الطبعة الأولى 1999 - دار الوفاء

البشري لأنها في حقيقتها معان وقيم معينة تستقر في النفوس وفي ضوئها يحسن الإنسان الفعل أو القبيحة فيفعله أو يتركه).¹

أوهي: (عبارة عن هيئة راسخة في النفس تصدر عنها الأفعال في يسر وسهولة من غير حاجة إلى فكر وروية، فإن كانت الهيئة بحيث تصدر عنها الأفعال الجميلة عقلا وشرعا بسهولة سميت خلقا، وإن كانت تصدر عنها الأفعال القبيحة سميت خلقا سيئا).²

فحقيقة الأخلاق تدور حول تعود إرادة الشخص عملا من الأعمال بحيث إذا عرض لها ما يتطلب هذا العمل أذاه آراء آليا دون روية.³

وعلى هذا فالأخلاق تخضع في تكوينها إلى مؤثرات البيئة ، والاستعداد النفسي للشخص ومدى خضوعه للعقيدة التي ينتمي إليها، وللدافع الشخصي للإنسان الذي يوجهه نحو سلوك مادون غيره، والأخلاق لا تقتصر فقط على الصفات الحميدة بل تعم الصفات السيئة أيضا يقال: فلان حسن الخلق أو سيئ الخلق، ولأن الصفة الحميدة قد تكون ذميمة في بعض الأحوال كالشجاعة إذا ازدادت عن حدها ووضعت في غير موضعها فتحولت إلى صفة ذميمة تسمى التهور والاندفاع ، إلا أن الأخلاق إذا أطلقت دلت وانصرفت إلى الحميدة من الصفات أما الذميمة فيقال عليه لا أخلاقي.⁴

والأخلاق نوع من الموجود المعنوي لا المادي:

وذلك كزوجية الزوجين، وأبوة الأبوين، والعدل في الحكم، وهذا ما يعبر عنه الأصوليون

- 1 - مجموعة بحوث فقهية د/عبد الكريم زيدان ص41/ ط مؤسسة الرسالة الإسلام عقيدة وشريعة الإمام محمود شلتوت ص 464/ ط دار الشروق ورد فيه : "الأخلاق هي انفعال النفس وتأثيرها بما ينبغي أن يكون فيفعل أو بما لا ينبغي أن يكون فيتترك " .
- 2 - إحياء علوم الدين للإمام أبي حامد محمد بن محمد الغزالي 53/3/ ط دار المعرفة ، بيروت ، وزاد في قوله "عبر بقوله (راسخة) للاحتراز عن الحالات العارضة كمن يصدر منه بذل المال نادرا بحالة عارضة لا يقال خلقه السخاء ما لم يثبت ذلك في نفسه ، و كذلك من تكلف السكوت عند الغضب بجهد و روية لا يقال خلقه الحلم لأن هذه الصفة ليست راسخة في نفسه " . التعريفات للجرجاني ص 101
- 3 - العقيدة الإسلامية والأخلاقية د/ محي الدين الصافي د/ عبد الفاتح عبد الكريم ص 365 / ط الأول 1412 - 1992 - دار الجيل ز
- 4 - عدوة المشتاق في ربوع الأخلاق د/ محمد حسني الغزالي ص 87

بالأمور الاعتبارية فإذا قلنا العدل حسن والظلم قبيح كامن في الظلم كقيام العلم بالعالم والجهل بالجاهل.

والأخلاق قد تكون علما نظريا: يبحث عن الخير المطلق والفضيلة كفكرة أو مبدأ كالبحث عن عبادة الله تعالى من حيث هي عبادة بغض النظر عن كونها صلاة أو صوم، وهو ما ينبغي معرفته وعلمه من محاسن الأمور و قواعد السلوك ومبادئ الأخلاق التي تهدي إلى الطريق القويم من الأقوال والأفعال .

وقد تكون علما عمليا يبحث عن الفضيلة والخير الموجود في الخارج فعلا كالعمل بالعلم، والعدل في الحكم، والصدق في الحديث، وأداء الأمانة، وهو ما ينبغي عمله وفعله أو ما ينبغي تركه من الأمور. والنظري والعملي لا يفصل بينهما بحال من الأحوال لأن العلم والعمل لا يصلحان إلا على أساس الخلق الفاضل.¹

فالأخلاق هي العلم الذي يلتقي فيه النظر مع الممارسة العملية، فعلم الأخلاق لا يدرس فقط طبيعة القيم والمبادئ الأخلاقية بل يرشدنا إلى السلوك الصحيح بطريق مباشر أو غير مباشر، فهو علم معياري يضع معايير للسلوك الواجب إتباعه والسلوك الواجب اجتنابه.²

وتستمد القيم والأخلاق في المجتمع الإسلامي من القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة، فهي تنبثق عن العقيدة والشرعية فلا تملئها المصلحة الشخصية ولا تسيرها المنفعة الذاتية فتوجد بوجودها و تنهي بانتهاؤها، بل هي أخلاق ثابتة وقيم لا تتبدل ولا تتغير لأن الأوامر والنواهي في الإسلام من الله تعالى، وقد بين لنا سبحانه الأخلاق الصالحة والآداب الحميدة ليحفظ على المجتمع الإسلامي تماسكه وليحفظ لكل مسلم شخصيته التي تميزه عن غيره.

فتبين أن القيمة العليا والغاية المثلى هي الامتثال لما أمر عن والانتها عن عما نهى عنه ليكون المجتمع نقياً سليماً بعيداً عن الأهواء والميول قال تعالى : ﴿ وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا وَأَحْسِنْ كَمَا أَحْسَنَ اللَّهُ إِلَيْكَ وَلَا تَبْغِ الْفُسَادَ فِي الْأَرْضِ إِنَّ اللَّهَ لَا

1 - الإسلام عقيدة وشرعية د/ أحمد زكي تفاحة ص 293 / ط الأولى 1979 - دار الكتاب اللبناني.

2 - الأحكام التقويمية في جمال الأخلاق د/ رمضان الصباغ ص 191

يُحِبُّ الْمُفْسِدِينَ¹ وقال تعالى: ﴿أَفَمَنْ اتَّبَعَ رِضْوَانَ اللَّهِ كَمَنْ بَاءَ بِسَخَطٍ مِنَ اللَّهِ وَمَأْوَاهُ جَهَنَّمُ وَيُسَّ الْمَصِيرُ²﴾.

ولهذا فالأخلاق والقيم الإسلامية لم يطرأ عليها التغيير ولا يصح أن يحد لأنها مستمدة من القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة لا من المنفعة أو المصلحة فتبقى ثابتة ما دام الدين باقيا سليما، وإن تجددت الحوادث والمسائل فإنه يستنبط لها الأحكام الشرعية من الكتاب والسنة وما أخذ عنهما من قواعد عامة³.

قال تعالى: ﴿مَنْ كَانَ يُرِيدُ الْعَاجِلَةَ عَجَلْنَا لَهُ فِيهَا مَا نَشَاءُ لِمَنْ نُرِيدُ ثُمَّ جَعَلْنَا لَهُ جَهَنَّمَ يَصْلَاهَا مَذْمُومًا مَذْهُورًا وَمَنْ أَرَادَ الْآخِرَةَ وَسَعَى لَهَا سَعْيَهَا وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَأُولَئِكَ كَانَ سَعْيُهُمْ مَشْكُورًا⁴﴾. وقال ﷺ: "إنما الأعمال بالنيات وإنما لكل امرئ ما نوى، فمن كانت هجرته إلى الله ورسوله فهجرته إلى الله ورسوله، ومن كانت هجرته إلى دنيا يصيبها أو امرأة ينكحها فهجرته إلى ما هاجر إليه"⁵.

2. الدور الذي أولاه التشريع الإسلامي وفقهاؤه للجانب الأخلاقي في الإنسان :

ويشتمل على فرعين أولها العناية التشريع الإسلامي بالجانب الأخلاقي في الإنسان.

و الثانية هي عناية الفقه والفقهاء بالجانب الأخلاقي في الإنسان، وبيانهما كالآتي:

● عناية التشريع الإسلامي بالجانب الأخلاقي في الإنسان:

اهتمت الشريعة الإسلامية بالجانب الأخلاقي في الإنسان باعتباره عنصرا أساسيا في تقويم شؤون الحياة وصالح المجتمع ، فلا يستغنى عنها أي تقدم في مجال العلوم الأخرى بهدف بناء مجتمع سليم على أسس قوية ودعائم ثابتة .

1 - سورة القصص الآية 77

2 - سورة آل عمران الآية 162

3 - الإسلام عقيدة وشريعة د/ أحمد زكي تفاعلة ص 274 .

4 - سورة الإسراء الآيتان 18 - 19

5 - صحيح البخاري 1/3/1 (1) باب كيف كان الوحي إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم رقم (01) / رواه عمر بن الخطاب رضي الله عنه.

وبالرغم من أن الإسلام يتكون من عدة شعب كشعبة العقيدة وهي شعبة الإيمان بالله تعالى وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر، وشعبة العبادات والتقرب إلى الله ، وهي ميزان الصدق والشعبة الأولى و بها تقوى وتنمى، وشعبة النظم التي تساس بها الحياة وتجيء المعاملات على مقتضاها وفق ميزان العدل والرحمة.

وشعب إرشادية وتوجيهية أخرى كعلاقة الإنسان بالحياة وما فيها من نعم حيث أباح الله للإنسان أن يتمتع نفسه بكل نعمة من نعمها على وجه لا يخرجها عن حد القصد والاعتدال قال الله تعالى : ﴿ قُلْ مَنْ حَرَّمَ زِينَةَ اللَّهِ الَّتِي أَخْرَجَ لِعِبَادِهِ وَالطَّيِّبَاتِ مِنَ الرِّزْقِ قُلْ هِيَ لِلَّذِينَ آمَنُوا فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا خَالِصَةً يَوْمَ الْقِيَامَةِ كَذَلِكَ نُفَصِّلُ الْآيَاتِ لِقَوْمٍ يَعْلَمُونَ ﴾¹ ، وقال تعالى : ﴿ وَمَنْ آبَائِهِمْ وَذُرِّيَّاتِهِمْ وَإِخْوَانِهِمْ وَاجْتَبَيْنَاهُمْ وَهَدَيْنَاهُمْ إِلَى صِرَاطٍ مُسْتَقِيمٍ ﴾ (87) ذَلِكَ هُدَى اللَّهِ يَهْدِي بِهِ مَنْ يَشَاءُ مِنْ عِبَادِهِ وَلَوْ أَشْرَكُوا لَحَبِطَ عَنْهُمْ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ ﴾² ، وكسخير ما في الكون للإنسان وبسه له ليعمل فيه ويكده قال تعالى : ﴿ هُوَ الَّذِي خَلَقَ لَكُمْ مَا فِي الْأَرْضِ جَمِيعاً ثُمَّ اسْتَوَى إِلَى السَّمَاءِ فَسَوَّاهُنَّ سَبْعَ سَمَاوَاتٍ وَهُوَ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ ﴾³.

إلا أن الانتفاع بكل هذه الشعب لا يتأتى إلا بالتمسك بشعبة أخرى وهي شعبة الأخلاق وانفصال هذه الشعب عنها يهدم في النفس والحياة الأثر المترتب على التكليف بهذه الشعب، وليس الخلق المطلوب هو مجرد أن يعرف أن الصدق فضيلة والكذب رذيلة، وإنما هو انفعال النفس وتأثيرها بما ينبغي أن يكون فيترك استمدادا من أوامر الله ونواهيه، والخلق بهذا المعنى هو المبدأ الذي ينبغي أن يتمسك به من أراد أن يكون مسلما حقا.

من هذا كانت عناية الإسلام بالأخلاق وقد جعلها النبي صلى الله عليه وسلم متعلق رسالته حيث قال صلى الله عليه وسلم: "إنما بعث لأتمم مكارم الأخلاق".⁴

1 - سورة الأعراف الآية 32

2 - سورة المائدة الآيتان 87-88

3 - سورة البقرة الآية 29

4 - عن أبي هريرة رضي الله عنه قال : قال رسول الله عليه الصلاة والسلام : "إنما بعثت لأتمم صلاح الأخلاق " ز رواه أحمد - باقي مسند المكثرين - رقم 8595.

فالأخلاق هي التي تكفل إصلاح الباطن ثم الظاهر، أما من كان ظاهره الفضيلة وحسن الخلق وباطنه العمل على هدم وتفويض دعائم الدين والحياة الفاضلة فليس من التدين في شيء لأن الله تعالى لم يجعل الإيمان به أساس دينه والعبادات أركاناً له إلا لما يحدثه من أثر طيب في النفوس مما يؤدي إلى تكوين الأخلاق الفاضلة¹، وصدق الله تعالى: إِذ يَقُولُ: ﴿قُلْ إِنَّمَا حَرَّمَ رَبِّي الْفَوَاحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَنَ وَالْإِثْمَ وَالْبَغْيَ بِغَيْرِ الْحَقِّ وَأَنْ تُشْرِكُوا بِاللَّهِ وَأَنْ تُشْرِكُوا بِاللَّهِ مَا لَمْ يُنَزَّلْ بِهِ سُلْطَانًا وَأَنْ تَقُولُوا عَلَى اللَّهِ مَا لَا تَعْلَمُونَ﴾²، وصدق رسول الله ﷺ: "... ألا وإن في الجسد مضغة إذا صلحت صلح الجسد كله وإذا فسدت فسد الجسد كله ألا وهي القلب".³

تعقيب: بأن عناية التشريع الإسلامي بالجانب الأخلاقي في الإنسان من جهة ارتباط كل من العقائد والعبادات بالأخلاق مما جعل الانتفاع بها متوقفاً على التمسك بهذه القيم وهذا لا يتحقق إلا بفعل ما أمر الله به وترك ما نهى الله عنه لبناء مجتمع سلمي قائم على أسس ثابتة.

• عناية الفقه والفقهاء بالجانب الأخلاقي في الإنسان:

حرص الفقه الإسلامي على رعاية الفضيلة والأخلاق القويمة والمثل العليا، وذلك من خلال تشريع العبادات تطهيراً وتزكية للنفس وأبعاداً لها عن المنكرات، وتشريع المعاملات بقصد بث روح التعاون والتعاطف بين الناس، وحماية المحتاج من جشع صاحب المال، ومنع المنازعة بين الناس واحترام حقوق الآخرين، وتشريع العقوبات بهدف إقامة العدل ومنع شيوع الفوضى والتقاتل بين الناس. وهذا التآزر بين الدين والأخلاق مع تطبيق ذلك على واقع الحياة يحقق صلاح الفرد والمجتمع، وبذلك تكون غاية الفقه هي خير الإنسان وإسعاده في الدنيا والآخرة مما يجعل المكلفين أكثر امتثالاً

1 - الإسلام عقيدة وشريعة للشيخ محمود شلتوت ص 462 ، الإسلام عقيدة وشريعة د/ أحمد زكي تفاع ص 273.

2 - سورة الأعراف الآية 33.

3 - صحيح البخاري 23/1/1 (2) كتاب الإيمان (40) باب فضل من سترأ لدينه رقم (52) ، صحيح مسلم 3/988/

(22) كتاب المساقاة (20) باب أخذ الحلال وترك الشبهات رقم (599) رواه النعمان بن بشير رضي الله عنه .

وطاعة للأحكام الفقهية.¹

وعلى هذا:

فأحكام الفقه الإسلامي تتآزر فيها العقيدة والعبادة والأخلاق والمعاملة لتحقيق غاية الرضا والطمأنينة، ومن أجل تلك الغاية كانت الأحكام العملية (الفقه) - وهي التي تتعلق بما يصدر من المكلف من أقوال وأفعال وعقود وتصرفات - تحتوي على أحكام العبادات ن صلاة وصوم وزكاة وحج وطهارة وغير ذلك مما يقصد به تنظيم علاقة الإنسان بربه، وأحكام المعاملات من عقود وتصرفات وعقوبات وضمانات وغير ذلك مما يقصد به تنظيم العلاقة الإنسانية بغيره، وتشيع أجواء الفضيلة والتعاون والتراحم بين الناس.

ومن هنا كانت مبادئ الفقه ثابتة لا تتغير خاصة في مجال العبادات والعقائد، وقابلة للتغير في مجال المعاملات وذلك بحسب اختلاف الزمان وبحسب ما يحقق من خير للبشرية، مادام هذا الحكم في نطاق مقاصد الشريعة وأصولها الصحيحة.²

فالقيم الأخلاقية في الإسلام تقاس بمدى ما تحققه من للإنسان من جلب مصلحة أو دفع مفسدة ومعنى هذا أنها وجدت من أجل الإنسان ولم يوجد الإنسان من أجلها، فالقيم الأخلاقية هي التي تجعل تصرفات الإنسان في إطار مصلحته ومصلحة الجماعة معا مع عدم الإضرار به أو بغيره قال تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَىٰ وَيَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَالْبَغْيِ يَعِظُكُمْ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ﴾.³

فالشرعية الإسلامية قد فصلت الأحكام الشرعية كالعبادات والمعاملات، والفقهاء قاموا بتدوين هذه الأحكام في كتبهم الفقهية، إلا أنهم لم يجعلوا للأخلاق بابا مستقلا في الأحكام مع أن

1 - هذا بخلاف القوانين الوضعية حيث يكثر الإفلات من سلطاتها، فليس للقانون الوضعي إلا غاية نفعية وهي العمل على حفظ نظام واستقرار المجتمع وإن أهدرت بعض مبادئ الدين والأخلاق (الفقه الإسلامي وأدلته د/ وهبة الزحيلي 32 ط الرابعة 1422-2002 دار الفكر).

2 - الفقه الإسلامي وأدلته د/ وهبة الزحيلي ص 29-33-35. المدخل لدراسة الشريعة الإسلامية د/ عبد الكريم زيان ص

الشرعية ذكرتها في كتاب الله وسنة رسوله صلى الله عليه وسلم حيث اعتبر الإسلام الإخلاص روح العبادة وقوامها في كل عمل وقول وفعل، اعتبر الأخلاق تاج الأعمال وزينتها، وعدم استقلاله بباب خاص بها في كتب الفقهاء لا يعني أن الشارع رأي للأخلاق أهمية فذكرها في القرآن الكريم والسنة النبوية والفقهاء اعتبروها شيئاً إضافياً لا تأثير له على أفعال المكلفين فلم يجعلوها أحكاماً مستقلة كبقية الأحكام ، بل إن كتب الفقهاء مملوءة بأحكام الكثير من الأخلاقيات كحقوق الجار وحقوق الأولاد والزوجين والوالدين والقربة وغير ذلك من الحقوق ، هذا يعني أن الفقهاء قد يعنونوا في كتبهم باباً باسم الأخلاق إلا أنهم ذكروا كل الحقوق وهي أمور أخلاقية ، فضلاً عما دونه لها بعض العلماء من الكتب الخاصة بها وذلك لأهميتها في الإسلام.¹

فهناك علاقة قوية بين العقيدة والشرعية والأخلاق فوجود أحدهما يستلزم وجود الآخر، فإننا لا نستطيع أن ننهض إلا على أساس هذا الدين بما يحويه من عقيدة وشرعية وقيم أخلاقية لأن مصدر كل من الدين والأخلاق واحد وهو القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة، ويتفقان في عودتهما إلى الضمير والتحكم إليه ما لم يتأثر الإنسان بالعبادات والتعاليم غير الإسلامية، كما أية قد يكون مصدرهما الفطرة السليمة وذلك في حالة عدم تلويثها بالعبادات السيئة والبيئات الفاسدة.²

بأن عناية الفقه والفقهاء بالجانب الأخلاقي في الإنسان من جهة تدوين الفقهاء للأحكام الفقهية بما تحتوي عليه من أخلاقيات كثيرة لجلب كل مصلحة للعبد ودرء كل مفسدة عنه لأن الأخلاق هي التي تضبط السلوك وتوجهه فتمنعه من الوقوع في المحذور، وعدم ذكرها في باب مستقل لأنها مذكور ضمناً في كل باب من أبواب الفقه عندما ذكروا كافة الحقوق وهي أمور أخلاقية بلا شك.

ث. المقاييس الأخلاقية:

تقسم المقاييس الخلقية إلى نوعين هما المقاييس النظرية والمقاييس العملية³، وتشمل المقاييس العملية

1 - ومن هذه المصنفات إحياء علوم الدين للغزالي ، مكارم الأخلاق للطبرسي

2 - الإسلام شريعة وعقيدة د/ أحمد زكي تفاحة ص 291-301

3 - محمود حمدي زقزوق ، مرجع سابق ، ص 61، 68.

العادات والتقاليد والأعراف والقوانين والآراء وأما المقاييس النظرية فهي القواعد والمبادئ النظرية التي تنبع من الفكر والنظرية ومثالها النظريات الأخلاقية .

1. المقاييس العملية : وتشمل ما يلي:

• **العرف :** وهي متابعة الناس بعضهم بعضا في عادة ما متابعة متكررة حتى تصبح العادة ثابتة ويترتب عليها درجة عالية من الالتزام الخلقي بحكم العرف. ويمكن أن يكون العرف سلبيا أو إيجابيا بحسب العادة التي تواتر استخدامها وتحولت إلى قاعدة عرفية ثابتة. ويعارض البعض اعتبار العرف مقياسا خلقيا استنادا للمبررات التالية التي تمثل الأسس الثابتة للمقياس الخلقي، وهي:

— أن يكون المقياس عاما لا يختلف مع الزمن واختلاف المكان.

— قد يكون العرف مخالفا للدين والأخلاق والعقل وعندها لا يمكن اعتباره مقياسا خلقيا.

— إذا التزم الناس بالمعروف توقف التقدم.

• **القوانين الوضعية :** والتي يرى البعض أنها لا تصلح كمقاييس أخلاقية بسبب عدم ثباتها وأنها ليست عامة لكل الناس وتتهم بظواهر الأعمال ولا تهتم بالنوايا ولا تعالجها وأنها تنفذ بواسطة خارجية. أما الأخلاق فسلطانها داخلي وهو الضمير والإرادة الحرة المطلقة والمجردة من كل منفعة والقوانين بالزامية هذه محددة وتظهر عند شعور الأفراد الذين يخضعون لهذه القوانين بالزامية هذه القوانين وينفذونها طوعا.

• **الرأي الشخصي :** ولا يصلح مقياسا نظرا لاختلافه من شخص لآخر وهو محور دعوى بعض العلماء بأن الإنسان مقياس كل شيء وقد تعرضنا.

• **القوانين السماوية :** وهي الأوامر والنواهي التي شرعها الله وتمتاز بالثبات والعمومية في كل ما يتصل بتنظيم الجماعة والمجتمع وكذلك ما يتعلق منها بالحقوق والعلاقات بين الأفراد، فقد جاء محددًا وثابتًا وتصلح هذه القوانين السماوية كمقاييس أخلاقية.

• **القوانين الأخلاقية :** وتشكل القوانين الأخلاقية قواعد ثابتة ووسائل ضبط اجتماعي وتشبه القوانين السماوية ويستخدم لضبط سلوك الأفراد والجماعات ولكن اختلاف فهم هذه القوانين

واختلاف درجة الالتزام بمضمونها من فرد لآخر ومن زمان لآخر لا ينفي عنها صلاحيتها كمقاييس أخلاقية.

2. المقاييس النظرية : المقاييس النظرية مجردة من المكان والزمان ويقصد بها أن تكون عامة للناس وتصدر عن الفكر والنظر العقلي ويمكن الاسترشاد بها في الواقع العلمي ويمكن تطبيقها وتشمل المقاييس التي تحددها النظريات والمبادئ التي تطرحها ولكل نظرية سمة مميزة لها من حيث المبدأ المطروح على الإرادة.

ويلاحظ تباين مواقف هذه النظريات وتباين آراء المفكرين في فهم المبادئ المطروحة وهذا الاختلاف لا يعتبر نقیصة ويكون صادرا عن تباين فهم المبادئ وهو أمر طبيعي.

خامسا : أخلاقيات وآداب تتعلق بالطب وطب النساء:¹

أ. ما يجب أن يكون عليه الطبيب المسلم:

لقد عرف الأطباء المسلمون مثل الرازي وابن سينا الطب على أنه الفن المتعلق بحفظ الصحة ومقاومة المرض وعادة الصحة للمريض، وقد شهد العالم لقرون طويلة تقدم الأطباء المسلمين الهائل في مجال العلوم الطبية واستفادت من ذلك أيما فائدة ولم يكن هذا التقدم قائما على المهارة أو الذكاء فحسب، بل كان يعتمد بنفس الدرجة على الفهم الواضح لدورة كطبيب مسلم مستمدا من تعاليم الإسلام وفلسفته. ومنذ آلاف السنين عرفت الأخلاقيات والآداب عل أنها شريط أساسي لتكوين الطبيب، مع أن القوانين القديمة لآداب المهنة أكدت على هذه الحاجة إلى حد ما إلا أنها كانت ناقصة وتحتوي على أخطاء جسيمة، أما الدساتير الحديثة للآداب المهنية فتتجه إلى أن تكون أكثر تحررا وأقل تقيدا، لكن الآداب القرآنية إنها تبرز كنموذج فريد للبشرية جمعاء ولكل المهن والأعمال وفي كل الأزمنة والعصور.

1 - أنظر لإسحاق بن علي الراوي، تحقيق مريزق سعيد مريزق، كتاب أدب الطب، المرجع السابق، ص 236 وما بعدها.

(ولقد ذكر في الهامش أن هناك صفات يجب أن يتصف بها من أراد تعلم مهنة الطب، وهي ذاتها نفس الصفات التي يجب أن يتصف بها الطبيب الناجح، وسبق أن أشرنا في مواضيع عدة، ولعل أشهر تلك المصادر التي ناقشت شروط طالب الطب وصلاحية هي: ابن رضوان، النافع في كيفية تعلم صناعة الطب؛ الشيرازي، رسالة في بيان الحاجة إلى الطب؛ المجوسي، كامل الصناعة الطبية، ج1، المقالة الأولى).

إن الآداب الطبية المقترحة في هذا العصر من الفصل والتي تكون ثقافة الطبيب المسلم المرجوة هي أساساً مشتقة من الآداب القرآنية في تشتمل إرشادات لسلوك الطبيب ومواقفه على المستوى الشخصي أو المهني كما أنها تحدد سلوك الطبيب في حياته الخاصة وأثناء مزاويلته لعمله المهني فإن الإنسان الذي يفتقر إلى القيم الخلقية في حياته الخاصة لا يمكن أن يؤتمن في أنشطته، ولو كانت لديه أعلى المؤهلات العلمية والتقنية.

ونبدأها بجانب مهم من سلوك الطبيب المسلم ألا وهو أن يكون بدء الفحص أو العلاج أو المحادثة بذكر اسم الله سبحانه، فذلك له عدة اعتبارات:

• الدعاء للتوفيق في العمل فالرسول ﷺ يقول: «كل عمل ذي بال لم يبدأ بحمد الله فهو أبتى».

• استشعار لدوره كسبب نفاذ إرادة الله في العلاج وهذا موقف العبودية لله عز وجل.

• توجيه عمله لله وحده حتى يثاب عليه.

• منح المريض دفعة روحية وهو موقف حساس لقوله تعالى: ﴿وَذَكِّرْ فَإِنَّ الذِّكْرَ تَنْفَعُ الْمُؤْمِنِينَ﴾¹.

الطبيب موضع ثقة المريض أو المريضة وذويهم والمجتمع، وأهم ما يوجب هذه الثقة أن يخلص لهم في علاجه وإرشاده وقبل هذا وذاك أن يكون عمله خالصاً لوجه الله تعالى، فيزداد شرفاً إلى شرف وخاصة إذا وجه نيته نحو زيارته وكشفه على المريض سريراً ضمن باب عيادة المريض التي حث عليها ديننا الحنيف، فعن أبي موسى ﷺ قال: قال رسول الله ﷺ: «عودوا المريض وأطعموا الجائع وخلوا العاني»²، وعن ثوبان ﷺ، عن النبي ﷺ قال: «إن المسلم إذا عاد أخاه، لم يزل في خرفة الجنة حتى يرجع قيل يا رسول الله وما خفة الجنة؟ قال: جنانها» وغيرها من الأحاديث الكثيرة.

1 - سورة الذاريات، الآية 55.

2 - العاني: هو الأسير، رواه البخاري، ورواه مسلم.

الأمانة: الطبيب وطبيب النساء خاصة مؤتمن على الأرواح والأعراض، فلا بد أن يتصف بالأمانة وأن يؤدي الأمانة على وجهها الصحيح قال تعالى واصفا المؤمنين: ﴿وَالَّذِينَ هُمْ لِأَمَانَاتِهِمْ وَعَهْدِهِمْ رَاعُونَ﴾¹ ومن الأمانة المحافظة على أسرار المريضات، وكما عليه أن يراعي حرمة الميت عليه مراعاة حرمة الحي فالرسول يخاطب الكعبة قائلا: «والمؤمن أعظم حرمة عند الله منك» ويقول: «كسر عظم الميت ككسر الحي في الإثم»²، حيث لا يجوز أبدا العبث بجثة الميت والتتكيل بها وتشويهها.

الصدق: فالطبيب صادق إذا قال أو كتب أو شهد، كان حريصا ألا تدفعه نوازع القرى أو المودة أو الرعب أو الرهب إلى أن يدلي بشهادة أو تقرير أو حديث يعلم أنه مغيار للحقيقة³، قال الله سبحانه وتعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَكُونُوا مَعَ الصَّادِقِينَ﴾⁴، فعن أبي محمد الحسن بن علي ابن أبي طالب عليه السلام عنهما قال: حفظت من رسول الله ﷺ: «دع ما يريك إلا ما لا يريك، فإن الصدق طمأنينة والكذب ريبة»⁵.

المحبة والعطف والرفق: فالطبيب محب لمرضاه عطوف عليهم رفيق بهم قال تعالى: ﴿لَا تَمُدَّنَّ عَيْنَيْكَ إِلَىٰ مَا مَتَّعْنَا بِهِ أَزْوَاجًا مِنْهُمْ وَلَا تَحْزَنْ عَلَيْهِمْ وَخَفَضْ جَنَاحَكَ لِلْمُؤْمِنِينَ﴾⁶ وعليه أن يكون لبقا مع مرضاه متلطفا بهم لأن المريض ينظر إليه نظرة المخلص من الألم والعذاب، فلا يقول ما يهينهم أو يوقعهم في اليأس، وعليه أن يراعي نفسياتهم ويلجأ إلى الأساليب التي تعينهم على التخلص من الأوهام وأن تتسم معاملته بين الجانب وحب الاستماع قال: عليه الصلاة والسلام: «ما كان الرفق

1 - سورة المؤمنون، الآية 08.

2 - الإحياء، ج1، ص 106 باب ذكر الموت وما بعدها.

3 - الدكتور محمد صالح العادي، كتاب الوسيط في المسؤولية الجنائية والمدنية للطبيب، دار الفكر الجامعي، بيروت، ص 99، التقارير الطبية والمسؤولية الجنائية عنها، دار الفكر الجامعي، ص 8 وما بعدها بتصرف.

4 - سورة التوبة، الآية 119.

5 - رواه الترمذي وقال حديث صحيح.

6 - سورة الحجر، الآية 88.

في شيء إلا زانه».¹

الصبر ورحابة الصدر : قال عز وجل: ﴿ قُلْ يَا عِبَادِ الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا رَبَّكُمْ لِلَّذِينَ أَحْسَنُوا فِي هَذِهِ الدُّنْيَا حَسَنَةٌ وَأَرْضُ اللَّهِ وَاسِعَةٌ إِنَّمَا يُوَفَّى الصَّابِرُونَ أَجْرَهُمْ بِغَيْرِ حِسَابٍ ﴾² على الطبيب المسلم أن يزين الصبر لدى المبتلى من المسلمين بمرض أو غيره ويلغهم أن الصبر ذكره الله سبحانه وتعالى في القرآن في أكثر من ثمانين موضعا وأمره به.

وعلى الطبيب أن يقوي هذا الجانب لدى المصاب ويذكره بالجزاء العظيم للصابرين وإعلامه أن الابتلاء من سنة الله في الحياة فهو يتلى عباده بما يشاء وكيف يشاء وأن الأمراض هذه في حقيقتها امتحان، فإذا صبر وسلم ولم يجزع أثابه الله ثواب الصابرين وليذكر قوله سبحانه وتعالى: ﴿...وَاللَّهُ يُحِبُّ الصَّابِرِينَ...﴾³، إن مهنة الطب مهنة شاقة والتعامل مع مختلف مكونات المجتمع يتطلب قدرا كبيرا من الصبر وسعة الصدر، فلا بد لطبيب أن يتصف بهما فالطبيب الصبور يتحمل تصرفات المرضى ولا يقابل الأذى بأذى مثله كأن يمتنع مثلا عن معالجته أو يقصر في إعطائه حقه من الرعاية قال الله تعالى: ﴿ خُذِ الْعَفْوَ وَأْمُرْ بِالْعُرْفِ وَأَعْرِضْ عَنِ الْجَاهِلِينَ ﴾⁴ وقال ابن سينا في كتابه (القانون):

الشعراء أمراء الألسن .: كما الأطباء ملوك البدن

هذا يصح النفس بالفصاحة .: وذا يطب الجسم بالنصاحة.⁵

التواضع: على الطبيب أن يكون متواضعا فلا يتكبر على مرضاه فلا يحتقرهم مهما كان شأنهم كما عليه أن يحترم كل من يتعامل معه من مرضى أو أوليائهم، فهذا يجعله موضع احترام الآخرين (ومن تواضع لله رفعه)، ومن تواضع الطبيب أن يتعاشى بود ومحبة ومع بقية أعضاء الفريق الصحي المعالج وأن يبنى علاقاته معهم على الأخوة وتكافؤ قال رسول الله ﷺ: «أن الله أوحى إلي أن تواضعوا

1 - رواه أحمد ومسلم

2 - سورة الزمر، الآية 10.

3 - سورة آل عمران، جزء من الآية 146.

4 - سورة الأعراف، الآية 199.

5 - أنظر الدكتور خالد حربي، المرجع السابق، ص131 وما بعدها.

حتى لا يفخر أحد على أحد ولا يبغي أحد على أحد¹»، والطبيب الذي يتعامل مع زملائه ومرؤوسيه ومرضاه، برغم مما يكون بينه وبينهم من فوارق اجتماعية وثقافية.

إتقان العمل: دون تدخل أو مراقبة من أحد، لقول الله تعالى: ﴿... وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا وَلَقَدْ جَاءَتْهُمْ رُسُلُنَا بِالْبَيِّنَاتِ ثُمَّ إِنَّ كَثِيرًا مِّنْهُمْ بَعْدَ ذَلِكَ فِي الْأَرْضِ لَمُسْرِفُونَ﴾² وقال النبي ﷺ: «إن الله يحب إذا عمل أحدكم عمل أن يتقنه» وليعلم الطبيب المسلم أن مهنة الطب من أشرف المهن وغايتها العظمى قول الله عز وجل: ﴿كُلُّ نَفْسٍ بِمَا كَسَبَتْ رَهِينَةٌ﴾³.

الطيب واليسر: قال النبي ﷺ: «الكلمة الطيبة صدقة»⁴ ومن الأهمية أن نوضح أنه على الطبيب أن لا يروع أخاه المريض لقوله: «لا يحل لمسلم أن يروع مسلماً»⁵، وقوله: «إنكم لا تسعون الناس بأموالكم ولكن تسعهم منكم بسط الوجه وحسن الخلق»⁶، وفي هذا المقام نرى أهمية أن يقرن الطبيب مع علاجه الأدعية الماثورة عن رسول البشرية الهادي البشير فعن عائشة أم المؤمنين رضي الله عنها عنهما أن النبي ﷺ: «كان يعود أهله يمسح بيده اليمنى، اللهم رب الناس أذهب البأس أشف أنت الشافي لا شافي إلا شفاؤك شفاء لا يغادره سقما»⁷ وعنهما أيضاً أن النبي ﷺ: «إذا اشتكى الإنسان الشيء منه أو كانت به قرحة أو جرح، قال عليه الصلاة والسلام بأصبعه هكذا ووضع سفيان بين عيينة الراوي وسبابته بالأرض ثم رفعها وقال بسم الله تربة أرضنا بريقة بعضنا شفي به سقيمنا بإذن ربنا»⁸، وعلى الطبيب إنماء الأمل والشفاء لدى المريض وتذكيره بذلك

1 - رواه مسلم.

2 - سورة المائدة، جزء من الآية 32.

3 - سورة المدخر، الآية 38.

4 - رواه الشيخان.

5 - رواه أبو داود في السنن.

6 - رواه البيهقي وأبو يعلى.

7 - متفق عليه.

8 - متفق عليه.

قوله ﷺ: «فإن لجسدك عليك حق»¹، ويقول النبي ﷺ: «المؤمن القوي خير وأحب إلى الله عز وجل من المؤمن الضعيف»²، ويجعل الدين الإسلامي للصحة والعافية المقام الأول بعد اليقين قال الرسول ﷺ: «سلوا الله المعافاة فإنه لم يؤت أحد بعد اليقين خيرا من المعافاة»³. وأوصى الرسول ﷺ بالتداوي من المرض قال: «ما أنزل الله داء إلا وأنزل له شفاء»⁴ وقبل كل شيء وبعده إن اعتقادنا كمسلمين بأن الشافي هو الله وحده عز وجل قال الله تعالى: ﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾⁵.

وجانب هام في هذا الأمر ألا وهو أنه قد يشهد الطبيب وفاة المريض وبصفته مسلما قبل أن يكون طبيا فعليه أن يلقنه الشهادتين كما أمرنا رسول الله ﷺ: «لقنوا أمواتكم لا إله إلا الله». التنفيس عن المريض⁶: فعلى الطبيب أن يطيب نفس المريض ويشره بالسلامة يزرع فيه الأمل وأن رحمة الله سبحانه واسعة وقريبة من المؤمنين لقول الله تعالى: ﴿وَالَّذِينَ اجْتَنَبُوا الطَّاغُوتَ أَنْ يَعْبُدُوهَا وَأَنَابُوا إِلَى اللَّهِ لَهُمُ الْبُشْرَىٰ فَبَشِّرْ عِبَادِ الَّذِينَ يَسْتَمِعُونَ الْقَوْلَ فَيَتَّبِعُونَ أَحْسَنَهُ أُولَٰئِكَ الَّذِينَ هَدَاهُمُ اللَّهُ وَأُولَٰئِكَ هُمْ أُولُوا الْأَلْبَابِ﴾⁷، وينبغي للطبيب أن لا يكون حقودا ولا حسودا ولا عجولا ولا ملولا ولا صلفا ولا شرها⁸ بل يكون للذنب صافحا، وللناس مسامحا، ثابتا متوقفا

1 - رواه البخاري.

2 - رواه مسلم.

3 روا ابن ماجه وفي سنن النسائي.

4 - رواه البخاري و (المهرم) في رواية أحمد ومسنده.

5 - سورة

6 - أنظر لإسحاق بن الرهاوي، المرجع السابق، ص160 رقم 2: يقول الرازي (ينبغي للطبيب أن يوهم المريض أبدا الصحة، ويرجيه لها، وإن كان غير واثق بذلك، فمزاج الجسم تابع لأخلاق النفس)، وهذا ما أكد عليه أطباء المسلمين لما رواه أبو سعيد الخدري قال: قال رسول الله ﷺ: «إذا دخلتم على المريض فنفسوا له في الأجل، فإن ذلك لا يرد شيئا، وهو يطيب نفس المريض» أخرجه ابن ماجه (1438) باب ما جاء في عيادة المريض، والترمذي (2087).

7 - سورة الزمر، الآية 17-18.

8 - يقول الرازي في هذا المعنى (ولا تتخذن طبيا غليظ الطبع، ولا متهورا مبادرا عجولا ولا قاسيا حربا، ولا قاعا بين الناس حسودا لهم بل تحر، ويجب أن يكون من أضداد هذه المعاني في الغاية) المرشد الفقرة 346، ص112، أدب الطبيب، المرجع السابق، ص164.

وبالأوامر عارفا، لينا متواضعا، وإلى الخيرات مسارعا، قنوعا شكورا، وبحسن الشاء مسرورا، وعن الآثم عفيفا، وفي باطنه وظاهره نظيفا.¹

الرحمة²: قال النبي ﷺ: «ارحم من في الأرض يرحمك من في السماء»³، وذلك بأن يرحم الطبيب مرضاه ماديا ومعنويا يشفق عليهم ويشعرهم بأنه يحب لهم الخير كله... قال رسول الله ﷺ «في كل كبد رطبة أجرا»⁴، وقوله سبحانه وتعالى: ﴿وَلَا تُفْسِدُوا فِي الْأَرْضِ بَعْدَ إِصْلَاحِهَا وَادْعُوهُ خَوْفًا وَطَمَعًا إِنَّ رَحْمَتَ اللَّهِ قَرِيبٌ مِّنَ الْمُحْسِنِينَ﴾⁵.

الرفق: على الطبيب أن يكون لينا متواضعا لا فضا غليظا وأن يقبل على المريض بلطف وبشاشة وإذا رآه بطيء الفهم فليترفق به حتى يفهمه الجواب، فالطبيب من حملة علم الأبدان فيجب أن يكون له حلم ووقار وسكينة وسمات على النحو اللائق بالأطباء والحكماء.⁶

الحياء: الذي هو خلق الإسلام... قال النبي ﷺ: «إن لكل دين خلقا وخلق الإسلام الحياء»... وذلك بأن يستحي الطبيب في معاملته مع المرضى وذويهم، وقوله ﷺ: «الإيمان بضع وسبعون أو بضع وستون شعبة فأفضلها قول لا إله إلا الله وأدناها إمطة الأذى عن الطريق والحياء شعبة من الإيمان».⁷

1 - الرازي، أخلاق الطبيب، ص 128، 130، 143.

الشيرازي: رسالة في بيان الحاجة إلى الطب اللوحة، 16، 17، 18، 34، 35؛ داود الأنطاكي، التذكرة، ج1، ص 7.

2 - يقول الشيرازي في صفات الطبيب: (تأمل سيرة الطبيب فإن وجدته ذا حياء ودين، وورع متين، فاستصلحه لنفسك) رسالة في بيان الحاجة إلى الطب اللوحة 82، ويقول ابن سينا في صفات الطبيب (...وليعلم أن أفضل الحركات الصلاة، وأمثلة السكنات الصيام، وأنفع البر الصدقة... والحكمة أول الفضائل ومعرفة الله أول الأوائل)، ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء، ص 445، ويقول ابن أبي أصيبعة عن الرازي (كان كريما متفضلا بارا بالناس...)، ولمن أراد الاستزادة أرجع لأدب الطبيب لإسحاق بن علي الراهاوي، تحقيق الدكتور مريزق، المرجع السابق، ص 162 وما بعدها.

3 - سورة الطبراني وصححه الألباني.

4 - متفق عليه.

5 - سورة الأعراف، الآية 56.

6 - لإسحاق بن علي الراهاوي، آداب الطبيب، تحقيق د: مريزق، المرجع السابق، ص 39.

7 - متفق عليه.

غض البصر: قال تعالى: ﴿ قُلْ لِلْمُؤْمِنِينَ يَغُضُّوا مِنْ أَبْصَارِهِمْ وَيَحْفَظُوا فُرُوجَهُمْ ذَلِكَ أَزْكَى لَهُمْ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا يَصْنَعُونَ ﴾¹، فعلى الطبيب أن لا يطلع إلا على ما هو ضروري ولا يتعداه إلى غيره من عورات الناس... قال الله تعالى: ﴿ يَعْلَمُ خَائِنَةَ الْأَعْيُنِ وَمَا تُخْفِي الصُّدُورُ ﴾²، وقوله عز وجل: ﴿ وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْئُولًا ﴾³.

ستر عورات المسلمين والنهي عن إشاعتها لغير ضرورة : قال الله تعالى: ﴿ وَقُلْ لِعِبَادِي يَقُولُوا الَّتِي هِيَ أَحْسَنُ إِنَّ الشَّيْطَانَ يَنْزَغُ بَيْنَهُمْ إِنَّ الشَّيْطَانَ كَانَ لِلْإِنْسَانِ عَدُوًّا مُبِينًا ﴾⁴.

وقال ﷺ: «لا يستر عبدا عبدا في الدنيا إلا ستره الله يوم القيامة»⁵، وقد أمر الله بحفظ السر قال تعالى: ﴿... وَأَوْفُوا بِالْعَهْدِ إِنَّ الْعَهْدَ كَانَ مَسْئُولًا...﴾⁶.

إذن فلا يجوز الترخيص بالاطلاع على عورات الناس عند الضرورة مبررا للتخلي عن الحياء الواجب على كل مسلم، وعلى الطبيب ألا يطلع إلا على ما هو ضروري وإن شعور المريض بحياء الطبيب في هذا الموقف يعطيه ثقة أكثر في طبيبه والفريق الصحي.

عدم الخلوة بالمريضة إلا ومعها ذو محرم : قال النبي ﷺ: «لا يخلون أحدكم بامرأة إلا مع ذي محرم»⁷... فالخلوة المحرمة إحدى مداخل الشيطان لأنه ما خلا رجل بامرأة إلا وكان الشيطان ثالثهما... ولا شك أن الطيبة -إذا توفرت هي الأولى بالكشف على النساء، لذا على الطبيب والطيبية الابتعاد كل البعد عن مظان التهم والريب ليكون فوله وفعله وسلوكه مقبولا ومقدرا من المرضى والمراجعين.⁸

1 - سورة النور، الآية 30.

2 - سورة غافر، الآية 19.

3 - سورة الإسراء، الآية 36.

4 - سورة الإسراء، الآية 53.

5 - رواه مسلم.

6 - سورة الإسراء، الآية 32.

7 - متفق عليه.

8 - أنظر عبد الستار أبو غدة، المرجع السابق، ص 45.

الأمانة في المشورة: قال النبي ﷺ: «المستشار مؤتمن»¹ وذلك بأن ينصحه الله ويبين له حالته بكل أمانة ولا يضلله أو يدخله في متاهات من أجل استرزاق حيث مصداقا لقوله ﷺ: «المؤمن من أمنه الناس على أموالهم وأنفسهم»² فالقاعدة العامة «لهم ما لنا وعليهم ما علينا»³ وتحريم غش المسلم المسلم لقوله ﷺ: «من غشنا فليس منا»⁴، فأداء الأمانة في حقوق العبادة فتكون بمعاملتهم على وجه النصح والإخلاص من غير غش ولا خداع ولا كذب ولا خيانة... فعلى الطبيب أو غيره من أعضاء الفريق الصحي أن يؤدوا الأمانة كل فيما يخصه في قوله أو عمله وأن يحسنوا العمل ويصدقوا النية في القول والفعل والسر والعلن.

لقوله ﷺ: «المسلم أخو المسلم لا يظلمه ولا يخذله ولا يكذبه ولا يحقره، اتقوا ها هنا وأشار بيده إلى صدره ثلاث مرات ثم قال بحسب أمريء من الشر أن يحقر أخاه المسلم كل المسلم حرام دمه وماله وعرضه»⁵، وقول الله عز وجل: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ إِنَّ اللَّهَ نِعِمَّا يَعِظُكُمْ بِهِ إِنَّ اللَّهَ كَانَ سَمِيعًا بَصِيرًا﴾⁶.

التقوى: كلما كان الطبيب تقي الله كانت مراقبته سليمة، ولو راقب الأطباء والفريق الصحي الله عز وجل في تصرفاتهم وأعمالهم وسلوكهم لصالح أدائهم وحسن نتائج أعمالهم وقلت أخطاؤهم ولما حصل نزاع وشكاوي وغيرها من الأمور، وقوله سبحانه في باب محاسبة النفس في جميع أعمالها: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَلْتَنظُرْ نَفْسٌ مَّا قَدَّمَتْ لِغَدٍ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا تَعْمَلُونَ﴾⁷، وفي وصيته ﷺ لمعاذ بن جبل رضي الله عنه: «اتق الله حيثما كنت واتبع السيئة الحسنة تمحها وخالق

1 - أخرجه الأربعة.

2 - رواه ابن ماجة.

3 - الموافقات للشاطبي، المرجع السابق.

4 - رواه البخاري.

5 - رواه الترمذي.

6 - سورة النساء، الآية 58.

7 - سورة الحشر، الآية 18.

الناس بخلق حسن»¹، وقال الله سبحانه وتعالى: ﴿...وَاتَّقُوا اللَّهَ وَيُعَلِّمُكُمُ اللَّهُ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ﴾²، فهذا هو الطبيب كالمفتي أو من يقوم بالإفتاء والإخبار عن حكم الله، فلا بد أن يكون أهلاً لذلك وشروط الأهلية أن يكون مسلماً بالغاً عالماً فقيهاً مجتهداً عدلاً... وفي الواقع إن هذه الشروط هي ما يجب أن تتوفر إجمالاً في الطبيب المسلم، وعلى الطبيب أن يعلم ما يفعله أو يقوله لأنه علم شريف وهام يحاسب عليه أمام الله تعالى لهذا يجب عليه أن يطيل النظر والفكر ولا يسرع في الإجابة أو اتخاذ قراره الطبي إلا بموثوقية ومصداقية وعلم ودراية وإذا لم يعرف الجواب فليقل لا أدري فإن نصف العلم لا أدري وليستشر غيره من هو أعلم منه وأمهر في صناعته وتخصصه، وصمام الأمر كله تقوى الله عز وجل³ وبه المخرج من الشدائد والرزق من حيث لا يحتسب قال تعالى: ﴿وَمَنْ يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مِنْ أَمْرِهِ يُسْرًا﴾⁴.

عدم البخل بالعلم على الزملاء: قال ﷺ: «من سئل عن علم فكتمه ألجمه الله يوم القيامة لجاماً من نار»⁵، وعن ابن مسعود رضي الله عنه قال سمعت رسول الله ﷺ: «نظر الله أمراء سمع منا شيئاً، فبلغه كما سمعه، فرب مبلغ أوعى من سامع»⁶، وعلى الطبيب أن يتعامل مع زملائه الأطباء على أسس أسس من تعاليم الإسلام فيتجنب الغيبة والتجريح وليحترم الكبير، "لا تباغضوا ولا تحاسدوا... وكونوا عباد الله إخواناً" ولا يتعالى على الصغير "ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا"، ويقدم النصيحة لمن يحتاجها "الدين النصيحة"، وأن يسعى لتعليم زملائه الأقل خبرة "من دل على خير فله أجر فاعله"، كما أن على الطبيب أن يذيع ما يكتشفه من جديد في العلاج تعميماً للفائدة ولا يحتكر طريقة في العلاج يقصد الكسب منها، فالرسول ﷺ يقول: «لا يحتكر إلا خاطئ» وأن يفيد بعلمه كل مريض يمكنه مساعدته فالرسول ﷺ يقول: «الله أني أعوذ بك من علم لا ينفع».

1 - رواه الترمذي.

2 - سورة البقرة، الآية 282.

3 - أنظر لإسحاق بن علي الرهاوي، المرجع السابق، ص 166.

4 - سورة الطلاق، الآية 4.

5 - رواه أبو داود والترمذي وقال حديث حسن.

6 - رواه الترمذي في السنن وقال حديث حسن صحيح.

قضاء حوائج المسلمين: قال تعالى: ﴿وَأَفْعَلُوا الْخَيْرَ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ﴾¹ وعن ابن عمر رضي الله عنه، أن رسول الله ﷺ قال: «المسلم أخو المسلم لا يظلمه ولا يسلمه، من كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته ومن فرج عن مسلم كرب فرج الله عنه بها كربة من كرب يوم القيامة ومن ستر مسلماً ستره الله يوم القيامة»².

فقدم العلم على العمل والواقع أن تقديم العلم والمعرفة في المجال الطبي على الممارسة الطبية ضروري لكل منتسب للمهنة الصحية حتى يعلم ما يريد ليقصده ويعمل للوصول إليه، وهنا العلم يكون أشد ضرورة واحتياجاً للطبيب لأنه يتعامل مع روح وإنسان... فلذا يجب أن يكون الطبيب على بصيرة وعلم متقنا يمنعه ذلك عن الخطأ وارتكاب المنهيات... فعلى الطبيب مواصلة طلب العلم والتدريب وأن يستزيد من طلب علوم الطب عامة ومن مجاله خاصة ليميز في مجاله ويكون على بينة من أمره، فلا يأمر إلا بحق ولا يعمل إلا برشد وبصيرة ويحتسب وذلك عند الله وحده فتكون له الدرجات العلى عند الله عز وجل: ﴿يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ﴾³، وإن الطبيب العالم ذو المعرفة لا ينفع نفسه فقط وإنما ينفع غيره ومن حوله بما يرشداهم إليه ويدلهم عليه، وطلب العلم كما قال الرسول ﷺ: «طلب العلم فريضة على كل مسلم...»⁴، فعلى الطبيب المسلم، وأي عضو من الفريق الصحي أن يحرص أن يكون دائماً متطلعاً يطور معلوماته الصحية والطبية وينمي مهاراته وقدراته مع الفهم الدقيق أول بأول ويحرص أن يكون العلم بأحكام تخصصه ووظيفته بحول الله وعليه أن يتفكر ويتدبر مصداقاً.

إذن فعلة الطبيب أن يحافظ على كفاءته العلمية بالتعليم المستمر فإن مهنته تتعداه إلى غير وعلمه من النوع التطبيقي والرسول ﷺ يقول: «الحكمة ضالة المؤمن أتى وجدها ينشدها»، ولا يقدم على ممارسة إلا إذا كان مطمئناً إلى كفاءته لتنفيذها وعليه أن يحترم التخصص المهني لتنفيذا لقوله

1 - سورة الحج، الآية 77.

2 - متفق عليه.

3 - سورة المجادلة، الآية 11.

4 - رواه البيهقي.

ﷺ: «من تطب ولم يعلم عن الطب فهو ضامن»، وقوله كذلك: في حديث ابن مسعود أنه ﷺ: «إن الله لم ينزل داء إلا له دواء علمه من علمهن وجهله من جهله، أو لكل داء دواء فإن أصب دواء الداء برأ يأذن الله عز وجل».

ب. واجبات الطبيب نحو المريض:¹

على الطبيب أن يقدم الخدمة الطبية اللازمة لمرضاه بإخلاص في النية والقصد لله وحده عز وجل ثم بدقة وإتقان وذلك من خلال ما يلي:

1. احتساب الأجر والمثوبة عند الله سبحانه وتعالى.

- حسن الاستماع لشكوى المريض وفهم معاناته² والرأفة به وحسن معاملته فمهمته إجابيات على المريض.
- تجنب التعالي على المريض والنظرة الدونية أو الاستهزاء والسخرية به مهما كان مستواه العلمي أو الاجتماعي.
- احترام وجهة نظر المريض خاصة في الأمور التي تتعلق به شخصياً ولا يمنع ذلك من توجيه المريض فيما يتعلق بمرضه.
- المساواة في المعاملة بين جميع المرضى وعدم التفريق بينهم في الرعاية الطبية بسبب تباين مراكزهم الأدبية والاجتماعية أو شعوره الشخصي نحوهم.
- الرفق بالمريض عند الفحص ومراعاة أحكام كشف العورة وأن يقتصر في الفحص على ما تقتضيه ضرورة التوصل إلى التشخيص الصحيح فالضرورة تقدر بقدرها.
- إجراء الفحوص الطبية اللازمة للمريض دون إضافة فحوص لا تتطلبها حالته المرضية.
- الاقتصار في وصف الدواء أو إجراء العمليات الجراحية على ما تتطلبه حالة المريض.

1 - أنظر مطبوعة الدكتور عبد السلام يشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، الشارقة، 2005، ص 82 بتصرف.
وانظر الرهاوي، أدب الطبيب، المرجع السابق، ص 168 وما بعدها بتصرف. وانظر هبة الله بن يوسف، في العلاقة بين الطبيب والمريض ومن يخدمه، المقالة الصلاحية في إحياء الصناعة الطبية الورق 216 أ-ب ميكرو فيلم مركز البحث العلمي وإحياء التراث الإسلامي بجامعة أم القرى بمكة المكرمة، برقم 8/179 مجاميع.

2 - أنظر كتاب الرهاوي، المرجع السابق، ص 169، وهامش الصفحة نفسها، 3، 4.

- الامتناع عن أي ممارسات قد تضر المرضى مثل استخدام طرق تشخيصية أو علاجية غير متعارف عليها أو غير معترف بها علمياً.
- تحري الصدق في إخبار المريض أو من ينوب عنه بالحالة المرضية وأسبابها ومضاعفاتها وفائدة الإجراءات التشخيصية والعلاجية وتعريفهم بالبدائل المناسبة للتشخيص أو العلاج بأسلوب واضح.
- للطبيب أن يستخدم تقديراته الإنسانية في جدوى إخبار المريض الذي يعاني من أمراض خطيرة عن حقيقة مرضه ومضاعفاته أو إخباره بجزء من الحقيقة أو الاقتصار في بيان ذلك على ذوي المريض إذا رأى أن ذلك هو الأصلح، وأن يلتزم الرفق في ذلك كله وطمأنة المريض قال رسول الله ﷺ: «بشروا ولا تنفروا ويسروا ولا تعسروا»، وقوله أيضاً: «لا تنزع الرحمن إلا من شقي»¹.
- تحري الدقة في كتابة التقارير الطبية بما يحقق المصلحة، فلا يكتب من التقرير إلا ما كان واقعاً فعلياً بعيداً عن تهويل المشكلة أو التهوين منها.²
- لا يجوز للطبيب أن يرتكب مخالفات شرعية مثل الخلوة بالأجنبيات أو كشف عن العورات أو غيرها بحجة صلته بالمريض أو إقامة علاقات جانبية خارجية عن متطلبات المهنة.
- إحالة المريض إلى أي جهة يحتاجها المريض مثل طبيب مختص بنوع مرضه أو إلى طبيب لديه وسائل أكثر فعالية إذا استدعت حالة المريض ذلك... ولا يجوز للطبيب أن يتباطأ في الإحالة متى كان ذلك في مصلحة المريض.
- عند إحالة المريض إلى طبيب آخر فعلى الطبيب المعالج أن يقدم المعلومات التي يعتقد أنها لازمة لعلاج المريض.
- عند رغبة المريض في استشارة طبيب آخر فعلى الطبيب المعالج أن يسهل على المريض الحصول على التقارير والمعلومات اللازمة لذلك.
- للمريض الحق في أن يغير طبيبه وله حق الحصول على المعلومات المدونة بسجله الطبي أو الحصول على تقرير طبي مفصل يشرح حالته المرضية.

1 - رواه أبو داود في السنن.

2 - أنظر المطبوعة الدكتور عبد السلام، المرجع السابق، ص 82 بتصرف.

- الاستمرار في تقديم الرعاية الطبية المناسبة للمرضى المصابين بأمراض غير قابلة للعلاج أو مستعصية أو مميتة حتى في اللحظات الأخيرة من حياتهم.
 - التأكد من أن المريض يتلقى العناية الطبية اللازمة أثناء غياب الطبيب مع الاستمرار في تقديم العلاج اللازم للمريض في الحالات الإسعافية حتى تزول الحاجة إليه أو حتى تنتقل رعايته إلى طبيب كفؤ.
 - التبليغ عن أي ممارسات مخالفة للأعراف وأخلاقيات المهنة إذا تحقق من حدوثها.
- ت. واجبات الطبيب نحو المجتمع:¹**
- على الطبيب أن يساهم في خدمة المجتمع من خلال مهنته وبكل إمكاناته حسب ما تقتضيه المصلحة العامة... ويكون ذلك في إطار الأهداف التالية:
1. ممارسة المهنة على أقصى درجة من المعرفة والمهارة والصدق والأمانة والمتابعة لما يستجد في مجال التخصص.
 2. العناية بصحة المجتمع بالتوعية الصحية المناسبة لموقع الطبيب مثل اقتراح برامج الاتجاه الصحي للحياة والعمل على تنفيذها مع بقية أعضاء الفريق الصحي.
 3. المساهمة في تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع في مكان عمله وفي القطاع الصحي بشكل عام.
 4. المساهمة قدر الاستطاعة في دراسة المشكلات الصحية على مستوى المجتمع واقتراح الحلول المناسبة لها مثل مكافحة التدخين والمخدرات وحوادث الطريق والأمراض المعدية وغيرها.
 5. المشاركة الفعالة في البحوث والإحصاءات الطبية التي تفيد المجتمع.
- الالتزام بمعاونة الجهات المختصة في أداء واجباتها نحو حفظ الصحة مثل التبليغ عن الأمراض السارية والأوبئة.

1 - أنظر مطبوعة الدكتور عبد السلام، المرجع السابق، ص 9.1

خلاصة الفصل:

من خلال ما تقدم من هذا الفصل في جميع عناصر المتعلقة أخلاقيات المهنة وأهم مراحل تطور هذه الأخلاقيات عبر التاريخ وكذلك مع ما يحمله التراث العالمي والشرعية الإسلامية لمهنة الطب وأخلاقياتها من أقسام ومواثيق مختلفة غير الأحقاب الزمنية، ورغم اختلاف المفاهيم والتعاريف المتعلقة بمجال الأخلاقيات في المهنة أو مهنة الطب على وجه التحديد لدى المفكرين اليونانيين والغربيين إجمالاً، أو لدى المصريين القدماء والصينيين والعلماء المسلمين الذين تأثر بشكل مباشر أو غير مباشر بالمدارس الأخلاقية المتعاقبة.

ورغم غزارة الفكر المتعلق بالقيم والأخلاقيات الاجتماعية أن المواضيع التي لا زالت بكرة وتحتاج إلى دراسة وبحث مركز صادق مستفيض تشمل أخلاقيات المهنة وخاصة أخلاقيات القطاع الصحي العام أو الخاص، وما يلاحظ أنه ومنذ منتصف الثمانينيات من القرن الماضي بدأت موجة فكرية تركز على الجانب الأخلاقي للعمل وبدأت التشريعات تحدد النمط الأخلاقي للسلوك الوظيفي العام، ولا تكاد تخلو هذه التشريعات من الإشارة إلى المصلحة الشخصية للممتن مع تأكيد الجانب الأخلاقي له.

كما يلاحظ الدارس الأخلاقيات المهنة الطبية بشكل خاص وللمهنة عموماً قلة المصادر المكتوبة لهذا الموضوع وقد تكن أحد الأسباب أن القواعد والقيم الأخلاقية عادة ما تكون غير مكتوبة لذلك هنالك متحولات متجددة لتوثيق هذه المواثيق والأقسام الخاصة بالأخلاقيات لكل مهنة ومثال هذه الجهود أخلاقيات مهنة الطب على رأسها ومهنة المحاماة وأخلاقيات مهنة التعليم وأخلاقيات الوظيفة العامة... وغيرها قد تهدف لجعل القواعد والأسس التي يجب على المهني التمسك بها والعمل بمقتضاها ليكون ناجحاً في تعامله مع الناس وفي مهنته، وتمتاز الأعمال المهنية بخصائص منها وجود نظام عام للمعرفة النظرية لهذه المهنة، وهذا النظام هو المصدر الرئيسي لاكتساب المهارة فيه، وتقبل أفراد المجتمع ومنظّماته لسلطة وخبرة أعضاء هذه المهنة (الأطباء) ووجود أعراف وتقاليد وأخلاقيات تضبط ممارسات الأطباء وتكسبهم احترام المجتمع وأفراده.

الفصل الرابع: المقاصد والمبادئ والضوابط الشرعية للطبيب المسلم

تمهيد:

أولاً : المقاصد الشرعية للطبيب المسلم

أ. حقيقة المقاصد الشرعية في اللغة والشرع

ب. أقسام المقاصد الشرعية

ت. ترتيب المقاصد وأثرها على الأحكام الفقهية الطبية

ث. ما المقصود بأن الأخلاقيات الطبية من المقاصد

ثانياً : القواعد والضوابط الشرعية للطبيب المسلم .

أ. القواعد الكلية وفوائدها على الطب والطبيب المسلم

ب. الضوابط الشرعية للطبيب المسلم

ثالثاً : موافقة الأخلاقيات الطبية للمقاصد والقواعد والضوابط الشرعية

رابعاً : المبادئ التي تقوم عليها أخلاقيات الطب

خامساً : قواعد مزاولة العمل الطبي وأخلاقياته وفق الشريعة

خاتمة الفصل

تمهيد:

في البداية وجب أن نوضح المقاصد الشرعية ثم الأخلاقيات الطبية لأن هدف هذا البحث لن يتناول الأخلاقيات الطبية عموماً وإنما سيتناول الأخلاقيات الطبي من حيث محافظتها على مقاصد الشريعة الإسلامية وعلى رأسها الضروريات للمس وهي حفظ الدين والنفس والعقل، والنسل والمال، وذلك لأن مصالح الدين والدنيا قائمة على المحافظة على هذه المقاصد الشرعية، فالله تعالى ما سن الأحكام الشرعية إلا لجلب النفع لعباده ودفع الضرر عنهم في شتى مجالات الحياة ومنها المجال الطبي. لذا فإننا سوف نتناول بالبحث من هذه المقاصد ما يتعلق بمهنة الطب وهو:

ضرورة الالتزام الطبي بالمحافظة على النفس، وضرورة الالتزام الطبي بالمحافظة على العقل وضرورة الالتزام الطبي بالحافظة على النفس.

وهذا ما جعلنا نقسم هذا الفصل إلى ثلاثة عنصرين :

- المقاصد الشرعية للطبيب المسلم.

- الضوابط الشرعية للطبيب المسلم.

أولاً : المقاصد الشرعية للطبيب المسلم :

أ. حقيقة المقاصد الشرعية في منظور علماء اللغة والشرع :

1. المقاصد الشرعية من منظور علماء اللغة:

- هي الأغراض والأهداف جمع مقصد وهو مكان القصد.
- وتعني العزم والتوجه نحو الشيء، يقال (بابك مقصدي) أي المكان الذي أقصده.
- وهي أيضاً مأخوذة من القصد وهو إثبات الشيء وأمه ومنه قولك: (قصدتُ إليه) أي طلبته بعينه ونحوت نحوه.¹

و الشرعية: صفة للمقاصد وهي مواقف الشرع وانطبق عليه، وهي صفة مشتقة من شرع يشرع شرعاً أي أظهر وأوضح وسنّ، وشرع الله لنا كذا أي أظهره وأوضحه وسنه وجعله طريقاً ومذهباً.

1 - لسان العرب لجمال الدين بن منظور 3242/3243، ط، دار المعارف، معجم مقاييس اللغة لأبي الحسين أحمد بن فارس

بك زكريا، 95/5، ط1، 1411، ص401.

فالشرع: هو البيان والإظهار وهو نهج الطريق الواضح ثم استعيد للطريقة الإلهية من الدين، ومنه

الشرعة والشرعية قال تعالى: ﴿ثُمَّ جَعَلْنَاكَ عَلَىٰ شَرِيعَةٍ مِّنَ الْأَمْرِ فَاتَّبِعْهَا...﴾¹.

وقال تعالى: ﴿... لِكُلِّ جَعَلْنَا مِنْكُمْ شَرْعَةً وَمِنْهَا جَا...﴾².

و المشروع: ما سوغه الشرع وأجازته، والجمع شرائع وهي السنن أي ما شرع الله تعالى لعباده من السنن والأحكام، قال تعالى: ﴿شَرَعَ لَكُمْ مِّنَ الدِّينِ مَا وَصَّىٰ بِهِ نُوحًا﴾³، وسميت الشريعة بذلك لوضوحها وظهورها واستقامتها.⁴

2. المقاصد الشرعية من منظور علماء الشريعة:

المقاصد الشرعية من منظور علماء الفقه وأصوله: هي الأغراض والحكم الإلهية التي من أجلها قصد الشارع وضع الشرائع لتحقيقها بفهم نصوصها، وأحكامها الفقهية تم تكليف العباد بتطبيقها على القواقع وما يتجسد من أحداث، فهي عبارة عن المصالح التي أمرنا بها أو المقاصد التي نهينا عنها ثم كلفنا العمل بها في الدنيا.⁵

ب. أقسام المقاصد الشرعية:

بناء على ما سبق من أن مقصد الشارع من تشريع الأحكام هو تحقيق مصالح العباد بجلب النفع لهم ودرء الضرر عنهم فهذه المقاصد تنوع إلى ضروريات وحاجيات وتحسينات، وهذا بناء "على أن حاجة الخلف إلى هذه المقاصد متفاوتة فمنهم من يحتاج إلى المقاصد الضرورية لتنظيم حياتهم وتقسيم وإلا عمت الفوضى في المجتمع، ومنهم من يحتاج إلى المقاصد الحاجية للتيسير عليهم

1 - سورة الجاثية، من الآية 18 - قواعد الأحكام، المرجع السابق، ص 78.

2 - سورة المائدة، من الآية 48.

3 - سورة الشورى، من الآية 16.

4 - للشريف علي بن محمد الجرجاني، التعريفات، ط 1، دار الكتب العلمية، بيروت، 1983، ص 162.

5 - أبي إسحاق إبراهيم بن موسى الغرناطي المالكي الشاطبي، كتاب الموافقات، دار المعارف، 29، وورد فيه المقاصد التي ينظر فيها قسمان: أحدهما يرجع إلى قصد الشارع، والآخر يرجع إلى قصد المكلف فالأول يغير من جهة قصد الشارع في وضع الشريعة ابتداءً، ومن جهة قصده في وضعها للأفهام، ومن جهة قصده في وضعها للتكليف بمقتضاها ومن جهة قصده في دخول المكلف تحت حكمها "وورد في ص 6 قوله: "إن وضع الشرائع إنما هو لمصالح العباد في العاجل والآجل معاً، والمعتمد إنما هو أنا استقرينا من الشريعة أنها وضعت لمصالح العباد...".

ورفع الحرج والمشقة عنهم وإلا لحقهم العنت والضيق بفقدائها، ومنهم من يحتاج إلى المقاصد التحسينية حتى يؤدي ما كلف به على أكمل وجه وأجمل صورة فهي من قبيل التحسين والتزيين للأعمال فهي من باب مكارم الأخلاق وكريم العادات.¹ ولهذا قسمت المقاصد الشرعية بحسب شدة الحاجة إليها إلى ثلاثة أقسام:

3. القسم الأول: المقاصد الضرورية

قال الإمام الشاطبي² في تعريفها: «هي التي لا بد منها في قيام مصالح الدين والدنيا بحيث إذا أفقدت لم تجر مصالح الدنيا على استقامة، بل على فساد وتهاجر وفوت الحياة، وفي الآخرة فوت النجاة والنعيم والرجوع بالحشران المبين».³

وقيل: هي كل ما يشمل على مصلحة تنتهي إلى حد الضرورة⁴ وقد شرع الله سبحانه وتعالى للمحافظة على المقاصد الضرورية أحكاماً تحققها وتصورها وتدفع عنها ما يفسدها وذلك بإقامة أركانها وتثبيت قواعدها ودرء الخلل عنها.

وللمحافظة على المقاصد الضرورية للشرعية الإسلامية أمر الله تعالى بال حفاظة على أمور خمسة وهي: (الدين، النفس، العقل، النسل، المال).⁵

قام الإمام الغزالي -رحمه الله-: «مقصود الشارع من الخلف خمسة وهو أن يحفظ عليهم دينهم ونفسهم وعقلهم ونسلهم وماله»⁶، وفيما يلي ينا كل أمر من هذه الأمور:

1 - أبي العباس تقي الدين أحمد بن عبد الحلیم الشهير باین تیمیة، کتاب منهاج السنة النبویة، دار الکتب العلمیة، بیروت، 140/1.

2 - الشاطبي، الموافقات، المرجع السابق، ص 08.

3 - نفس المرجع، ص 09.

4 - جمال الدين عبد الرحيم، شرح الأستوي نهاية السؤال، دار الکتب العلمیة، بیروت 1994، ص 73.

5 - محمد بن علي بن محمد الشوكاني، إرشاد الفحول، 1، دار الکتب العلمیة، بیروت 1994، ورد فيه "الضروري هو المتخمن لحفظ مقصود من المقاصد الخمس التي لم تختلف الشرائع فيها بل هي مطبقة على حفظها وهي الدين والنفس، والنسل والعقل، والمال"، ص 320.

6 - أبي حامد محمد بن محمد الغزالي، ط 2، دار الکتب العلمیة، 1983، 1، ص 286.

• أولاً: حفظ الدين:

وهو عبارة عن العقائد والأحكام والعبادات التي شرعها الله تعالى لتنظيم علاقة الإنسان بربه وعلاقته بالآخرين.

وقد شرع الله تعالى لإيجاده وإقامته قواعد الإيمان الخمس وهو النطق بالشهادتين، والصلاة وإيتاء الزكاة والحج وصوم رمضان.

وشرع لحفظه وحمايته من الاعتداء عليه الجهاد لمحاربة من يقف عقبة في سبيل الدعوة إليه فقد حفظ الله سبحانه وتعالى دينه وحماه بشرع الزواجر عن الردة والمقاتلة مع أهل الحرب¹ قال تعالى: ﴿ قَاتِلُوا الَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ بِاللَّهِ وَلَا بِالْيَوْمِ الْآخِرِ... ﴾²

وشرع عقوبة المرتدين والمبتدعين في الدين ما ليس منه قال النبي ﷺ: «من بدل دينه فاقتلوه».³

كما شرع الحجر على المفتي الماجن الذي يحل ما حرم الله ونص على أن الفتنة أشد من القتل تعالى: ﴿...وَالْفِتْنَةُ أَشَدُّ مِنَ الْقَتْلِ... ﴾⁴

كما حمى حرية التدين⁵ فقال تعالى: ﴿ لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ قَدْ تَبَيَّنَ الرُّشْدُ مِنَ الْغَيِّ... ﴾⁶

قال الإمام الشاطبي-رحمه الله-: «فأصول العبادات راجعة إلى حفظ الدين من جانب الوجود كالإيمان والنطق بالشهادتين والصلاة والحج...»⁷.

• ثانياً: حفظ النفس

1 - الموافقات للشاطبي، المرجع السابق، 10/2.

2 - سورة التوبة، من الآية 29.

3 - صحيح البخاري، 4/64/8/ (89) كتاب استتابة المرتدين والمعاندين وقتلهم (2) باب حكم المرتد والمرتدة/ رقم (69/22).

4 - سورة البقرة، من الآية 191.

5 - الموافقات للشاطبي، 8/2، المستصفى للغزالي، 1/287.

6 - سورة البقرة، من الآية 256.

7 - الموافقات للشاطبي، 8/2.

وهو عبارة عن التشريعات والحكام التي تمنع الاعتداء على النفس أو على أي جزء من أجزاء الدين.

وقد شرع الله سبحانه وتعالى لحفظها تناول ما يقيم الحياة من مأكّل ومشرب ومسكن وملبس وأباح الطيبات من الرزق، وفرض الديات والكفارات، وأوجب القصاص إحياء للنفوس وحرّم أن يلقي الإنسان نفسه في التهلكة قال تعالى: ﴿...وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ...﴾¹ وحرّم قتل الشخص لنفسه قال تعالى: ﴿...وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾²، قال تعالى: ﴿...وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ...﴾³.

● ثالثاً: حفظ العقل

وهو عبارة عن التشريعات والأحكام التي تهتم بحماية العقل البشري من تناول كل ما يفسده مطموعاً كان أو مشروباً حتى يستطيع أداء ما كلف به من عمل وعبادة.

وقد شرع الله سبحانه وتعالى للمحافظة على العقل تحريم تناول كل ما يضعف قدرته سواء كان مسكراً أو مخدراً لأن الله تعالى كرم الإنسان العقل وميزه به عن سائر المخلوقات لذلك كان لابد من حمايته والمحافظة عليه وتحريم كل ما يؤدي إلى إفساده أو إضعافه قال تعالى: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ...﴾⁴.

كما شرع العقوبات الزاجرة على كل من يقدم على إتلاف عقله ليبقى مفكراً فشرع حد شرب المسكر وغيره من العقوبات التعزيرية.

قال الإمام الشاطبي -رحمه الله-: «والعادات والمعاملات راجعة إلى حفظ النفس والعقل من جانب الوجود أيضاً كتناول المأكولات والمشروبات والملبوسات والمسكونات وما أشبه ذلك» وقال: «والجنايات ما كان عائداً على ما تقدم بالإبطال فشرع فيها ما يدرأ ذلك بالإبطال وتبلافي تلك

1 - سورة البقرة، من الآية 195.

2 - سورة النساء، من الآية 29.

3 - سورة الأنعام، من الآية 115.

4 - سورة الإسراء، من الآية 70.

المصالح كالقصاص والديات للنفس، والحد للعقل، وتضمن قيم الأموال للنسل، والقطع والتضمن للمال وما أشبه ذلك».¹

● رابعاً: حفظ النسل

وهو عبارة عن التشريعات والأحكام التي تحفظ للإنسان بقاء نوعه وصون نسله عن الاختلاط أو التقليل أو الانقراض بارتفاع النوع الإنساني من الوجود.

وقد شرع الله سبحانه وتعالى لحماية الزواج، وحرمة الزنا وكل ما يدعو إليه كتحريم النظر بشهوة إلى المرأة الأجنبية وتحريم الخلوة بها، وتحريم قتل الأولاد، وتحريم الإجهاض.

قال تعالى: ﴿...الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا وَنِسَاءً...﴾.²

فقد حفظ الله تعالى النسل بشرع الزواج عن الزنا، لأن المزاحمة على الأبضاع تفضي إلى اختلاط الأنساب المفضي إلى انقطاع التعهد عن الأولاد، والتوثب على الفروج التعدي والتغلب وهو مجلبة للفساد والتقاتل.³

● خامساً: حفظ المال

وهو عبارة عن مجموعة من الأحكام الشرعية التي تعني بأمر تديره والانتفاع به وتبين الطرق المشروعة لكسبه وتحصيله.

فقد أوجب الله سبحانه وتعالى على الإنسان السعي للرزق، وأباح له المعاملات التي يترتب عليها تبادل المنافع بين الناس كالمضاربة والبيع والإجارة قال تعالى: ﴿هُوَ الَّذِي جَعَلَ لَكُمُ الْأَرْضَ ذُلُولًا فَأَمْشُوا فِي مَنَاكِبِهَا وَكُلُوا مِنْ رِزْقِهِ...﴾.⁴

وشرع الله لحماية وحفظه تحريم السرقة وجعل للشارق وللسارقة حداً قال تعالى:

1 - الموافقات للشاطبي، 10/2.

2 - سورة النساء، من الآية 1.

3 - المخصول، 160/5.

4 - سورة الملك، من الآية 15.

﴿وَالسَّارِقُ وَالسَّارِقَةُ فَاقْطَعُوا أَيْدِيَهُمَا جَزَاءً بِمَا كَسَبَا نَكَالًا مِّنَ اللَّهِ وَاللَّهُ عَزِيزٌ حَكِيمٌ﴾¹.

كما حرم الغش والخيانة، وحرم الربا وأكل أموال الناس بالباطل، وإتلاف مال الغير وشرع الحجر على السفينة محافظة على أمواله، وفرض ضمان المتلفات.

يقول الإمام الشاطبي-رحمه الله- في ذلك: «والمعاملات راجعة إلى حفظ النسل والمال من

جانب الوجود...» وقال: «والجنايات ما كان عائدا على ما تقدم بالإبطال فشرعه ما يدرأ ذلك

بالإبطال وتبلا في تلط المصالح كتضمينه قيم الأموال للنسل وكالقطع والتضمين للمال»²، وهذه

الضروريات يشترك فيها الرجال والنساء معا كما أنها مراعاة في كل دين وملة.³

***- مكملات المقاصد الضرورية:**

اقتضت حكمة الله تعالى أن شرع مع المقاصد الضرورية أحكاما تعتبر مكملة لها في تحقيقها

ليتم حفظها على أكمل وجه، ومن أمثلة هذه المكملات:

✓ أنه لما أوجب القصاص لحفظ النفس شرع أداءها في جماعة وإعلانها بالأذان ليكون إقامة الدين وحفظ أتم بإظهار شعائره والاجتماع عليها.

✓ أنه لما أوجب القصاص لحفظ النفس شرع التماثل فيه مع أنه لا تدعو إليه الضرورة ولا تظهر فيه شدة الحاجة إليه، إلا أنه مكمل لحكمة القصاص لأن قتل الأعلى بالأدنى يؤدي إلى إثارة العداوة والبغضاء فلا يكمل بدونه ثمرة القصاص من الزجر والحياة التي قصدها الشارع منه لأن قتل القاتل بصورة أفزع مما فعل به قد يؤدي إلى سفك الدماء فيحصل نقيض المقصود من القصاص.

✓ أنه لما حرم الزنا لحفظ العرض والنسل حرم الخلوة بالأجنبية سدا للذريعة.

✓ أنه لما حرم الخمر حفظا للعقل حرم سرب القليل منه ولو لم يسكر لأنه بما فيه من لذة الطرب والنشوة يدعو إلى الكثير المضيع للعقل فتحريم القليل مكمل لحكمة تحريم الكثير.

1 - سورة المائدة، الآية 37.

2 - الموافقات للشاطبي، 10/2.

3 - الموافقات للشاطبي، 10/2 ورد فيه مجموع الضروريات الخمس (حفظ الدين، النفس، النسل، العقل والمال).

✓ أنه لما حرم الاعتداء على المال راعي التماثل في ضمان الاعتداء عليه، فحرم الربا تكميلاً لحفظ المال لأن الزيادة التي يدفعها المدين لا مقابل لها شرعاً.¹

إن هذا النوع من المقاصد هو الكفيل بإقامة نظام وقانون عام للحياة بوجه عام والمجتمع بشكل خاص كي تستقيم الحياة وتنظم وإلا عمتها الفوضى والفساد سواء كان في الدين أو النفس أو العقل أو النسل أو المال، وقد تم تكميل هذه المقاصد بإحكام تكملها ليتم أداءها على أكمل وجه إلا أن الإخلال بأصل المقصد الضروري.

القسم الثاني: المقاصد الحاجية

قال الشاطبي-رحمه الله-: «الحاجيات معناها أنها هي المقاصد التي يفتقر إليها من حيث التوسعة ورفع الضيق المؤدي في الغالب إلى الحرج والمشقة اللاحقة بفوت المطلوب، فإذا لم ترع داخل على المكلفين الحرج والمشقة لكن لا يبلغ مبلغ الفساد العادي المتوقع في المصالح العامة».² وقيل: إن الحاجي هو الذي يقع في محل الحاجة لا محل الضرورة.³

وقد شرع الله سبحانه وتعالى لعباده بعض الأحكام التي ترفع الحرج عنهم في العبادات والعادات والمعاملات والجنايات.

أما **العبادات**: فكالرخص المخففة بالنسبة إلى حقوق المشقة في حالتي السفر والمرض وذلك كإباحة الفطر في رمضان للمريض والمسافر.

أما **العادات**: فكإباحة الصيد والتمتع بالطيبات مما هو حلال من مأكّل ومشرب وملبس ومسكن ومركب.

أما **المعاملات**: فقد شرع أنواع من المعاملات التي يحتاجها الناس استثناء من القواعد العامة كالمضاربة والسلم والمساواة، وإلغاء التوابع في العقد على المتبوعات كثمر الشجر، وشرع الطلاق

1 - الموافقات للشاطبي، 12/2، ورد فيه: "كل مرتبة من هذه المراتب ينضم إليها ما هو كالتمة والتكملة مما لو فرضنا فقدّها لم يخل بحكمتها الأصلية".

2 - الموافقات للشاطبي، 11/2.

3 - إرشاد الفحول ص321 وورد فيه "الحاجي ما يقع في محل الحاجة لا محل الضرورة كالإجارة فإنها مبنية على مسيس الحاجة إلى السكن مع عدم تملك العين...".

للخلاص من زوجية لم تعد صالحة للبقاء والاستمرار.

أما الجنايات: فقد جعل الدية على العاقلة (عائلة القاتل) في القتل الخطأ، وجعل لولي المقتول الحق في العفو عن القصاص، وشرع قاعدة درء الحدود بالشبهات تخفيفاً عن القاتل.¹

وقد نص القرآن الكريم على الكثير من الآيات التي تنادي بمبدأ التيسير والتخفيف على الناس ورفع الرج والمشقة عنهم قال تعالى: ﴿... يُرِيدُ اللَّهُ بِكُمُ الْيُسْرَ وَلَا يُرِيدُ بِكُمُ الْعُسْرَ...﴾²، وقال تعالى: ﴿... يُرِيدُ اللَّهُ أَنْ يُخَفِّفَ عَنْكُمْ وَخُلِقَ الْإِنْسَانُ ضَعِيفًا﴾³، وقال تعالى: ﴿... وَمَا جَعَلَ عَلَيْكُمْ فِي الدِّينِ مِنْ حَرَجٍ...﴾⁴.

وورد في السنة النبوية أيضاً ما يدل على ذلك فقد روى أن النبي ﷺ قال: «يسروا ولا تعسروا وبشروا ولا تنفروا».⁵

ومن القواعد الشرعية المؤيدة لهذه النصوص قاعدة (الضرورات تبيح المحظورات) وقاعدة (المشقة تجلب التيسير)، وذلك كتحریم الله سبحانه وتعالى أكل الميتة على عباده في الأحوال العادية ولكن عند الضرورة تقدر بقدرها.

قال تعالى: ﴿إِنَّمَا حَرَّمَ عَلَيْكُمُ الْمَيْتَةَ وَالدَّمَ وَلَحْمَ الْخِنْزِيرِ وَمَا أُهْلَ بِهِ لِغَيْرِ اللَّهِ فَمَنْ اضْطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ وَلَا عَادٍ فَلَا إِثْمَ عَلَيْهِ إِنَّ اللَّهَ غَفُورٌ رَحِيمٌ﴾⁶.

وكتحریم كشف المرأة شيء من جسدها أمام الرجال الأجانب لغير الحاجة إلا أن الطبيب يباح له أن يرى من جسدها ما تحرم رؤيته لضرورة العلاج، كما أن الرؤية تباح بقدر الحاجة دون زيادة.⁷

1 - الموافقات للشاطبي، 12/2، أصول الفقه لأبي زهرة، ص202.

2 - سورة البقرة، من الآية 175.

3 - سورة النساء، الآية 28.

4 - سورة الحج، من الآية 78.

5 - صحيح البخاري، 1/29 (3) كتاب العلم.

6 - سورة البقرة، الآية 173.

7 - الموافقات للشاطبي، 12/2، المستصفى للغزالي، 1/279 وورد فيه "ما يقع في رتبة الحاجات من المصالح والمناسبات كتسليط الولي على تزويج الصغيرة والصغيرة لا = ضرورة إليه محتاج إليه في اقتناء المصالح وتقييد الأكفاء".

فهذه الأحكام كلها ليست ضرورية لحفظ أصل المصالح الخمسة الكلية وإنما هي أحكام تكمل هذا الحفظ وترفع عن تحصيل المصالح الحرج الشديد والمشقة الزائدة.

فالتمتع بالطيبات بما فوق الحاجة إلى حفظ الحياة ليس ضروريا لأصل حفظ النفس، ولكنه مكمل لهذا الحفظ ومحقق لحاجة وأن لم تبلغ مبلغ الضرورة لكن ينال الإنسان بفقدانها الحرج والمشقة.¹

***- مكملات المقاصد الحاجية:**

اقتضت الحكمة الله سبحانه وتعالى أن شرع من المقصد الحاجية أحكاما تعتبر مكملة لها ومن أمثلة هذه المكملات:

1. أنه تعالى أجاز الجمع بين الصلاتين في السفر الذي تقصر فيه الصلاة كالجمع بين الظهر والعصر والجمع بين المغرب والعشاء كحكم مكمل لإباحة قصر الصلاة الرباعية في السفر.
2. اشترط الكفاءة في النكاح لتحقيق الألفة والمحبة والوفاق بينهما، وكذلك شرع مهر المثل لما يترتب عليه من دوام الزواج واستمراره، مع ملاحظة أن المقصود الأصلي في النكاح يحصل بدونهما لكنهما أشد إفضاء لدوام النكاح وتتمام الألفة بين الزوجين وما به دوامه يعتبر من مكملاته.
3. إن الله سبحانه وتعالى لما شرع أنواع المعاملات من بيع وإجارة وشركة ومضاربة كملها بالنهاي عن الغرر والجهالة وبين المعدوم، وبين ما يصح اقتران العقد به من شروط وما إلا يصح غير ذلك مما يقصد به سد حاجات الناس من المعاملات دون عداوة أو خصومة، وشرع الإشهاد على البيع والرهن من باب التكملة، وشرع الخيارات على اعتبار أنها أحكام تكميلية للمعاملات المشروعة وذلك لسد حاجة الناس دون إثارة² المنازعات بينهم.³

هذا النوع من المقاصد هو الكفيل برفع الحرج والمشقة عن العباد في تأديتهم للتكاليف المسندة إليهم تخفيفا وتيسيرا عليهم، وإذا لم تراعى هذه المقاصد لحق الناس العنت والضيق، وما تكمل به هذه المقاصد تعتبر أحكاما متممة للمقاصد الحاجية حتى يحصل المقصود منها كاملا ويؤديها المكلف

1 - نظرية المصلحة الفقه الإسلامي، د/ حسين حسان، ص 29.

2 - الموافقات للشاطبي، 12/2، المستصفى للغزالي، 1/290.

3 - نفس المرجع، 13/2.

بسهولة ويسر على أتم وجه كما أن الإخلال بها لا يخل بأصل التوسعة والتخفيف الذي هو مضمون المقصد الحاجي.

القسم الثالث: المقاصد التحسينية

قال الإمام الشاطبي -رحمه الله- «هي لما لا يرجع إلى ضرورة ولا إلى حاجة من الأحكام

ولكن يقع موقع التحسين والتزيين والتيسير للمزايا ورعاية أحسن المناهج في العادات والمعاملات».¹

ويسم هذا القسم بقسم (محارم الأخلاق) حيث ترجع هذه المصالح إلى مكارم الأخلاق

ومحاسن العادات وكل ما يؤدي إلى سير الناس في حياتهم على أحسن منهاج وأقوم وأفضل طريق.

وقد شرع الله سبحانه وتعالى لعباده بعض الأحكام التي تحسن وتجمل تصرفاتهم في العبادات

والمعاملات والعقوبات والجنايات.

أما العبادات فقد شرع الله تعالى أحكام الطهارة من طهارة البدن والثوب والمكان، وستر

العودة، وأحل الزينة عند كل مسجد قال تعالى: ﴿بَنِي آدَمَ خُذُوا زِينَتَكُمْ عِنْدَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَكُلُوا

وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ قُلْ مَنْ حَرَّمَ زِينَةَ اللَّهِ الَّتِي أَخْرَجَ لِعِبَادِهِ وَالطَّيِّبَاتِ مِنَ

الرِّزْقِ قُلْ هِيَ لِلَّذِينَ آمَنُوا فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا خَالِصَةً يَوْمَ الْقِيَامَةِ كَذَلِكَ نُفَصِّلُ الْآيَاتِ لِقَوْمٍ

يَعْلَمُونَ».²

وأمر بالتقرب بالنوافل من الصدقات والقربات، وسن رسول الله ﷺ السنن التي يتطوع بها

الإنسان في الصلاة والزكاة والصوم، وبين لأئمة الآداب التي يفرض التحلي بها في العبادات المختلفة

كتجديد الوضوء والاغتسال السنون كغسل الجمعة والعيدين ويوم عرفة.

أما المعاملات: فقد بني أمرها على الوضوح وعدم كتمان العيوب، وحرم الغش والتدليس

والتغريير وكل ما يؤوي إلى التنازع بين المتعاقدين، وحرم بين النجسات وفضل الماء والكلاء وسلب المرأة

منصب الإمامة وإنكاح نفسها... الخ.

1 - نفس المرجع، 11/2.

2 - سورة الأعراف، الآيتان 31، 32.

أما الجنايات: فقد نهى سبحانه وتعالى عن قتل النساء والصبيان والرهان في الحرب، ونهى عن إغراق وإحراق الزروع، ونهى عن الغدر ونكث العهد، ونهى عن التمثيل بالقتلى.

أما العبادات: فقد حث الإسلام على كل ما يذهب الفرد من آداب كآداب الطعام والشراب، وآداب الجماع بين الزوجين، وآداب دخول المسجد والخروج منه، وآداب الطب والتداوي ومن النصوص الدالة على ضرورة التعود على هذه التحسينات قوله تعالى: ﴿...مَا يُرِيدُ اللَّهُ لِيَجْعَلَ عَلَيْكُمْ مِنْ حَرَجٍ وَلَكِنْ يُرِيدُ لِيُطَهِّرَكُمْ وَلِيُتِمَّ نِعْمَتَهُ عَلَيْكُمْ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ﴾¹.

وما روى أن النبي ﷺ: «كان يأمر بمكارم الأخلاق»²، وقال رسول الله ﷺ: «إن الله طيب لا يقبل إلا طيباً...»³.

فقد دلت هذه النصوص على أن هذه الأحكام تجري مجرى التحسين والتزيين فهي ليست ضرورية لحفظ المقاصد الكلية، ولا يلزم من فقدانها الحرج والمشقة وإنما تعد من الكماليات ويعد تحصيلها وشرع الأحكام التي تحققها من باب محاسن الأخلاق وكريم العادات ومحاسن الشيم.⁴ يقول الإمام الشاطبي -رحمه الله-: «فهذه الأمور راجعة إلى محاسن زائدة على أصل المصالح الضرورية والحاجة إذ ليس فقدانها بمخل بأمر ضروري ولا حاجي، وإنما جرت مجرى التحسين والتزيين»⁵.

هذا النوع من المقاصد هو الذي يحمل التصرفات والأعمال ويزينها حتى يمكن للمؤمن من تأديتها على أتم وجه، فهي التي يكتمل بها نظام المجتمع وتضج به ملامحه وصفاته حتى تكون له سمة تميزه عن غيره، وما تكمل به هذه المقاصد تعتبر أحكاماً متممة لها حتى تؤدي على أجمل صورة

1 - سورة المائدة، من الآية 06.

2 - صحيح البخاري 108/74 كتاب الآداب/ (39) باب حسن الخلق والسخاء وما يكره من بخل.

3 - صحيح مسلم 582/12 كتاب الزكاة/ (91) باب قبول الصدقة من الكسب الطيب وترتيبها/ رقم (1015) روى عن أبي هريرة رضي الله عنه.

4 - المحصول، 5/160، المستصفي للغزال، 1/390 ورد فيه (التربة الثالثة مالا يرجع لإلى ضرورة ولا إلى حاجة ولكن يقع موقع التحسين والتزيين والتيسير للمزايا ورعاية أحسن المناهج في العادات).

5 - الموافقات للشاطبي، 2/12.

خاصة وأن الإخلال بها لا يخل بأصل التحسين والتزيين الذي هو مضمون المقصد التحسيني.
وعلى ضوء ما سبق ذكره:

فإنه سبحانه وتعالى إنما قصد من تشريع الأحكام لعباده حفظ مقاصدهم الضرورية والحاجية والتحسينية لأن هذه المصالح التي يحتاجون إليها في حياتهم.
واستقراء مصالح الناس يدل على حصر مصالح الخلق في هذه الأنواع الثلاثة وبالتالي رجوع كل مصلحة منها إلى نوع من هذه الأنواع.¹

ت. ترتيب المقاصد الشرعية وأثرها على الأحكام الفقهية الطبية :

ويشتمل على:

4. ترتيب المقاصد الشرعية:

لقد وضعت المقاصد الشرعية لرعاية مصالح المكلفين، وحاجة الناس على هذه المصالح ليس متساوية فهم يحتاجون إلى بعض الأحكام أكثر من احتياجهم إلى البعض الآخر، فجميعهم يحتاجون إلى الأحكام التي تنظم لهم حياتهم وإلا عمتها الفوضى، ومنهم من يحتاج إلى الرخص التي تخفف عنهم مشقة بعض التكاليف وإلا كانوا في حرج ومشقة، ومنهم من يحتاج إلى الأحكام التي تحمل أعمالهم وتزينها والتي لا يترتب على فقدها أي مفسدة إلا خروج العمل عن دائرة الحسن والجمال. لذا فإن المقاصد الشرعية في مرتبة واحدة بل هي متفاوتة على حسب أهميتها وحاجة الناس إليها، وبناء على هذا الترتيب ترتب الأحكام الشرعية التي تحققها.

وفي هذا فالمقاصد الشرعية ثلاث مراتب:

المرتبة الأولى: المقاصد الضرورية:

التي يكون الحكم الشرعي فيها لحماية أصل من الأصول الخمسة، وهي أهم هذه المقاصد لأنه يترتب على فقدها اختلال نظام الحياة وشيوع الفوضى بين الناس وضياع مصالحهم وهو النوع الذي يجب تطبيقه على قضايا وممارسات الطب.

المرتبة الثانية: المقاصد الحاجية

1 - نفس المرجع، 13/2، المستصفي للغزالي، 391/1.

التي لا يكون الحكم الشرعي فيها لحماية أصل من الأصول الخمسة بل يقصد به دفع الحرج والمشقة لأنه يترتب على فقدها وقوع الناس في الحرج والضيق والعصر والمشقة.

المرتبة الثالثة: المقاصد التحسينية

التي لا يكون الحكم الشرعي لتحقيق أصل المصالح، بل تكون من قبيل التحسين والتزيين لهذه الأصول، ولا يترتب على فقدها اختلال الحياة ولا وقوع الناس في الحرج والضيق، وإنما يترتب على فقدها خروج الناس عن مناهج الكمال الإنساني والمروءة وما تستحسنه العقول السليمة. وعلى هذا: فالأحكام الشرعية التي شرعها الله تعالى للمحافظة على المقاصد الضرورية أهم هذه الأحكام، وتليها الأحكام التي شرعت للمحافظة على المقاصد الحاجية، ثم الأحكام التي شرعت للتحسين والتزيين والتجميل وذلك لأن الأحكام التحسينية تعتبر مكملية للأحكام الحاجية والأحكام الحاجية تعتبر مكملية للأحكام الضرورية لأنها الأصل والأصل مقدم على ما يكمله.

5. أثر ترتيب المقاصد الشرعية على الأحكام الفقهية:

ترتيب المقاصد الشرعية على النسق الذي ذكر يترتب عليه عدة آثار منها:

أن المقاصد الضرورية في الشريعة أصل للحاجية والتحسينية، فلو فرض اختلال الضروري لاختل الحاجي والتحسيني باختلاله، ولا يلزم من اختلالهما الحاجي، وإذا حوفظ على الحاجي فلا بد من المحافظة على التحسيني، وإذا ثبت أن التحسيني يخدم الحاجي يخدم الضروري فإن الضروري هو المطلوب لأنه الأصل.

الأولى: أن الضروري أصل لما سواه من الحاجي والتحسيني لأن مصالح الدنيا والدين مبنية على المحافظة على الضروريات الخمس، لذا اعتبر قيام الوجود الدنيوي والأخروي مبينا عليها حتى إذا انحرفت لم يبق للدنيا وجود (أي ما هو خاص بالمكلفين والتكليف)، فلو غُدم الدين عدم ترتيب الجزاء المرتجى، ولم غُدم العقل لما كان هناك تكليف، ولو غُدم النسل لم يكن هناك بقاء للجنس البشري، ولأم غُدم المال لم يبق عيش (المال هنا ما يقع عليه الملك ويستفيد به الملك)، ولو غُدم المكلف لعدم من يتدين، فلو ارتفع ذلك لم يكن هناك بقاء.

وإذا ثبت هذا فالأمر بالحاجة مكملة للضرورة والتحسينية مكملة للحاجة، فالتحسينية والحاجة كالفرع للأصل (الضروري)، كالمريض فإنه يجوز له الصلاة قاعداً أو مضطجعا، ويجوز له ترك الصيام في وقته إلى زمان صحته لرفع الحرج والمشقة عنه، مما يدل على أن الأمور الحاجة فروع دائرة حول الأمور الضرورية.

الثاني: أن اختلال الضروري يلزم منه اختلال الحاجي والتحسيني، لأن الضروري أصل وما سواه مبني عليه فهو كوصف من أوصافه أو فرع من فروع، ويلزم من اختلال الأصل اختلال الفرع فلو فرضنا ارتفاع أصل البيع من الشريعة الإسلامية لم يكن هناك اعتبار للجهالة والغرر، وكذا لو ارتفع القصاص لم يكن هناك اعتبار للمثالة فيه لأن ذلك من أوصاف القصاص ومحال أن يثبت الوصف مع انتفاء الموصوف لأن الوصف معنى لا يقوم بنفسه عقلا.

الثالث: لا يلزم من اختلال الحاجي والتحسيني اختلال الضروري، لأن الضروري مع غيره كالموصوف مع أوصافه ومن المعلوم أن الموصوف لا يرتفع بارتفاع بعض أوصافه، وذلك كالصلاة إذا ارتفع منها الذكر أو غيره مما يعد من أوصافها وليس ركنا فإنه لا يبطل أصل الصلاة، وكذا لو ارتفع اعتبار المماثلة في القصاص لم يبطل أصل القصاص.

الرابع: ينبغي المحافظة على الحاجي والتحسيني للضروري لأنه إذا كان الضروري قد يختل باختلال مكملاته كانت المحافظة عليه لأجله مطلوبة، لأنه إذا كانت زينة لا يظهر حسنه إلا بها كان من الأخلاق أن يخل بها.

الخامسة: أنه قد يلزم من اختلال التحسيني بإطلاق أو الحاجي بإطلاق اختلال الضروري بوجه ما، ويانه من أربعة أوجه:

الوجه الأول: أم كل واحد من هذه المراتب مختلف في تأكيد الاعتبار، فالضروريات أكدها ثم الحاجيات ثم التحسينات وكل واحد منها مرتبط بالآخر فكان في إبطال الأخف جرأة على إبطال ما هو أكد. وذلك كالصلاة فإن لها إلى الإخلال بالفرائض والأركان لأن الأخف طريق إلى الأثقل فالمتجرئ على الإخلال بالأخف معرض للتجرؤ على الإخلال بالأثقل الذي هو الأصل. فالمتجرئ على الإخلال بالحاجيات والتحسينات يتجرأ على الاختلال بالضروريات.

الوجه الثاني: أن كل درجة بالنسبة على ما هو أكد منها كالتفضل بالنسبة إلى هو فرض، فستر العودة واستقبال القبلة بالنسبة إلى أصل الصلاة كالمندوب إليه.

فالإخلال بالمندوب مطلقا يشبه الإخلال بالركن من أركان الواجب لأنه قد صار ذلك المندوب بمجموعه واجبا في ذلك الواجب، وكذلك إذا أخل بما هو بمنزلة أو شبيهه.

الوجه الثالث: أن مجموع الحاجيات والتحسينات يمكن أن يكون كل واحد منهما كفرد من أفراد الضروريات، وذلك لأن كمال الضروريات إنما يحسن إذا كان فيها على المكلف سعة وبسطة من غير تضيق إذا بقي معها مكارم الأخلاق وكرام العادات مكملة لها حتى يستحسن ذلك أهل العقول، فإذا أخل العادات فيصير متكلفا بالعمل به ويكون على خلاف ما وضعت الشريعة عليه قال ﷺ: «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق».

فلو فرض فقدان المكملات لم يكن الواجب واقعا على جهة الكمال، أما إذا كان الخلل في المكمل الضروري واقعا في بعض ذلك أو في يسير منه بحيث لا يزيل حسنه ولا يرفع بهجته ولا يغلق أبواب السعة عنه فذلك لا يخل به.

الوجه الرابع: إن كل حاجي وتحسيني إنما هو خادم للأصل وهو الضروري ومحين لصورته الخاصة فهو ما يتأذى به الضروري على أحسن حالاته فهي مقوية لجانبه، ولو خلت عن ذلك أو عن أكثره لكان خللا فيها وذلك كالصلاة إذا تقدمتها الطهارة أشعرت بتأهب لأمر عظيم، فإذا أستقبل القبلة أشعر بالتوجه للمتوجه إليه، فإذا نوى العبد شعر بالخضوع والسكون، فإذا كبر وسبح فإنه تنبيه للقلب وإيقاظ له أن لا يغفل عما هو فيه من مناجاة ربه والوقوف بين يديه، فإذا قدم نافلة فيها كان ذلك تدريجا للمصلي واستدعاء لحضوره، فلو أتبعها بنافلة لكان خليقا باستصحاب الحضور في الفريضة، وإذا عدم كل ذلك لكان فيه فتحة لباب الغفلة ودخول وساوس الشيطان.

فهذه المكملات خادمة للضروري ومقوية لجانبه فلو خلت عن ذلك أو عن المحافظة على الأول منها وهو قسم الضروريات، لذا كان مراعا في كل ملة بحيث لم تختلف فيه الملل كما اختلفت في الفروع فهي أصول الدين وقواعد الشريعة وكليات الملة.¹

إن المقصد الضروري أصل للحاجي والتحسيني وكلاهما فرع للضروري، فلو عدم الضروري لعدم الحاجي والتحسيني ولم عدم الحاجي والتحسيني لما عدم الضروري، لأن اختلال الحاجي أو التحسيني يحقق الكم إلا أنه يجعله غير مكتمل لأنه يزيل حسنه وروثه لأن التحسيني محسن لصورة الحاجي والحاجي محسن لصورة الضروري.

إلا أن اختلالهما قد يؤدي إلى اختلال الضروري بوجه ما لأن اختلال الفرع قد يكون ذريعة إلى اختلال الأصل لأن عدم المحافظة على الأخف يؤدي إلى الاستهانة بالأثقل بعدم المحافظة عليه، أما إذا حافظ على الأدنى فإنه يحتاط ويزيد في حفظه ويكون مدعاة للمحافظة على الأعلى والعناية بأمره.

ث. المقصود بأن الأخلاقيات الطبية من المقاصد الشرعية:

أما المقصود بأن الأخلاقيات الطبية من المقاصد الشرعية فهذا يعني أن العمل الطبي لا بد أن تراعى فيه مقاصد الشريعة الإسلامية ما يخص مهنة الطب¹ من هذه المقاصد وهي النفس والعقل والنسل، فلا بد أن يلتزم الطبيب بالمحافظة على النفس فلا يزهق أرواح المرضى التي استأمن عليها بغير حق، ويلتزم بالمحافظة على العقل فلا يضيف من الأدوية ما يفسده أو يتلفه، كما يلتزم بالمحافظة على النسل فلا يقوم بأي عمل يؤدي إلى اختلاط الأنساب أو تقليده أو قطعه.

وخصت هذه الثلاثة بالذكر لأنها هي التي تخص مهنة الطب من المقاصد الشرعية كلها سواء كانت ضرورية أو حاجية أو تحسينية.

ثانيا : القواعد والضوابط الشرعية للطبيب المسلم:

أ. القواعد الكلية وفوائدها على الطب والطبيب المسلم:

لقد تمت الإشارة إلى القواعد الكلية (قاعدة القصد، قاعدة اليقين، قاعدة المشقات، قاعدة العرف) في العنصر الثاني من الفصل الثالث، ولكن ما يجب الإشارة إلى هذا العنصر من الفصل الرابع هي تلك الفوائد التي تعود على الممارسة الطبية الإسلامية بالضبط والصالح والتي نوزعها على ثلاث

1 - منير رياض حنا، المسؤولية المدنية للأطباء في ضوء الشريعة الإسلامية والقضاء، دار الفكر الجامعي، القاهرة، 2011،

مجموعات:

المجموعة الأولى: قواعد التصرف في الحق في الحياة وسلامة الجسد ومن أهمها:

1. حق الله وحق العبد في النفس والجسم¹ حيث يوكلان لم هو منسوب إليه ثبوتاً وإسقاطاً.
2. لا يجوز لأحد أن يتصرف في حق غيره بلا إذنه.
3. قتل الإنسان أو قطع عضو من أعضائه لا يحتمل الإباحة بغير حق -الإجهاض-.
4. إسقاط الإنسان حقاً له² وفيما اجتمع حقه وحق الله، مشروط بعدم إسقاط حق الله.
5. يقدم ما كان فيه حق الله وحق العبد على ما كان فيه حق الله وحده.
6. حقوق الله مبنية على التسهيل في حين حقوق الآدمي مبنية على التشديد في حالة الضرورة.

المجموعة الثانية: قواعد المفاضلة بين المصالح والمفاسد، يمكن استخلاص هذه القواعد من المصادر الشرعية الإسلامية التي وردت بها نصوص صريحة للترجيح بين المصالح لقوله تعالى: ﴿أَتَسْتَبْدِلُونَ الَّذِي هُوَ أَدْنَى بِالَّذِي هُوَ خَيْرٌ﴾³، وهو صريح في ترجيح المصالح العليا على المصالح الدنيا ويمكن لنا أن نستشف معاً هذا الأصل القواعد الآتية:

• ارتكاب أخف الضررين وفقاً لأعظمها: ويكون تطبيقها على النحو التالي:

- ✓ عند المفاضلة بين المصالح المجتمعة في عمل واجب وإذا أمكن تحصيل المصالح جميعها كان بها، وإذا تعذر ذلك حصلنا الأصلح فالأصلح والأفضل فالأفضل.
- فالواجب تحصيل على المصلحتين، فإذا تعذر المفاضلة بينهما للتساوي بينهما فإنه يرخص في الاختيار بالتقديم والتأخير بينهما.

- ✓ عند المفاضلة بين المفاسد المجتمعة في عمل معين، الواجب درء الجميع فإن تعذر ذلك درأنا المفسدة، فالواجب دفع أعظم المفسدتين.⁴

1 - القواعد للمعز بن عبد السلام، المرجع السابق، 1، ص 133.

2 - أحمد شريف الدين، الإجراءات الطبية الحديثة وحكمها في ضوء قواعد الفقه، دار العلم، الكويت، 1، عن الفروق للقرافي، ص 195.

3 - سورة البقرة، من الآية 61.

4 - الدكتور أحمد شريف الدين، المرجع السابق، ص 17.

فإن تساوت فاتباع التوافق أو التخيير.

- ✓ إن اجتمعت المصالح والمفاسد في عمل معين، إن أمكن تحصيل المصالح ودرء المفاسد جميعاً فعلنا، وإن تعذر التحصيل والدرء معاً، وكانت المفسدة أعظم من المصلحة أو تساويها درأنا المفسدة وفوتنا المصلحة لأن درء المفسدة أولى من جلب المنفعة أما إذا كانت المصلحة أعظم من المفسدة التي تقابلها تقدم المصلحة تطبيقاً لذلك أبيض التشريع العلمي والمرضى والجنائي.¹
- ✓ يتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام.

• الضروريات تبيح المحظورات:

- ✓ يجب أن تكون المصلحة التي تقتضيها الضرورة أعظم من مفسدة المحظورة.
- ✓ تقدير الضرورة بقدرها.
- ✓ الضرر لا يزال بمثله.
- ✓ الحاجة تنزل منزلة الضرورة سواء كانت الحاجة عامة أو خاصة.
- المجموعة الثالثة:** قواعد مزاوله العمل الطبي أو الجراحي وتعلق هذه القواعد إما بحق الطبيب أو الجراح في ممارسة عمله أو بكيفية ممارسة هذا العمل ومسؤوليته عنه.
- أولها: حق التطبيب والجراحة²**
- ✓ إذا وجب الشارع شيئاً تضمن ذلك إيجاب ما يتوقف عليه.
- ✓ التطبيب واجب كما أن التداوي واجب.
- ✓ لا يستخدم الرحمة التي أنشأها الشارع للطبيب أو الجراح لممارسة عمله على أجسام الناس إلى حق إلا برضى المريض وموافقته.
- ✓ ويستثنى من ذلك حالات الاستعجال والضرورة، مثل حوادث السير والكوارث.

1 - الدكتور محمد نعيم ياسين، أبحاث فقهية في قضايا معاصرة، دار النفائس للنشر والتوزيع 2 ط الأردن، 1999، ص 160 وما بعدها.

2 - الدكتور أحمد شريف الدين، المرجع السابق، ص 35.

ثانيها: أصول العلاج

يراعي في اختيار العلاج ما يأتي من القواعد.

● أهداف العلاج:

● حفظ الصحة الموجودة:¹

- ✓ رد الصحة المفقودة بقدر الإمكان من نصح وممارسة.
- ✓ إزالة العلة أو تقليلها بقدر الإمكان إذا كان التدخل جراحياً.
- ✓ تحول أدنى المفسدتين لإزالة أعظمها.
- ✓ تقوية أدنى المصلحتين لتحصيل أعظمهم.

● حدود العلاج:

- ✓ يجب أن لا يستهدف الطبيب من عمله مجرد إزالة العلة دون النظر إلى عواقبه فالواجب إزالة العلة على وجه بأمن عدم حدوث علم أعظم.
- ✓ إذا كانت العلة لا يمكن علاجها امتنع الطبيب عن العلاج، ولكن للطبيب الحاذق أن يعمل بقدرته وتقديره على الاستعانة على المرض وله أن يجرب الدواء بما لا يضر أثره ليتجنب ما يخيف.

● طرق العلاج:

- ✓ العلاج بالأسهل فالأسهل فلا ينتقل من الدواء البسيط المعتاد إلى الدواء المركب إلا إذا فات الأول.
- ✓ المجتمع بين علاج البدن وعلاج الروح، فقد يكون اعتدال البدن سبب في اعتدال النفس وقد يكون تقوية النفس أعظم أثراً في الشفاء من الأدوية المعتادة.
- ✓ لكي يكون الطبيب حكيماً يجب فضلاً عن توافر المهارة لديه أن يكون له القدرة على أن يكسب القوة على تحمل الألم ومواجهة العلة والصبر على احتمال العجز.

ثالثها: مسؤولية الطبيب أو الجراح¹

1 - نفس المرجع، ص 36 وما بعدها.

✓ الجواز الشرعي ينافي الضمان فإذا أقام الطبيب بالممارسة في حدود ما يجيز له فلا يسأل عن الضرر الحادث ولو كانت ممارسته سبب فيه.

✓ لا يتقيد عمل الطبيب بشرط السلامة ولا يطلب منه إلا القيام بالمعتاد من العناية ولا يكون مسؤولاً إلا على ممارسته.

✓ الرضى بالشيء رضى فيما يتولد عنه، فلا يسأل الطبيب مدنيا عن الضرر الذي يصيب المريض الذي اختار علاجاً معيناً أو رضى به، متى كان الطبيب قد راعى أصول مهنة الطب في عمله²، ويتحمل المريض نتيجة اختياراته.

وهكذا فإن الصياغة للقواعد الكلية السابقة بياها، نترج المجال أمام أصحاب الفطرة السليمة ليلتمسوا في أطرها العامة موضعاً عند الحكم على ما هو مستحدث من أعمال الطب والجراحة على ضوء المصالح والمفاسد المترتبة عليها ويقدمون للطب نموذجاً تطبيقياً للممارسة الجادة وتحسيدا صحيحاً لمعاني الحكم.

ب. الضوابط الشرعية للطبيب المسلم:³

الضابط الفقهي هو قاعدة عامة تطبق على مواقف محددة في فصل ما من الشريعة، ومجال الضابط الفقهي أضيق من مجال القاعدة الفقهية حيث أن الضابط الفقهي يتعامل مع فصل واحد لكن في القاعدة تتعامل مع أكثر من فصل في الشريعة وكذلك الاستثناءات في حالة الضوابط أقل منها في حالة القواعد⁴، ويجب أن يجسد الطبيب الإتقان والإحسان بحيث يهدف إلى إحسان العمل ويجب أن يكون لديه توازن في الأفعال والأساليب، كما يجب أن يدرك الطبيب حجم الأمانة الملقاة على عاتقه والمتمثلة في (واجب الطبيب، احترام استقلالية المريض، الصدق والمكاشفة)، وقد سجل

1 - الدكتور أحمد شريف الدين، المرجع السابق، ص44 بتصرف.

2 - السيد عبد الوهاب عرفة المحامي لدى محكمة النقض، كتاب الوسيط في المسؤولية الجنائية للطبيب، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2006، ص 96 وما بعدها.

3 - السيد عبد الوهاب عرفة، المرجع نفسه، ص98.

4 - علي أحمد التدري، كتاب القواعد الفقهية-باب الضابط-، دمشق 1414هـ، ص 15.

الإمام النووي في كتابه (الأذكار)¹ ثلاثين حديث تعطي القيم التي عليها مدار الإسلام. والقيم هي: الخطوط الإرشادية للعمل الطبي وهي كل عمل يعرف بالنية من ورائه² ومن الأفضل ترك ما يريب³ أترك ما لا يعينك⁴ أحب لغيرك ما تحب لنفسك⁵ لا تسبب ضرراً⁶ أعط النصح المخلص⁷، ابتعد عن كل ما هو محرم، وافعل كل ما يمكن فعله مما هو فرض وابتعد عن المناقشات والمحاورات العقيمة⁸، تخلّ عن شهواتك لامتلاك أغراض الدنيا ولا تنظر لما في يد غيرك⁹ لا تقتل إلا بأحكام قضائية¹⁰، الادعاءات يجب أن تكون مدعومة بالدلائل¹¹ في مسألة الصواب والخطأ يجب أن يتبع الضمير حتى يرتاح القلب¹²، التميز والجودة أي الإحسان في العمل¹³ حفظ اللسان¹⁴ الصمت أفضل من الحديث بالشر¹⁵ تمالك نفسك عند الغضب¹⁶ لا تنتهك حدود الله¹⁷ اجعل لديك وعياً وشعوراً بالله في جميع الأحوال¹⁸ الحسنات يذهبن السيئات¹، التواضع² طلب العون من الله³ وابتعد عن الظلم والانتهاكات.⁴

1 - الإمام النووي، كتاب الأذكار، دار النشر بيروت، ص100.

2 - البخاري، كتاب بدء الوحي، الحديث1.

3 - الترمذي، الحديث رقم2520.

4 - الترمذي، الحديث رقم2318.

5 - كتاب الإيمان، حديث رقم13.

6 - الموطأ، ج2، الحديث رقم745.

7 - الإمام مسلم، حديث رقم55، أبو داود، حديث رقم4914، النسائي، ج7/152.

8 - البخاري، حديث رقم7288، مسلم، الحديث رقم137، النسائي، ج5/110.

9 - ابن ماجه، حديث رقم4102.

10 - البخاري، حديث رقم6878.

11 - البخاري، حديث رقم4552.

12 - الدرامي، حديث رقم2536.

13 - مسلم، حديث رقم1955.

14 - الترمذي، الحديث رقم2619.

15 - البخاري، الحديث رقم6018.

16 - البخاري، حديث، ج2/16.

17 - الدارقطني، حديث رقم184.

18 - الترمذي، حديث رقم1988.

ثالثا : موافقة الأخلاقيات الطبية للمقاصد الشرعية والقواعد الكلية والضوابط للشرعية الإسلامية:

وعلى ضوء ما سبق ذكره:

فإن الأحكام الشرعية قد وضعت من أجل المحافظة على المقاصد الشرعية وعلى رأسها الضروريات الخمس وهي الدين والنفس والعقل والنسل والمال، وهذا يدل على أن الله عز وجل أراد أن يكون قصد المكلف في العمل موافقا لقصده في التشريع، والدليل على ذلك ظاهر من وضع الشريعة إذ قد تمر أنها موضوعة لمصالح البعاد على الإطلاق، والمطلوب من الطبيب أن يجري ذلك في أفعاله وأن لا يقصد خلال ما قصد الشارع الحكيم، ولأن الطبيب خلق لعبادة الله تعالى وذلك راجع إلى العمل على وقف القصد في وضع الشريعة فينال بذلك الجزاء في الدنيا والآخرة.

وعلى هذا فلا بد أن يكون عمل الطبيب موافقا للمقاصد الشرعية لأن العمل إذا واقع على وفق المقاصد الشرعية بحيث إذا راعاها في العمل فلا إشكال في صحته وسلامته مطلقا لأنه في هذه الحالة يكون مطابقا لقصد الشارع في أصل التشريع، فالمقصد الأساسي من التشريع وهو إخراج المكلف عن داعية هواه حتى يكون عبدا لله، والمقاصد الشرعية إذا روعيت كان أقرب إلى إخلاص العمل وصيرورته عبادة.⁵

فلا بد أن يلتزم الطبيب بالمحافظة على النفس التي يملك التصرف بها بمقتضى عمله فلا يزهق أرواح المرضى، كما يلتزم بالمحافظة على ما دون النفس فلا يعتدي على أي عضو من أعضاء مريضه ويلتزم أيضا بالمحافظة على العقل فلا يصف الأدوية أو العقاقير المحتوية على ما مسكر أو مخدر، ويلتزم بالمحافظة على النسل فلا يجري من الأعمال ما يؤدي إلى اختلاط الأنساب أو ما يؤدي إلى قطع الذرية.

1 - الترميذي، حديث رقم 1988.

2 - البخاري، حديث رقم 3483.

3 - الترميذي، الحديث رقم 2518.

4 - مسلم، حديث رقم 2577.

5 - الموافقات للشاطبي، المرجع السابق، ج 2، ص 193، 331.

وذلك لأن الشريعة الإسلامية قد أعنت بالنفس البشرية كثيرا حيث حرم الله تعالى القتل فقال تعالى: ﴿...وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ...﴾¹، كما حرم الله عز وجل الاعتداء على أي عضو من أعضاء الإنسان فقال تعالى: ﴿...وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ...﴾². فالمبدأ الذي قرره هذه الآيات القرآنية هو حرمة جسم الإنسان الذي يقتضي حرمة المساس به أو بأي عضو من أعضائه، إلا أنه قد تطرأ ضرورة أو حاجة تعارض هذا المبدأ كضرورة العلاج أو التداوي من الأمراض حفظا للنوع الإنساني.

ومن هنا نقول بأن مراعاة الضروريات الخمس يقتضي التخفيف من حدة المبدأ القائل بجرمة المساس بجسم الإنسان، فالحاجة أو الضرورية هنا تبرر ما هو محظور شرعا، وإذا لم يعتبر العلاج ضرورة فالحاجة إلى إحياء النفس بواسطته تنزل الضرورة التي تباح من أجلها ما هو محظور شرعا، فمبدأ حرمة المساس بجسم الإنسان يحتمل الاستثناء في الحدود التي تقتضيها المصلحة أو الحاجة أو الضرورة.

إلا أن الحق في الحياة وسلامة الجسم الإنساني من الاعتداء عليه بأي شكل من أشكال الاعتداء مما يجتمع فيه حق الله تعالى وحق العبد.³

ولأن إحياء النفوس وكمال العقول والأجسام من حق الله تعالى في العباد فإن إكمال الله تعالى على عبد حياته وجسمه وعقله الذي يحصل به القيام كلف به فلا يصح للعبد إسقاطه.⁴

وهذا ينطبق على مادون النفس أيضا خشية أن يؤثر هذا الاعتداء على قدرة المجني عليه في قيامه بالتكاليف الشرعية التي من أجلها تثبت لله تعالى الحق في سلامة جسم الإنسان وأعضائه.

وعلى ضوء ما جاء في المقاصد والضوابط والقواعد الكلية التي نستخلص منها المبادئ والأخلاقيات التي يجب أن يتحلى بها الطبيب في عمله الطبي في العنصر الموالي، وقبل ذلك نوجز هذه القواعد في ما يلي:

1 - سورة الأنعام، من الآية 151.

2 - سورة البقرة، من الآية 195.

3 - الموافقات للشاطبي، المرجع السابق، ج 2، ص 385.

4 - أحمد شرف الدين، المرجع السابق، (الأحكام الشرعية للأعمال الطبية)، ص 23.

القاعدة الأولى: الضرر يزال وتدرج تحتها:

- الضروريات تبيح المحظورات.
- ما أئح لضرورة بقدر قدرها.
- الضرر لا يزال بالضرر.
- الحاجة تنزل منزلة الضرورة.
- يتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام.
- ارتكاب أخف الضررين دفعا لأعظمها.
- درء المفاسد أولى من جلب المصالح.

القاعدة الثانية: المشقة تجلب التيسير.

القاعدة الثالثة: الأمور بقاصدها.

القاعدة الرابعة: العادة محكمة.

القاعدة الخامسة: اليقين لا يزول بالنسك.

رابعا : المبادئ التي تقوم عليها أخلاقيات الطبيب المسلم:¹

إن الطبيب المسلم المتمسك بدينه قولاً وعملاً يتميز عن غيره من الأطباء بسمات شرف بها في الدنيا والآخرة، لارتوائه من المعين الصحابي من كتاب الله وسنة رسوله محمد ﷺ، وهذه بعض سمات الطبيب المسلم وليست كلها.

ومن السمات التي سنتناولها بالذكر في هذا العنصر:

1. النية واحتساب الأجر من الله: إن مراجعة طالب العلم والطبيب لنيته أمر هام ينبغي العناية

به، فهو أساس الأعمال، وحسن العمل يتشترط له شرطان هما الأخلاقي لله عز وجل،

والمتابعة لسنة الرسول محمد ﷺ، والنية الخالصة لله تحول الأعمال الدنيوية إلى عبادة لله

يكتسب بها الطبيب الأجر من الله.

1 - يوسف بن عبد الله بن إبراهيم التركي، الطبيب المسلم تيمز وسمات، دار النهضة، الرياض 2007، ص 112.

• التأثير الإيجابي على أداء الطبيب:¹

إن الطبيب الذي يتغني بعمله وجه الله تجده يهتم بمريضه ويذل كل ما في وسعه فيما يعود على مريضه بالصحة والخير، ويعاجل مريضه بالطرق العلمية الصحيحة، ولا يستغل مرضه في تحقيق كسب مادي، كإجراء فحوصات طبية أو إعطاء أدوية بدون مستند علمي، بل نجده يعالج المريض بالأسلوب العلمي الصحيح في أي منشأة طبية يعمل بها.

2. الأمانة وإتقان العمل:

إن الطبيب المسلم ينبغي أن يتميز بتحقيق الأمانة في ممارساته اليومية في عمله، بل عليه أن يحقق ذلك في شؤون حياته كلها، ومن المؤكد أن إتقان الطبيب للمهام الموكلة إليه وعدم التكاسل وإضافة الأوقات واحترام حقوق المرضى والتفاني في رعايتهم لهم دليل عملي على تطبيق الأمانة في ممارسة الطب.

لقله تعالى: ﴿تَبَارَكَ الَّذِي بِيَدِهِ الْمُلْكُ وَهُوَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا وَهُوَ الْعَزِيزُ الْغَفُورُ﴾²، ولهذا يستلزم القدوة وبيئة العمل.³

إن تدرب الطبيب وممارسته للطب في بداية مشواره في بيئة عمل صحيحة يلتزم فيها الفريق الصحي بتطبيق الأمانة وإتقان العمل له دور كبير في اكتساب الطبيب لهذا السلوك في ممارساته في مستقبل حياته العلمية.

3. تأثير الإحسان في تقويم سلوك الطبيب:

إن استشعار الطبيب المسلم لمراقبة الله تعالى له في شؤون حياته كلها يحفز له كي يكون حريصاً ومنتظماً في أداء عمله مرضاه على أكمل وجه ويفعل ذلك بدون أن يرتبط ذلك بوجود رئيسه أو

1 - البهلول علي اليعقوبي، الأخلاقيات العلمية - المنظمة العربية للتربية والثقافة-، جمعية الدعوة الإسلامية، تونس 2005، ص 201.

2 - سورة الملك، الآية 1، 2.

3 - البهلول علي، المرجع السابق، ص 210.

غيره من البشر، وذلك متميز بخاصية عظيمة يتميز بها المسلم الحق، إلا وهي الإحسان، قال تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ لَا يَخْفَىٰ عَلَيْهِ شَيْءٌ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي السَّمَاءِ﴾.¹

4. دور تركية النفس ومحاسبتها في تقويم سلوك الطبيب:

إن الطبيب المسلم يهتم بتركية نفسه ومحاسبتها، مما يؤثر تأثيراً إيجابياً على سلوكه وعلاقته مع مرضاه وأعضاء الفريق الصحي، ومن وسائل التزكية التي حث عليها الإسلام: الإيمان، والعمل الصالح، قال تعالى: ﴿مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنشَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾.²

كما أن لمحاسبة النفس بالأسلوب الصحيح البعيد عن الإفراط أو التفريط دوراً كبيراً في تقويم سلوك الطبيب المسلم في ممارسته لمهنته.

5. أهمية التعليم الطبي المستمر:³

إن علم الطب من العلوم التي يواكبها الكثير من المستجدات العلمية، لذا فإن على الطبيب أن يستمر في طلب العلم حتى بعد حصوله على أعلى الدرجات العلمية، حتى تكون ممارسته مبنية على الدليل العلمي الصحيح، ويتحقق ذلك بعد معونة الله وتوفيقه، بمواكبة الجديد من الأبحاث العلمية الموثقة والمؤلفات العلمية في مجال التخصص، والمشاركة في المؤتمرات والندوات العلمية ومناقشة الحالات المرضية مع أهل الخبرة والاختصاص ومتابعتها، حتى يكون الطبيب المسلم مبدعاً ومتفوقاً في مجال تخصصه وهو في طلبه للعلم يحرص على الإخلاص واحتساب الأجر من الله، قال تعالى: ﴿يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ﴾.⁴

6. الشخصية المتميزة وحسن الخلق للطبيب المسلم:

قال الله تعالى: ﴿وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلُقٍ عَظِيمٍ﴾⁵، وعن عبد الله بن عمرو بن العاص رضي الله

1 - سورة آل عمران، الآية 5.

2 - سورة النحل، الآية 97.

3 - يوسف بن عبد الله ابن إبراهيم التركي، المرجع السابق، ص 121.

4 - سورة المجادلة، الآية 11.

5 - سورة القلم، الآية 04.

عنهما قال: «لم يكن رسول الله ﷺ فاحشا وملا متفحشا»، وكان يقول: «إن من خياركم أحسنكم أخلاقا»¹، ومن هذه الأخلاق الفاضلة على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

• التواضع:

قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾²، وقال تعالى: ﴿فَلَا تُزَكُّوا أَنْفُسَكُمْ هُوَ أَعْلَمُ بِمَنِ اتَّقَى﴾³.

وعن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: «ما نقصت صدقة من مال، وما زاد الله عبدا بعفو إلا عزا، وما تواضع أحد لله إلا رفعه الله»⁴.

• الصدق:

قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَكُونُوا مَعَ الصَّادِقِينَ﴾⁵، وعن ابن مسعود رضي الله عنه عن النبي ﷺ قال: «إن الصدق يهدي إلى البر، وإن البر يهدي إلى الجنة، وإن الرجل ليصدق حتى يكتب عنه الله صديقا»⁶.

• الرحمة:

قال تعالى: ﴿وَقُلْ رَبِّ اغْفِرْ وَارْحَمْ وَأَنْتَ خَيْرُ الرَّاحِمِينَ﴾⁷، وقال رسول الله ﷺ: «إنما يرحم الله من عباده الرحماء»⁸.

1 - متفق عليه.

2 - سورة الحجرات، الآية 13.

3 - سورة النجم، الآية 32.

4 - رواه مسلم.

5 - سورة التوبة، الآية 119.

6 - متفق عليه.

7 - سورة المؤمنون، الآية 118.

8 - رواه البخاري.

● العدل : قال تعالى: ﴿ إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ ﴾¹ ، وعند عبد الله بن عمرو بن

العاص رضي الله عنهما قال: قال رسول الله ﷺ: «إن المقسطين عند الله على منابر من

نور، الذين يعدلون في حكمهم وأهليهم وما ولّوا».²

● التعاون وحب الخير:

قال تعالى: ﴿ وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ ﴾³ ، عن أنس

رضي الله عنه عن النبي ﷺ قال: «لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه».⁴

الحياء:

عن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه قال: «كان رسول الله ﷺ أشد حياء من العذراء في حذرهما

فإذا رأى شيئا يكرهه عرضناه في وجهه».⁵

● الحلم و الأناة:

قال تعالى: ﴿ وَلَا تَسْتَوِي الْحَسَنَةُ وَلَا السَّيِّئَةُ ادْفَعْ بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ فَإِذَا الَّذِي بَيْنَكَ

وَبَيْنَهُ عَدَاوَةٌ كَأَنَّهُ وَلِيٌّ حَمِيمٌ وَمَا يُلْقَاهَا إِلَّا الَّذِينَ صَبَرُوا وَمَا يُلْقَاهَا إِلَّا ذُو حَظٍّ عَظِيمٍ ﴾⁶ وعن

وعن عائشة رضي الله عنها قالت: قال رسول الله ﷺ: «إن الله رفيق يحب الرفق في الأمر».⁷

7. احترام حق المريض:⁸

إن الطبيب المسلم يحترم مريضه ويحافظ على حقوقه، ومن ذلك: الاهتمام بفهم المريض لمرضه

وخطه علاجه، مع تقدير أي مريضه وإشعاره بالاهتمام به، وشرح النواحي الطبية بأسلوب مفهوم

ومبسط، حتى لا يكون هناك مجال للقلق أو سوء الفهم لبعض الفحوصات المطلوبة أو طريقة

1 - سورة النحل، الآية 90.

2 - رواه مسلم.

3 - سورة المائدة، الآية 02.

4 - رواه مسلم.

5 - متفق عليه.

6 - سورة فصلت، الآيتان 34، 35.

7 - متفق عليه.

8 - يوسف بن عبد الله التركي، المرجع السابق، ص 250.

العلاج، ما أخذ إذن المريض قبل الإجراءات الطبية ومراعاة الضوابط الشرعية في الكشف على المرأة عن الضرورة والاهتمام بحفظ سر المريض وفق الضوابط الشرعية.

8. أهمية الفقه الطبي للطبيب:

الطبيب المسلم يؤمن بأهمية النواحي الشرعية في جميع مجالات الحياة، ومن ذلك ما يتعلق بالأحكام الفقهية الضرورية لممارسة الطبيب المسلم لمهنة الطب.

ومن ذلك على سبيل المثال: أحكام الطهارة والصلاة للمريض، حتى يلاحظ أن بعض المرضى يجهل ذلك، بل وربما يترك الصلاة في المستشفى لعدم توجيهه لأحكام الطهارة، وكان هذا الأمر ليس من واجبات الطبيب مع أن النصح للمسلم من حقوقه.

والتفقه في الدين في كل ما يتعلق بنواحي الممارسة الطبية امتثالاً لقوله تبارك وتعالى:

﴿فَاسْأَلُوا أَهْلَ الذِّكْرِ إِنْ كُنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾¹.

9. التوازن في حياة الطبيب:

إن التوازن المهني والأسري والاجتماعي في حياة الطبيب عامل هام في توفير الاستقرار النفسي ورفع درجة الإنتاجية للطبيب، والإسلام دين شامل لكل جوانب الحياة، فهو يدعو إلى التوسط والاعتدال، فالطبيب المهمل في عمله لا يمثل الطبيب المسلم، وكذلك الطبيب المهمل لأسرته وأولاده لا يمثل الطبيب المسلم، وما لا شك فيه أن إعطاء كل ذي حق حقه وترتيب الأولويات وحسن استغلال الوقت وتنظيم العمل يساعد على تحقيق التوازن في حياة الطبيب.

خامساً : قواعد مزاوله العمل الطبي وأخلاقياته وفق الشريعة:

قواعد مزاوله العمل الطبي:

العمل الطبي هو الذي يقوم به الطبيب، والطبيب هو الذي يفرق ما يضر بالإنسان جمعه أو يجمع فيه ما يضره تفرقه، وينقص منه ما تضر زيادته، أو يزيد فيه ما يضره نقصه، فيجلب الصحة المفقودة أو يحفظها بالشكل والشبه، ويدفع العلة الموجودة بالضد والنقيض ويخرجها، أو يدفعها بما يمنع حصولها بالجملة.

1 - سورة النحل، الآية 43.

لذا يجب أن يراعي الطبيب في عمله الطبي ما يأتي من القواعد:

1. النظر في نوع المرض من أي الأمراض هو؟
2. النظر في سبب المرض والعلّة الفاعلة التي كانت السبب في حدوثه.
3. قوة المريض وهل هي مقاومة للمرض؟ أو أضعف منه؟ فإن كانت مقاومة للمرض مستظاهرة عليه تركها والمريض ولم يحرك بالدواء ساكنا.
4. مزاج البدن الطبيعي ما هو؟ والمزاج الحادث على غير المجرى الطبيعي.
5. : سن المريض وعاداته.
6. : الوقت الحاضر من فصول السنة وما يليق به من الأدوية.
7. بلد المريض وتربيته وحال الهواء في وقت المرض.
8. : النظر في الدواء المضاد لتلك العلة.
9. : النظر في قوة الداء ودرجته والموازنة بينهما وبين قوة المرض.
10. : ألا يكون كل قصد الطبيب إزالة العلة فقط بل إزالتها على وجه يأمن معه حدوث ما هو أصعب منها، فمتى كانت إزالتها لا يؤمن معها حدوث علة أخرى أصعب منها أبقاها على حالها والواجب في هذه الحالة هو تلطيفها.¹
11. : أن يعالج بالأسهل فالأسهل فلا ينتقل من العلاج بالغذاء إلى الدواء إلا عند تعذره ولا ينتقل إلى الدواء المركب إلا عند تعذر الدواء البسيط، فمن سعادة الطبيب علاجه بالأغذية بدل الأدوية وبالأدوية البسيطة بدل المركبة.
- ولا ينبغي للطبيب أن يولع بسقي الأدوية لأن الدواء لم يجد في البدن داء يحلله أو وجد داء لا يوافقه أو وجد ما يوافقه فزادت كميته أو كميته تشبث بالصحة وعبث بها.
12. : أن ينظر الطبيب في العلة هل هي مما يمكن علاجه أولا؟ فإن لم يكن علاجها حفظ صناعته وحرمة ولا يحمله الطمع على علاج لا يفيد شيئا، وإن أمكن علاجها نظر هل يمكن زوالها

1 - الفتاوى الهندية، 5/360 ورد فيه "إذا أراد الرجل أن يقطع إصبعا زائدة أو شيئا آخر قال نصير الله إن كان الغالب على من قطع الهلاك فإنه لا يفعل وإن كان الغالب هو النجاة فهو في سعة من ذلك..."

أم لا؟ فإن علم أنه لا يمكن زوالها نظر هل يمكن تخفيفها وتقليلها أم لا، فإن لم يكن تقليلها ورأى أن غاية الإمكان إيقافها وقطع زيادتها قصد بالعلاج ذلك وأعان القوة وأضعف المادة.

13. : أن تكون له خبرة باعتلال القلوب والأرواح وذلك أصل علاج الأبدان، فعليه أن يجمع بين علاج البدن وعلاج الروح لأن اعتلال البدن قد يكون سبب اعتلال النفس، وقد تكون تقوية النفس أعظم أثرا في الشفاء من الأدوية المعتادة.

14. : التلطف بالمريض والرفق به كالتلطف بالصبي، ولكي يكون الطبيب حكيما فلا بد أن تكون لديه القدرة على أن يُكسب المريض القوة على تحمل الألم ومواجهة العلة والصبر على احتمال المرض وهذا ما يقنع المريض بحكمة المرض مع تحمله ومواساته.

15. : أن يستعمل أنواع العلاجات الطبيعية الإلهية والعلاج بالتخيل، فإن لحدّاق الأطباء في التخيل أمورا عجيبة لا يصل إليها الدواء والطبيب الحاذق هو الذي يستعين على المرض بكل معين.

16. : أن يكون الباعث على عمل الطبيب هو علاج المريض أو رعاية مصلحة مشروعة له لأن الله سبحانه وتعالى رخص له ممارسة الطب لذلك، أما إذا استهدف بالعلاج عملا آخر فإنه يسأل عن ذلك.

17. : أن يجعل الطبيب مدار علاجه وتديره دائرا على ستة أركان:

- حفظ الصحة الموجودة.

- رد الصحة المفقودة بحسب الإمكان.

- إزالة العلة بقدر الإمكان.

- تقليل العلة بقدر الإمكان إن لم يقدر على إزالتها.

- تفويت أدنى المصلحتين لتحصيل أعظمهما.

- احتمال أدنى المفسدتين لإزالة أعظمهما.

18. : لا بد أن يكون عمل الطبيب موافقا للقواعد الطبية فإن فعل ما لا يفعله مثله فهو ضامن،

ولا لا يمنع من الاجتهاد في علاج المرضى إذا كان رأيهم يقوم على أساس سليم، فلا بد أن يكون

الطبيب حاذقا ماهرا في مهنته يحتاط في تشخيص المرض ووصف العلاج.

وعلى هذا فإن يجب منع الطبيب الجاهل من ممارسة عمله لأنه يفسد أبدان الناس، وإذا قام بهذا العمل فهو متعدي لأنه غير مأذون له فيه شرعا ويلزمه الضمان حينئذ.

19. : لا بد أن يكون التدخل الطبي بناء على إذن المريض أو وليه إن كان قاصرا، فلا يجوز إرغام أحد على التداوي إلا إذا اقتضت المصلحة العامة ذلك كما في الأمراض المعدية باعتبار أن الضروريات تبيح المحظورات.

ويعتبر هذا استثناء يقتضيه العرف أو المصلحة، فإذا تدخل الطبيب في الأحوال العادية بدون إذن المريض أو من يقوم مقامه فهو معتد وعليه المسؤولية الكاملة.¹

20. إذا كان عمل الطبيب موافقا للقواعد الطبية دون تعد أو تقصير أو تفريط فإنه لا يسأل عن أي ضرر يلحق بالمريض، ولا يتقيد عمله باشتراط سلامة المريض لأن المطلوب منه بذل قصارى جهده في علاج المرضى وعل الله الشفاء.

21. لا بد أن يكون الطبيب آمينا على أسرار المرضى فلا يوح بها قال تعالى: ﴿وَالَّذِينَ هُمْ

لِأَمَانَتِهِمْ وَعَهْدِهِمْ رَاعُونَ﴾.²

22. عند اجتماع أكثر من مرض لدى شخص واحد فإنه يبدأ بواحدة من ثلاثة خصال:

الأولى: أن يكون براء الآخر موقوفا على براءه كالورم والقرحة فهو يبدأ بالورم.

الثانية: لأن يكون أحدهما سببا للآخر كالسدة والحمى العفنة فإنه يبدأ بإزالة السبب.

الثالثة: أن يكون أحدهما أهم من الآخر كالحاد والمزمن فيبدأ بالحاد، ومع هذا كله لا يغفل المرض الآخر.³

1 - المحلى لأبي محمد علي بن أحمد بن سعيد بن حزم 444/10، طبع الجليل، دار الآفاق الجديد، ورد فيه (من قطع يدا فيها أكله أو قطع ضرسا وجعه أو متأكلة بغير إذن صاحبها قال أبو محمد... ينظر إن قامت بينة أو علم الحاكم أن تلك اليد لا يرجى لها برؤ ولا توقف وأنها ولا بد ولا دواء لها إلا القطع فلا شيء على القاطع وقد أحسن لأنه داواه وقد أمر ﷺ بالمداداة وهذا من باب التعاون على البر والتقوى).

2 - سورة المؤمنون، الآية 8.

3 - الطبي النبوي، ص 138 الفتاوى الهندي 5/ص 355 ورد فيه: (أعلم أن الأسباب المزيلة للضرر تنقسم إلى مقطوع به كالماء المزيل لضرر العطش والخبز المزيل لضرر الجوع وإلى مضنون كالفضد والحجامة وشرب المسهل وسائر أبواب الطب أعني معالجة

فهذه القواعد السابقة لابد من مراعاتها في العمل الطبي وفي علاج ما يستحدث من أمراض، ولا بد أن يكون عمل الطبيب فيه مراعاة للمصالح والمفاسد المترتبة عليه لأن البحث العلمي تكثر هفواته وشطحاته، وهي قد تصيب الهدف وقد لا تصيبه لأن مبنى الطب كما سبق على التجربة والتدريب والممارسة، إلا أنه لابد من اقتران التجارب الطبية بأوامر الشارع ونواهيهِ وتعيين دراسة نتائجه على ضوء القواعد التي وضعها المشرع العالم بأمور مخلوقاته، قال الله تعالى: ﴿أَمَّنْ هُوَ قَانِتٌ آنَاءَ اللَّيْلِ سَاجِدًا وَقَائِمًا يَحْذَرُ الْآخِرَةَ وَيَرْجُو رَحْمَةَ رَبِّهِ قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولَؤُا الْأَلْبَابِ ۝١﴾، وقال تعالى: ﴿فَبَدَأَ بِأَوْعِيَّتِهِمْ قَبْلَ وِعَاءِ أَخِيهِ ثُمَّ اسْتَخْرَجَهَا مِنْ وِعَاءِ أَخِيهِ كَذَلِكَ كِدْنَا لِيُوسُفَ مَا كَانَ لِيَأْخُذَ أَخَاهُ فِي دِينِ الْمَلِكِ إِلَّا أَنْ يَشَاءَ اللَّهُ نَرْفَعُ دَرَجَاتٍ مِّنْ نَّشَاءٍ وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٌ ۝٢﴾.

-ومن علم هذه القواعد ما يتعلق بواجب الطبيب نحو مهنته:

1. على الطبيب أن يراعى الدقة والأمانة في جميع تصرفاته، وأن يحافظ على كرامته وكرامة مهنته.
2. لا يجوز للطبيب أن يضع تقريراً أو يعطي شهادة طبية تغاير الحقيقة.
3. لا يجوز للطبيب أن يأتي عملاً من الأعمال الآتية:
 - ✓ الاستعانة بوسطاء لاستغلال المهنة سواء كان ذلك بأجر أو دون أجر.
 - ✓ السماح باستعمال اسمه في ترويج الأدوية أو العقاقير أو مختلف أنواع العلاج.
 - ✓ إعاره اسمه لأغراض تجارية على أي صورة من الصور.
 - ✓ طلب أو قبول مكافأة أو أجر من أي نوع كان نظير التعهد بوصف أدوية أو أجهزة معينة للمرضى، أو إرسالهم إلى مستشفى أو مصح علاجي أو دور للتمريض أو صيدلية أو معمل محدد.
 - ✓ القيام بإجراء استشارات في محال تجارية أو ملحقات مما هو معد لبيع الأدوية أو الأجهزة التي يشير باستعمالها سواء كان ذلك بالجان أو نظير مرتب أو مكافأة.

البرودة بالحرارة ومعالجة الحرارة بالبرودة...)، زاد المعاد في هدي خير العباد محمد ﷺ لابن قيم الجوزية 2/3 ص 11 / طبعة دار الكتب العلمية.

1 - سورة الزمر، الآية 09.

2 - سورة يوسف، الآية 76.

- ✓ لا يجوز للطبيب أن يتقاسم أجره مع أي من زملائه إلا أن يشترك معه في العلاج فعلا كما لا يجوز أن يعمل وسيطا لطبيب آخر أو مستشفى بأي صور من الصور.
- ✓ لا يجوز للطبيب أن يستعمل وسائل غير علمية في مزاوله مهنة الطب.
4. لا يجوز للطبيب أن يعلن بأي وسيلة من الوسائل الإعلام عن طريقة جديدة للعلاج بقصد استخدامها إذا لم يكن قد أكمل اختبارها أثبت صلاحيتها ونشرت في المجلات الطبية، كما لا يجوز له أيضا أن ينسب لنفسه بدون وجه حق أي اكتشاف علمي.
- كما لا يجوز له على أي صورة من الصور أن يقوم بالدعاية لنفسه.
5. لا يجوز للطبيب أن يستغل بقصد الاستفادة من أعمال المهنة أو للحصول على كسب مادي من المريض، كما لا يجوز له أن يتقاضى من المريض أجر عن عمل يدخل في اختصاص وظيفته الأصلية التي يؤجر عليها من جهة أخرى.

-ومن القواعد ما يتعلق بواجب الطبيب نحو المرضى:

1. على الطبيب أن يبذل كل ما في وسعه نحو مرضاه وأن يعمل على تخفيف الألم، وأن تكون معاملته لهم مشبعة بالعطف والحنان، وأن يسوي بينهم في الرعاية ولا يميز بينهم بسبب مركزهم الأدبي أو الاجتماعي أو شعوره الشخصي نحوهم.
2. يجوز للطبيب أن يعتذر عن معاملة أي مريض منذ البداية لأسباب شخصية أو تتعلق بالمهنة، أما في الحالات الحرجة فلا يجوز له رفض معالجته لو لم يوجد غيره.
3. عندما يكف الطبيب عن علاج أحد مرضاه لأي سبب من الأسباب عليه أن يدلي للطبيب الجديد بالمعلومات التي يعتقد أنها لازمة لاستمرار العلاج إذا طلب منه ذلك.
4. على الطبيب أن ينبه المريض وأهله إلى اتخاذ أسباب الوقاية ويرشدهم إليها ويحذرهم منها وما يترتب على عدم مراعاتها.
5. على الطبيب الذي يدعى لعيادة قاصر أو ناقص الأهلية أو مريض فاقد الوعي في حالة خطيرة أن يبذل ما في متناول يده لإنقاذه، ولو تعذر عليه الحصول في الوقت المناسب على موافقة وليه أو

الوصي عليه أو القيم عليه، كما يجب عليه ألا يتنحى عن معالجته إلا إذا زال الخطر أو إذا عهد بالمريض إلى طبيب آخر.

6. يجوز للطبيب لأسباب إنسانية عدم إطلاع المريض على عواقب المرض الخطير، وفي هذه الحالة عليه أن ينعي إلى أهل المريض خطورة المرض وعواقبه، إلا إذا أبدى المريض رغبته في عدم اطلاع أحد على حالته أو عين أشخاص لإطلاعهم عليه.

7. لا يجوز للطبيب إفشاء أسرار مريضه التي اضطلع عليها بحكم مهنته.

8. على الطبيب عند الضرورة أن يقبل أو يدعو إلى استشارة طبيب آخر يوافق عليه المريض وأهله.

9. لا يجوز للطبيب استغلال صلته بالمريض لأغراض تتنافى مع كرامة المهنة.

10. عند حدوث أخطاء مهنية تؤدي إلى وفاة المريض فالطبيب بنفسه يبلغ النيابة المختصة باعتباره مبلغا على الوفاة مع طلب إبداء رأي الطبيب الشرعي في الحالة.

11. لا بد أن يكون المشتغل بمهنة الطب حاصلا على درجة بكالوريوس الطب والجراحة من إحدى الجامعات المصرية أو ما يعادلها، وأمضى التدريب الإلزامي المقرر لمزاولة مهنة الطب بصفة مؤقتة في المستشفيات الجامعية والوحدات التدريسية التي تقرها الجامعات بالاتفاق مع وزارة الصحة.¹

يجب على الطبيب أن يكون دارسا لقواعد علم الطب وممارسا لها ممارسة جيدة حتى يستطيع تشخيص المرض ووصف العلاج بكل دقة، فلا بد أن في معرفة أسبابه حتى يقوم المريض بتجنبها لأن إزالة أسباب المرض هو المحور الذي يدور العلاج حوله لإزالة العلة مع تجنب حدوث علة مثلها أو أخطر منها مع عدم الإفراط في استعمال الأدوية، كما يجب عليه الترفع عن كل عمل من شأنه أن يوقع في الشبهات مما يضر بالمريض لأن الله تعالى رخص له في ممارسة الطب لعلاج المرضى ورعايتهم، أما إذا استهدف بالعلاج أي عمل آخر أو فعل ما لا يفعله مثله من الأطباء فإنه يسأل عن هذا ويجب عليه الضمان، وكل هذا لا يتحقق إلا إذا راعي الطبيب في عمله كل مقصد للشارع فيصير عمله خالصا لله تعالى وبالتالي يصير عبادة.

1 - د/ منير حنا، المسؤولية الجنائية للأطباء والصيدالة، دار المطبوعات الجامعية 1989، ص 204-207.

خلاصة الفصل :

وفي نهاية الفصل نتوصل إلى حقيقة جلية واضحة للعيان، أن نجاح الطبيب وتميزه في ممارسته لهذه المهنة الحساسة مرهون بأمرين أولهما: يجب على الطبيب أن يكون دارسا لقواعد علم الطب وممارسا لها ممارسة جيدة، ومواكبا لكل مستجداتها حتى يستطيع تشخيص المرض ووصف العلاج بكل دقة، فلا بد أن يجتهد في معرفة أسبابه حتى يقوم المريض بتجنبها لأن إزالة أسباب المرض هو المحور الذي يدور العلاج حوله لإزالة العلة مع تجنب حدوث علة مثلها أو أخطر منها، مع عدم الإفراط في استعمال الأدوية، كما يجب عليه الرفع عن كل عمل من شأنه في استعمال الأدوية، كما يجب عليه الترفع عن كل عمل من شأنه أن يوقعه في الشبهات مما يضر بالمريض لأن المرخص له ممارسة الطب علاج المرضى ورعايتهم، أما إذا استهدف بالعلاج أي عمل آخر أو أفعل مالا يفعله مثله من الأطباء فإن يسأل عن هذا ويجب عليه الضمان، وكل هذا لا يتحقق إلا إذا راعى الطبيب في عمله مقاصد وقواعد وضوابط الشرع فيصير عمله خالصا.

أما الأمر الثاني مما يستلزم على الطبيب لإنجاح ممارسته ونيل شرف مهنته أن يكون على علم بأن التميز الحقيقي هو التطبيق العملي لسمات الطبيب المسلم في الممارسة اليومية لمهنة الطب ومنها العناصر التي سبق ذكرها من إخلاص ومراقبة الله، واحترام حقوق المريض وبهذين الأمرين يكون الطبيب الذي حرص على تحقيقهما معا دون تفويت واحد منهم، قد وصل إلى النموذجية التي يطلبها كل مجتمع في أطبائه.

الفصل الخامس : أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

تمهيد:

أولا :حرمة اعتداء الطبيب على النفس البشرية

أ. الموت الرحيم

ب. معايير تحديد لحظة الوفاة

ثانيا : بعض الممارسات الطبية الخاصة بطب النساء

أ. زراعة الأعضاء والغدد التناسلية

ب. ممارسة الإخصاب الصناعي وموقف علماء الإسلام منها

ثالثا : ممارسة إسقاط الحمل (الإجهاض) وموقف الأطباء والعلماء منها

أ. المقصود بإسقاط الحمل في اللغة والشرع

ب. موقف الفقه الإسلامي من إجراء الأطباء علميات الإسقاط

رابعا : العقوبة المستحقة للطبيب المشارك في هذا الجرم

خاتمة الفصل

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

تمهيد:

إن لله عز وجل كرم الإنسان وفضله على كثير من مخلوقاته وجعله خليفة في الأرض، يقول عز وجل: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِّنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا﴾¹.

كما أن الله أنعم علينا بنعمة العقل وحثنا على طلب العلم والمعرفة فأول آية نزلت في القرآن الكريم كانت انطلاقة لطلب العلم، قال تعالى: ﴿اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ اقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ﴾².
ولقد أنزل الله العلماء أعلى المراتب يقول عز وجل: ﴿يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ﴾³، وقال كذلك: ﴿إِنَّمَا يَخْشَى اللَّهَ مِنْ عِبَادِهِ الْعُلَمَاءُ﴾⁴.

فطلب العلم فريضة على كل مسلم ومسلمة في كل مجالات العلم بما في ذلك الطب وطالب العلم، خاصة الطبيب المسلم يجب عليه أن يتحلى بالأخلاقيات الحميدة فذلك يجعله يختار من كل شيء أفضله مع احترام قواعد الإسلام واحترام الإنسان، ولقد جاءت الأحاديث النبوية الشريفة حاثّة على المداواة، وعن أبي هريرة رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: «ما أنزل الله داء إلا أنزل له شفاء»⁵، فكانت هذه الأحاديث منطلقاً لطلب علم الطب، والتفنن فيه لغرض دفع الضرر عن الإنسان وجلب المنفعة له والمحافظة على الحياة.

وانطلاقاً من هذه المبادئ الأساسية تقدم العلم في أرض الإسلام متماشياً مع المقاصد الأساسية للشرعية الإسلامية فلم يعطل الفقهاء التقدم العلمي ولم يتجاوز العلم الفقه، فإن الفقهاء⁶ تعرضوا منذ زمن إلى عدة تطبيقات طبية كاستعمال عظم الجثث وغيرها من التطبيقات ووضعو لها

1 - سورة الإسراء، الآية 70.

2 سورة العلق، الآيات 1-5.

3 - سورة المجادلة، الآية 11.

4 - سورة فاطر، الآية 28.

5 - تخريج الحديث السابق.

6 - الدكتور حسن محمود عبد الدائم، عقد إجازة الأرحام، دار الفكر الجامعي، مصر 2007، ص 71.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

ضوابط عامة مستمدة من القواعد الأساسية للتشريع الإسلامي.

شهد مجتمعنا في الآونة الأخير أعظم مظاهر التقدم والتطور العلمي في مجالات العلوم الأساسية والتطبيقية منها علمي الطب والأحياء (البيولوجيا) وبفضل هذه التقدم والتطور المذهل أصبح الطب أكثر فاعلية وطموحا كما أنه أصبح كذلك أكثر قوة وأكثر خطورة إلا أن عددا كبيرا من التطبيقات الحديثة لعلمي الطب والإحياء تثير العديد من المشاكل وخاصة الأخلاقية منها التي كثرت بها الأسئلة التي تطرح على الأطباء والباحثين من ناحية وعلى رجال الفقه والقانون والمجتمع ككل، وتتعلق هذه التساؤلات بآثار هذه الطرق الحديثة على حياة الإنسان وتأثيرها على المجتمع ومدى تماشيها مع أخلاقياته وقوانينه ومرجعياته.

إن المجتمعات المسلمة مطالبة بالأخذ بهذه العلوم الحديثة وينقل تلك الوسائل والتطبيقات المستحدثة لإنقاذ العديد من المرضى وتحقيق السلامة والعناية للإنسان أو حل بعض العضلات الصحية والاجتماعية، غير أنها مطالبة أيضا بالتساؤل عن مدى مشروعيتها في الفقه الإسلامي ومدى تأثيرها على أخلاقيات الطب والطبيب المسلم، كما هي مطالبة بوضع وإيجاد وتطبيق أطر وقواعد تتماشى مع المبادئ الإسلامية قبل ونقل وتطبيق هذه الإمكانيات الطبية الجديدة.¹ ومن الاكتشافات الحديثة والمعاصرة التي استجدت² في الطب خصص هذا العنصر هذه النماذج على سبيل الحصر وإنما لكثرة شيوعها وتداولها في المجتمعات الإسلامية من بينها المجتمع الجزائري محل الدراسة الميدانية.

أولا : حرمة اعتداء الطبيب على النفس البشرية:

تعد المحافظة على النفس من أولى المقاصد الشرعية التي اهتمت الشريعة الإسلامية بها والتيس لا يكتمل نظام الكون إلا بتطبيق أحكامها والتي من أهمها تحريم الاعتداء على النفس بغير الحق، قد حرم الله تعالى أن يقتل الإنسان نفسه قال سبحانه وتعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ

1 - زهير أحمد السباعي، الطبيب وعمله الطبي، دار القلم، بيروت 1993، ص 193.

2 - نفس المرجع، ص 194.

رَحِيمًا...¹، كما حرم أن يتقل الإنسان غيره بالاعتداء عليه بغير حق قال تعالى: ﴿بَطْنٌ وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ ذَلِكُمْ وَصَّاكُمْ بِهِ²﴾، فقد أوصى سبحانه وتعالى بالمحافظة على النفس وجعل عدم الاعتداء عليها بالقتل من قبيل الرحمة.

يؤكد هذا أن حق الحياة مما يجتمع فيه حق الله وحق العبد ويلزم لإباحة المساس به أن يؤدي كل منهما فيه والله تعالى لم يأذن في قتل النفس بل حرمه إلا بالحق، وإذن العبد في هذا لا يغني عن إذن الله تعالى فيه.

وهنا تلعب أخلاقيات الطبيب دورها في التزامه بالمحافظة على النفس المرضى التي استؤمن عليها والتي يملك التصرف فيها بمقتضى عمله فلا يزهق أرواح المرضى بغير حق لأن الله تعالى رخص للأطباء في ممارسة مهنتهم لعلاج المرضى بفعل كل ما يصلح أبدانهم، وما يراه بعض الأطباء من معاناة بعض المرضى من آلام الأمراض المستعصية التي لا علاج لها لا يعطيهم الحق في إنهاء حياة هؤلاء المرضى رحمة بهم من ألم المرض.

ويدخل في هذا الباب تحريم إسقاطه للجنين مهما كان السبب الداعي لإسقاط الحمل لأنه وإن كان جزء منها من حيث أنه يتحرك بحركتها ويقر بقرارها ويتنفس بتنفسها إلا أن له نفسا مستقلة عن أمه لأنه معد للانفصال عنها، وبالإضافة إلى أن إسقاط الحمل قد يعرض حياة الأم والجنين إلى الخطر وتكون الجريمة أعظم، وعلى الأطباء أن يترفعوا عن هذه الأعمال امثالاً لأخلاقياتهم التي يجب أن لا تخالف المقصد الشرعي منها.

أ. الموت الرحيم:

لقد رخص الله تعالى للأطباء في ممارسة مهنة الطب لعلاج المرضى وقد يرى بعض الأطباء في أثناء عملهم الطبي بعض المرضى الذين يعيشون من أمراض غير مرجوة الشفاء، فيتقدمون على إنهاء حياتهم، وقد يكون هذا بناء على رغبة المريض نفسه، وعلى الطبيب في هذه الحالات أن يبدل قصارى جهده في البحث عن علاج لهؤلاء المرضى بدلا من أن يقوم بقتلهم حيث رخص الله عز

1 - سورة النساء، الآية 29.

2 - سورة الأنعام، الآية 151.

وجل له في العلاج دون القتل. فإن لم يستطع فعليه أن يعمل بأخلاقيات ومرجعياته¹ في أن يوصيهم بالصبر وعدم اليأس، وهذا ما يساعد المريض في تحمل مصابه

1. *المقصود بالموت الرحيم:

● **الموت لغة:** ضد الحياة وهو الخلو من الروح، والميت ضد الحي وهو من فارق الحياة، من مات الإنسان يموت موتاً، ومنه قولك ماتت الأرض أي خلت من العمارة والسكان، والأرض المموات والموات مالا روح فيها، قال تعالى: ﴿لِنُخَبِّئَ بِهِ بَلَدَةً مَّيِّتًا...﴾²، وقد كان العرب يسمون النوم موتاً والانتباه حياة.

فالموت صفة وجودية خلقت ضداً للحياة³، فإذا كانت الحياة عبارة عن وجود الروح في الجسد فالموت عبارة عن خروجها منه قال تعالى: ﴿إِنَّكَ مَيِّتٌ وَإِنَّهُمْ مَيِّتُونَ﴾⁴، أيضاً يطلق الموت على الوفاة، وتوفاه الله أي قبض روحه ومنه قال الله تعالى: ﴿اللَّهُ يَتَوَفَّى الْأَنْفُسَ حِينَ مَوْتِهَا...﴾⁵ أي يستوفي مدد آجالهم في الدنيا.

وقوله تعالى: ﴿قُلْ يَتَوَفَّاكُم مَّلَكُ الْمَوْتِ الَّذِي وُكِّلَ بِكُمْ ثُمَّ إِلَىٰ رَبِّكُمْ تُرْجَعُونَ﴾⁶ أي يقبض أرواحكم أجمعين فلا ينقص واحد منكم.⁷

أيضاً قد يطلق الموت على النوم يقال: النوم موت خفيف والموت نوم ثقيل وعلى ذا النحو سمى الله توفياً، قال تعالى: ﴿...وَالَّتِي لَمْ تَمُتْ فِي مَنَامِهَا...﴾⁸.

وقد يطلق الموت على السكون يقال: ماتت الرياح أي سكنت، ومات الثوب أي بلي.

1 - المرجعيات التي تطرقنا إليها في الفصل الثالث من البحث.

2 - سورة الفرقان، الآية 49.

3 - محمد أبي بكر بن عبد القادر الرازي، مختار الصحاح، طبعة دار النهضة المصرية للكتاب 1983، ص 39، المعجم الوسيط، 891/2، ط3، مجمع اللغة العربية.

4 - سورة الزمر، الآية 30.

5 - سورة الزمر، الآية 42.

6 - سورة السجدة، الآية 11.

7 - لسان العرب، 400/5، معجم مقاييس اللغة، 283/5.

8 - سورة الزمر، الآية 42.

وقد يطلق الموت على زوال الحس قال تعالى: ﴿... يَا لَيْتَنِي مِتُّ قَبْلَ هَذَا...﴾¹، وقال تعالى: ﴿وَيَقُولُ الْإِنْسَانُ أَئِذَا مَا مِتُّ لَسَوْفَ أُخْرَجُ حَيًّا﴾².

وقد يطلق الموت على زوال القوة والعاقلة وهي الجهالة ومنه قوله تعالى: ﴿أَوْ مَن كَانَ مَيِّتًا فَأُحْيَيْنَاهُ...﴾³.

إلا أن المراد بالموت هنا زوال القوة الحيوانية، ومفارقة الروح البدن أي خلو الجسد من الروح، أو خروج الروح من الجسد.⁴

والرحيم صفة مشتقة من الرحمة وهي الرقة والعطف والرأفة قال تعالى: ﴿وَرَحْمَةً لِلَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ﴾⁵ والمراد بها إرادة إيصال الخير إلى الغير.⁶

فالرحمة: رقة تقتضي الإحسان للمرحوم، وهي منظوية على معنيين:

الرقة والإحسان: فركب الله تعالى في طباع الناس الرقة والعطف وتفرد سبحانه بالإحسان لذلك رأى أن الرحمة من الله تعالى إنعام وفضل، ومن بين آدم رقة وعطف، وهي سبب واصل بين الله سبحانه وبين عباده بها أرسل إليهم رسله وأنزل عليه كتبه، وبها هداهم، وبها أسكنهم دار ثوابه، وبها رزقهم وعاناهم⁷، قال تعالى: ﴿... كَتَبَ رَبُّكُمْ عَلَى نَفْسِهِ الرَّحْمَةَ﴾⁸.

والرحيم: أي الراحم لعباده المحسن إليهم قال تعالى: ﴿... وَكَانَ بِالْمُؤْمِنِينَ رَحِيمًا﴾⁹، وقال تعالى: ﴿... إِنَّهُ بِهِمْ رُؤُوفٌ رَّحِيمٌ﴾¹ والرحمن كالرحيم اسم مشتق من الرحمة أي الذي صفته الرحمة، إلا

1 - سورة مريم، الآية 23.

2 - سورة مريم، الآية 66.

3 - سورة الأنعام، الآية 122.

4 - الجرجاني، التعريفات، ص 232، مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروز أبادي، لطائف الكتاب العزيز، طبعة المكتبة العلمية، دار البصائر، قرطبة، 1980، ص 536.

5 - سورة التوبة، الآية 61.

6 - التعريفات، المرجع السابق، ص 146.

7 -

8 - سورة الأنعام، من الآية 54.

9 - سورة الأحزاب، من الآية 43.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

أن الرحمن أبلغ من الرحيم لأنه مختص بالله تعالى لا يمسي به غيره، أما الرحيم فيوصف به غيره فيقال رجل رحيم وهو الذي كثرت رحمته.²

حقيقة الموت من منظور علماء الشريعة:

الموت - هو زوال الحياة - أو زوال القوة الحيوانية ومفارقة الروح البدن، وقوله تعالى: ﴿إِنَّكَ مَيِّتٌ وَإِنَّهُمْ مَيِّتُونَ﴾³ فيه تنبيه على أنه لا بد لكل أحد من الموت، وقيل هو إشارة إلى ما يعتري الإنسان من التحليل والنقص.⁴

والموت أمر وجودي عند أهل السنة لأنه ضد الحياة لقوله تعالى: ﴿الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ...﴾⁵، فتتميز الموت بزوال الحياة تفسير يلائمه لأنه لما كان ضد الحياة فإنه يلزم من وجوده زوال الحياة، ولما كانت الحياة من أسباب القدر كان الموت موجبا للعجز لا محاله لفوات الشرط لهذا قيل: إنه العجز كله عما من شأنه الحياة أو زوال الحياة.⁶

والموت عند المعتزلة أمر عدمي، فالحياة ما يصح بوجودها الإحساس، وقيل ما يوجب كون الشيء حياً وهو الذي يصح منه أن يعلم ويقدر، والموت عدم ذلك فيه.⁷

*- ونوقش هذا التعريف:

لا نسلم أن زوال الحياة أمر عدمي لأنه لو كان لزوال الحياة وجود فيكون زوالها وجوديا وإن قلنا لا وجود له فيكون زوالها حياة وهو محال لأن عدم زوال الحياة هو الحياة، فالموت نفس زوال الحياة لا عدم زوالها.⁸

1 - سورة التوبة، من الآية 117.

2 - لسان العرب، 3/1611، المصباح المنير، 1/223، مختار الصحاح، ص 238.

3 - سورة الزمر، الآية 30.

4 - بصائر ذرى التمييز، 4/532.

5 - سورة الملك، الآية 3.

6 - فخر الإسلام اليزري علاء الدين عبد العزيز بن أحمد البخاري، كشف الأسرار عن أصول الإسلام، دار الكتاب الإسلامي، 1966، ص 313.

7 - أبي القاسم جار الله محمود، الكشاف عن الحقائق التنزيل وعيون الأقاويل، دار المعرفة، مصر، 4/ص 133.

8 - تفسير القرطبي، 18/206.

وعلى كل منهما فلا نزاع في أن الموت يكون بعد الحياة لأن ما لم تسبق له حياة لا يوصف بالموت حقيقة في اللغة والعرف، فالموت ليس بعدم محصن ولا فناء صرف وإنما هو انقطاع تعلق الروح بالبدن ومفارقته وحيلولة بينهما وتبدل حال وانتقال من دار، والحياة عكس هذا.¹

ويعبر عن الموت بالوفاة وهي قبض الروح قال تعالى: ﴿اللَّهُ يَتَوَفَّى الْأَنْفُسَ حِينَ مَوْتِهَا وَالَّتِي لَمْ تَمُتْ فِي مَنَامِهَا فَيُمْسِكُ الَّتِي قَضَىٰ عَلَيْهَا الْمَوْتَ وَيُرْسِلُ الْأُخْرَىٰ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى...﴾²، أي يقبض الله تعالى أرواح الأموات إذا حضر أجلها ويخرجها من الأبدان، ويقبض أرواح الأحياء إذا ناموا، فيمسك التي قضى عليها الموت ولا يردها إلى الجسد الذي كانت فيه ويرسل الأخرى النائمة، فيعيدها إلى جسدها بإعادة الإحساس عليها.

وقد قيل إن لكل إنسان نفسان نفس التمييز وهي التي تفارقه إذا نام فلا يعقل، ونفس الحياة التي إذا زالت زال معها النفس والحياة.³

إذا هنا نوعين من الوفاة: الصغرى وهي النوم، والكبرى وهي الموت، والأجل المسمى هو أجل الموت.⁴

وإضافة الموت إلى الرحمة من إضافة الشيء إلى صفته والمراد به هنا: الموت الذي يتصف بالرحمة والشفقة الإنسان يراد إنهاء حياته.

فالموت الرحيم :هو عبارة عن تعمد شخص إنهاء حياة شخص آخر مريض إما تبرعا وإما بناء على رغبة هذا الشخص المريض في الموت، رحمة به من مرض لا يرجى شفاؤه وتخليصها له من آلامه، وإشفاقا عليه من عذابه.⁵

1 - نفس المرجع، 18/206.

2 - سورة الزمر، الآية 42.

3 - محمد بن علي بن محمد الشوكاني، فتح القدير الجامع بين فني الرواية والدراية، دار مصر للطباعة 1964، ط2، ص 383.

4 - أحمد شرف الدين، المرجع السابق، ص 184.

5 - زاد المسير، 3/55، فتح القدير، المرجع نفسه، 2/124.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

وقيل هو: وضع حد لحياة مريض لا يرجى شفاؤه برفع أجهزة الإنعاش عن مات جذع مخه باعتبار أن موت جذع المخ يمثل نقطة اللاعودة إلى الحياة مرة أخرى.¹

ويتضح من هذين التعريفين:

أن التعريف الأول قد أغفل مسألة رفع الطبيب أجهزة الإنعاش الصناعي عن مات جذع مخه رحمة به وإشفاقا عليه، والتعريف الثاني تنحصر الموت الرحيم في حالة وضع المريض على جهاز الإنعاش الصناعي بسبب موت جذع مخه وأغفله في حالة الإصابة بأحد الأمراض المستعصية كالسرطان.

إلا أنه يمكن الجمع بين هذين التعريفين **الموت الرحيم** بأنه: تعمد الطبيب وضع حد لحياة مريض لا يرجى شفاؤه بإعطاء مريضه أدوية وعقاقير تؤدي إلى إنهاء حياته إما بناء على طلبه أو تبرعا أو يرفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن مات جذع مخه فدخل في غيبوبة عميقة بدافع الرحمة والشفقة من ألم المرض.

وسمي بقتل الرحمة، أو القتل بدافع الشفقة، أو موت الإراحة، أو تيسير الموت.

والسبب الـ ذي أدى إلى إنهاء حياة هذا الشخص هو رحمته من الألم المرضى الميئوس من علاجه لإنهاء معاناته لإصابته بمرض من الأمراض التالية:

✓ المريض المصاب بالسرطان ويعاني من الألم والإعـ طـ، ويعتقد الطبيب أنه سيموت بأي حال من الأحوال، فيعطيه جرعة عالية من علاج قاتل للألم، والذي يؤدي بدوره إلى توقف تنفسه وقلبه عن العمل فيموت.

✓ مريض في حالة إغماء لفترة طويلة بعد إصابته بالتهاب السحايا أو بإصابة شديدة في رأسه من الممكن أن يبقى حيا باستعمال أجهزة الإنعاش الصناعي، ويعتقد الطبيب بعدم وجود أي أمل في شفائه وإنه سيموت حتما فيقوم برفع أجهزة الإنعاش الصناعي التي تضخ الهواء للرئتين فلا يتمكن المريض من إدامه التنفس فيموت.

✓ طفل مشوه تشويها شديدا بالتصلب الأسرم (الشوكة المشقوقة) وهي حالة غير طبيعية للعمود

1 - علي بن محمد بن رمضان الرشيد، خلاصة الآراء في الكلام عن موت جذع المخ وزراعة الأعضاء، 2005، ص 19.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

الفكري تؤدي إلى شلل الساقين وفقدان السيطرة على المثانة والأمعاء الغليظة، مما يؤدي إلى احتياجه إلى عناية خاصة طوال حياته.¹

✓ طفل مشوه بشلل مخي وهي حالة تلف في المخ خلال الولادة تسبب تخلفا عقليا وشللا تاما، ويظل هذا الطفل يحتاج لعناية خاصة طوال حياته.²

ويكون القتل في هذه الحالات بإعطاء المريض مادة سمية سريعة التأثير، أو بصاعقة كهربائية، أو بآلة حادة، أو بإعطائه حقنة هواء في الوريد، أو حقنة بكمية كبيرة من المخدر بقصد إحداث الموت البطيء أو التعجيل به.³

إن كل الحالات السابقة هي حالات لا أمل من شفائها لذا فإن الطبيب قد يقوم على إنهاء حياة أي من هؤلاء اعتقادا منه برحمته من ألم المرض الذي يعاني منه، ولكن هنا تتدخل أخلاقيات الطبيب الملتزم الذي يدري دراية تامة كيف يتعامل مع هذه الحالات في ظل المقاصد والقواعد والضوابط الشرعية التي تشرب بها قبل ممارسته لهذه المهنة وما تحمله من مفاجآت تجعل الطبيب الحاذق الملتزم في أتم الاستعداد للتعامل معها بما رضي الله وضميره المهني، وبما يجعله مصدر ثقة في مجتمعه ومرضاه الذين يسلموه زمام أمرهم، في أمور صحتهم إما بالشفاء أو الموت.

ب. معايير تحديد لحظة الوفاة:

• المعيار الشرعي لتحديد لحظة الوفاة:

عل ضوء ما سبق ذكره من أن الموت هو زوال الحياة بمفارقة الروح للبدن بزوال كل مظاهر الحياة عنه فمن الناس من ينصح موته بسهولة ويمكن لأي شخص أن يعرف هذا بفطرته بظهور علامات تدل على هذا دون الحاجة إلى استشارة الطبيب، وفيما يلي بيان هذه العلامات.

1 - الشيخ عرفان بن سليم العشا حسونة، أطفال الأنابيب، المرجع السابق، 26.

2 - نفس المرجع، ص 30.

3 - الدكتور يوسف القرضاوي، فتاوى معاصرة، ج2، مكتبة دار الوفاء للطباعة والنشر، القاهرة 1999، ص 525.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

فإذا مات الإنسان فإن موته يعرف بعلامات وإمارات ظاهرة تدل عليه، وقد اتفق جمهور الفقهاء الحنفية، والمالكية، والشافعية، والحنابلة والزيدية، والإمامية، والإباضية¹ على أن هذه العلامات هي:

- انقطاع النفس، وتوقف النبض.
- امتداد جلدة الوجه، وانكشاف الصدمات وميل كلاهما ذ.
- استرخاء القدمين.
- انفصال الكفان كلاهما (انفصال الزندان).
- وزاد الحنفية والشافعية والزيدية والإمامية² تقلص الخصيتين مع تدلي الجلد، واعوجاج الأنف.
- وزاد المالكية والحنابلة والظاهرية³ انفراج الشفتين وإحداد البصر فلا يطرف أبدا.
- ولا شك أن هذه العلامات ليست علامات مؤكدة تدل على التيقن من حصول الموت في حالات الاشتباه ماعدا توقف النفس لفترة من الزمن، لذا فإن التيقن من الموت يحصل بالعلامات التالية: برودة الجسم، وتغير لونه، وتغير رائحته، وعلو البطن، وانقطاع النفس.
- ويستحب أن تغمض عينا الميت ويشد اللحي ويجعل على بطنه مرآة أو غير ذلك لكلا يعلو بطنه.⁴

والأصل في هذا ما روي عن أم سلمة⁵ رضي الله عنهما قالت: دخل رسول الله ﷺ على أبي سلمة¹ وقد شق بصره، فأغمضه ثم قال: «إن الروح إذا قبض تبعه البصر».²

1 - الطحاوي - الحاشية - دار الكتب العلمية، القاهرة، 1997، ص 558، وعبد الله محمد بن إدريس الشافعي، الفواكه الدواني، ج 1، طبعة دار الكتاب للطباعة والنشر، بيروت 1989، ص 435.

2 - الإمام الشافعي، حاشية رد المحتار، 1989، ج 2، ص 189.

3 - أبي عبد الله محمد بن علي الخرشني المالكي، الخرشني على مختصر سيدي خليل، طبعة دار الفكر، الأردن 1997، ص 122.

4 - ابن قدامة، المغني، ج 2، ص 282.

5 - هي هند بنت أمية القرشية المخزومية كانت عند أبي سلمة بن عبد الأسد فلما مات تزوجها النبي ﷺ بعد موقعة بدر ودرت عنه ﷺ وتوفيت سنة 59 هـ ولاية يزيد بن معاوية.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

ويمكن بيان ذلك بقليل من الدقة فنقول أن علامات التيقن من الموت هي:

- ارتخاء العضلات وعدم استجابة الجثة لأي تنبيه حسي.
- ثبات حدقة العين مع عدم تأثرها بالضوء الشديد.
- برودة الجسم فتكون درجة حرارة الجثة كدرجة حرارة الجو المحيط بها.
- وجود زرقة خاصة في المناطق السفلية من الجثة ناتجة عن توقف الدورة الدموية.
- تبس الجثة ويبدأ بعد ساعتين من الوفاة ويكتمل في خلال 12 ساعة بعد الوفاة، ويبدأ التيبس في عضلات الفك الأسفل والجفنين، ثم ينتشر في الوجه والعنق والصدر والذراعين والجذع والأرجل ويستمر لمدة 12 ساعة ثم يبدأ في الاختفاء بنفس الترتيب الذي بدأ به بعد مرور 24 ساعة عل الوفاة ويسمى (بالتيبس الرمي).

- تعفن وتحلل أنسجة الجسم بواسطة ميكروبات التعفن وخاصة في الأحشاء ويبدأ في جدار البطن على هيئة اخضرار وخفيف مقابل منطقة المصمران الأعور لأن هذه المنطقة غنية بميكروبات التعفن، ثم ينتشر هذا اللون الخضر تدريجياً ثم تظهر فقاعات (غازات) تحت الجلد، وهو ما يسمى (بالتعفن الرمي).

وبالطبع يتم تشخيص الوفاة مبكراً بعد توقف القلب والدورة الدموية والتنفس توقفاً لا رجعة

فيه ولا يحتاج الأمر إلى حدوث هذه التغيرات الرمية.³

إن لحظة الموت هي اللحظة التي تفارق فيها الروح البدن فتزول عنه كل مظاهر الحياة، فالموت يعرف بتغيير كل ما كان عليه الإنسان في حياته من عدم الحركة وتوقف التنفس وغيرها من العلامات، وهذا ما يعد موضوعاً شائكاً ومشكلة صعبة أمام بعض الحالات ليتخذ فيها الطبيب قراره الحازم بتوقف حياة هذا الشخص أو ذاك وهو ما تتداخل فيه الخبرة العلمية والعملية وكذا ما تخدمه الأخلاقيات السوية الخاصة بصاحب القرار، لأنه قرار ليس بالسهل حتى ينهي حياة مريض قد يكون

1- هو عبد الله بن عبد الأسد مخزوم القرشي المكي، وهو أخو النبي ﷺ في الرضاعة وابن عمه برة، هاجر المجرتين وشهد بدرًا، وفيه نزل قوله تعالى: ﴿فَمَنْ أُوتِيَ كِتَابَهُ بِيَمِينِهِ﴾ كان من أفاضل الصحابة توي ببدر⁴هـ.

2 - صحيح مسلم، كتاب الجنائز، باب في إغماض الميت، ج2، ص529.

3 - زهير أحمد السباعي، الطبيب آدابه وفقهه، ط1، دار القلم، بيروت، 1993، ص193.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

مكتوبا له أن يعيش ما شاء الله وبفضل تشخيص وقرار هذا الطبيب أصبح من عداد الأموات وفوت عليه فرصة الحياة.

● المعيار الطبي لتحديد لحظة الوفاة:

قد تكون التفرقة بين الحي والميت أمرا صعبا عسيرا على عامة الناس، وهذا في الحالات التي يشته في موتها، ولا يتمكن أحد من معرفة الحي من الميت إلا الأطباء كمن فقد وعيه ودخل في غيبوبة عميقة أو الأطفال حديثي الولادة الذين لا يستهلون ويعانون من صعوبة في التنفس، لذا كان من الضروري بيان المعايير الطبية لتحديد لحظة الوفاة سواء المعايير القديمة أو المعايير الحديثة وفيما يلي تفصيل كل منهما:

أ/المعيار الطبي التقليدي لتحديد لحظة الوفاة:

يعتبر الشخص ميتا بالتوقف النهائي للقلب (الدورة الدموية) والتوقف النهائي للتنفس (الرئتين).

ويستدل على توقف القلب والدور الدموية بعدة علامات هي:

- توقف القلب بعد سماع دقات القلب بالسماعة الطبية.
 - توقف النبض في الشرايين ويعرف ذلك بجس النبض عند الشريان الكبري أو العضدي أو الدغي أو السباتي.
 - عدم احتضان الأصبع إذا ربط.
 - عند حقن مادة ملونة تحت الجلد تبقى ظاهرة في مكانها حالة الوفاة، بينما تنتشر ويمكن رؤيتها على الأغشية المخاطية في حالة الحياة.
 - تقييم خلايا الجلد الرقيقة الموجودة بين الأصابع مع تسليط الضوء الشديد عليها.
 - عند قطع أحد الشرايين يسيل الدم قليلا ثم يتوقف في حالة الوفاة.
 - شحوب الجثة وخاصة الوجه والشفيتين.
- ويستدل على توقف التنفس (الرئتين) بالعلامات الآتية:
- توقف حركة الصدر والبطن.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

- عدم سماع صوت التنفس ويعرف هذا بالسماعة الطبية، خاصة إذا وضعت على القصبة الهوائية، أو بعدم تحرك ريشة أو قطعة من القطن عند وضعها أمام الأنف.¹

● المعيار الطبي الحديث لتحديد لحظة الوفاة:

بالرغم من أن الشخص يعتبر ميتا بتوقف القلب والتنفس نهائيا، إلا أن هناك حالات لا ينطبق عليها هذا المعيار بسبب التقدم السريع في وسائل الإنعاش فإنه يمكن معها عودة القلب مرة أخرى للعمل، لهذا فقد استقر الطب الحديث على أن موت خلايا المخ الذي يؤدي إلى توقف المراكز العصبية عن العمل هو معيار موت الإنسان موتا حقيقيا.

ويقصد بموت المخ كلية (الغيوبة النهائية أو العميقة) حيث تتوقف مراكز الاتصال والتفكير والذاكرة والسلوك وغيرها عن العمل.

ويحتز بذلك عن الغيوبة المؤقتة التي يموت فيها جزء من خلايا المخ ويمكن معها العودة للحياة، والذي يتحكم في ذلك جزء من المخ يسمى (الهيوكلاموس) فهو يتحكم في وظائف الجسم المختلفة من خلال إشارات عصبية تصدر عنه وتسير في الجهاز العصبي اللاإرادي الذي يتحكم في حركة أجهزة الجسم وفي تناسق وظائفها.²

والإنسان المشرف على الموت يمل بثلاثة مراحل:

المرحلة الأولى: وهو مرحلة الموت الإكلينيكي حيث يتوقف القلب والرئتان عن العمل.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة خلايا المخ وتحدث بعد بعض دقائق من توقف دخول الدم المحمل بالأوكسجين للمخ.

المرحلة الثالثة: وهي مرحلة الموت الخلوي أي موت خلايا الجسم التي تظل حية لمدة تختلف من عضو لآخر، وتحدث هذه المرحلة بعد المرحلتين السابقتين.

وعلى هذا فمن الممكن أن يتوقف قلب الإنسان عن العمل لكن تظل خلاياه المخية حية ومن الممكن إعادة القلب إلى عمله الطبيعي ويكون هذا عن طريق استخدام أجهزة الإنعاش

1 - زهير السباعي، الطبيب آدابه وفقهه، المرجع السابق، ص190.

2 - د/ أحمد شرف الدين، الأحكام الشرعية للأعمال الطبية، المرجع السابق، ص158.

الصناعي والموت في هذه الحالة ليس إلا موتاً ظاهرياً.

أما إذا ماتت خلايا المخ بعد بضع دقائق من توقف القلب والرئتين عن العمل فإنه يستحيل إعادة الحياة للمخ مرة أخرى، وتوقف وظائف المخ في هذه الحالة يكون نهائياً لا يمكن الرجوع فيه أو مواجهته بأي أسلوب علاجي حتى الآن إلا أنه من الممكن المحافظة على حياة الأعضاء والأنسجة حتى لا يلحقها الموت الخلوي بتزويدها بالدعم المحمل بالأوكسجين عن طريق أجهزة الإنعاش الصناعي ويمكن التوصل إلى إثبات وفاة خلايا المخ عن طريق جهاز الرسام الكهربائي¹ للمخ وهذا الجهاز يتم توصيله بمخ الإنسان فيقوم برصد النشاط الكهربائي الصادر عن حركة الخلايا العصبية في صورة ذبذبات كهربائية، فإذا ما انعدمت هذه الذبذبات وانعكس ذلك على هيئة خطوط مستقيمة فهذا يعني توقف المخ عن أداء وظائفه.

إلا أن الرسام الكهربائي للمخ لا يصلح لمفرده للتحقق من حدوث الوفاة لسببين:
أولهما: أن هذا الجهاز لا يعكس من نشاط المخ إلا ذلك النشاط الخاص بالمراكز العصبية القريبة فلا يعطي معلومات كافية.

ثانيهما: أن هذا الجهاز لا يصلح كمعيار حاسم للوفاة في حالة الأطفال المصابين بغيوبة أو في حالات التسمم الجسمية.

لذا أضيف إلى الرسام الكهربائي عدة معايير أخرى لتحديد لحظة الوفاة ألا هي:

-عدم إعطاء جهاز رسم المخ الكهربائي أي إشارة وذلك خلال فترة كافية.

-الفقدان التام للشعور بأي إحساس.

-انعدام الحركة العضلية اللاشعورية.

-توقف القلب والتنفس الذاتي لمدة أكثر من 15 دقيقة.

-انخفاض الضغط الشرياني.

1 - محمد عبد الوهاب الخولي، المسؤولية الجنائية للأطباء عن استخدام الأساليب المستحدثة في الطب، طبعة دار النهضة العربية،

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

مع ضرورة أن يكون الفريق المعلن للوفاة غير الذي يباشر عمليات نقل الأعضاء لتفادي إعلان بعض الأطباء الموت المبكر للشخص حتى يتسنى لهم إجراء عمليات نقل الأعضاء أو غير ذلك، وقد أوصت بذلك اللجنة الدولية للمنظمة العالمية للصحة.¹

وبناء على ما سبق ذكره في تحديد لحظة الوفاة:

فقد ذهب بعض الفقهاء المعاصرين وهم أعضاء مجمع البحوث الإسلامية بالأزهر الشريف وعلى رأسهم الشيخ جاد الحق علي جاد الحق: إلى القول بوجود الأخذ بالمعيار الشرعي التقليدي للوفاة، فلا يعتبر الإنسان ميتاً إلا إذا زالت عن جسده كل مظاهر الحياة وبدت عليها علامات الموت، وليس هنالك ما يمنع من استعمال الأجهزة والأدوات الطبية للتحقق من الموت بل إن استمرار التنفس وعمل القلب دليل على استمرار الحياة في الجسد وإن دلت الأجهزة الطبية على فقدان الجهاز العصبي والمخ لخواصه الوظيفية، فتكون لحظة الوفاة هي التي صرح بها الفقهاء القدامى لأن الموت هو زوال الحياة ومفارقة الروح للجسد.

وذهب آخرون : إلى أن المعيار في تحديد لحظة الوفاة هو المعيار الطبي الحديث وهو موت خلايا المخ بما في ذلك موت جذع المخ، وذلك إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلاً نهائياً وحكم الأطباء المختصون فإن هذا التوقف لا رجعة فيه وتستحيل عودته للحياة مرة أخرى حتى وإن ظل القلب والتنفس يعملان.

أما إذا توقف قلبه وتنفسه توقفاً تاماً فإنه يكون قد مات موتاً حقيقياً وخرج عن دائرة الخلاف السابق.²

وبعد بيان المعايير المختلفة لتحديد لحظة الوفاة، وبيان آراء الفقهاء المعاصرين في الأخذ بها فإنه يمكن القول بأن لحظة الوفاة تكون بمفارقة الروح للبدن وذلك بزوال كل مظاهر الحياة عن الجسد بما في ذلك توقف النبض والتنفس.

1 - محمد سامي الشوا، مسؤولية الأطباء وتطبيقاتها في القانون، دار النهضة العربية، ط 2003، ص 228.

2 - وهبة الزحيلي، الفقه الإسلامي وأدلته، 4، المعدلة، دار الفكر المعاصر بعمان، 2002، ص 1441.

وعليه فالمعيار الشرعي الطبي التقليدي هو معيار تحديد لحظة الوفاة، وهذا المعيار لا يمكن ولا ينبغي إهماله لورود الشرع به، وهو ما وجب على الطبيب حمله ضمن أخلاقياته تساعد على اختيار أهم وأنجع المعايير التي يحدد بها هذه اللحظة التي تحدد بدورها انتهاء الحياة لهذا الشخص. ومن قبيل الاحتياط في هذه الحالات المشتبه فيها فإنه لا بد من الرجوع إلى أهل الاختصاص في هذا الأمر وهم الأطباء الأمناء خاصة مع تطور وسائل الطب الحديث، الذين وجب عليهم حمل هذه المسؤولية ضمن ممارساتهم المضبوطة بالأخلاقيات والتي تساعد على اختيار أهم وأنجح المعايير في تحديد هذه اللحظة الهامة.

فأقول الأطباء في مثل هذه الحالات أدق وأوثق خاصة مع تطور وسائل الطب والتي يمكن معها عودة الحياة للإنسان مرة أخرى، قال تعالى: ﴿فَاسْأَلُوا أَهْلَ الذِّكْرِ إِنْ كُنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾¹. كما أنه لا يجوز اللجوء للمعيار الحديث في جميع الحالات لتحديد لحظة الوفاة لآتي:

أولاً: إن الأطباء قالوا بهذا المعيار لخدمة مجال نقل وزراعة الأعضاء حيث يقومون بسلب الأعضاء من المريض بعد وفاة جذع المخ ونقلها إلى آخرين خاصة في الأعضاء المنفردة كالقلب والكبد والتي لا يمكن نقلها إلا إذا وجد في الجسد حياة فلا يمكن نقلها من جثث الموتى.

ثانياً: إن الكثير ممن مات جذع مخه لا يزال قلبه ينبض وتنفسه يعمل حتى مع فصل أجهزة الإنعاش الصناعي عنه، مما يدل على أنه لعدم مفارقة الروح الجسد فهي التي تحفظه من التحلل والفساد.

ثالثاً: أن كثيراً من حالات الموت الدماغية ق فافت من غيبوبتها ومارست حياتها بشكل طبيعي.

رابعاً: الأخذ بالمعيار الطبي الحديث وهو موت جذع المخ بفتح المجال أمام المنشغلين للتجار بالأعضاء البشرية، مما يؤدي إلى استغلال القادرين مادياً للمحتاجين بشراء أعضائهم، وهذا فيه إهانة لكرامة الآدمي.²

هذا وكثير من المظاهر التي انتشرت في القطاعات الصحية سواء العامة منها أو الخاصة أصبحت مدعاة للدراسة من جانب فتح هذه الأبواب، التي يجدر أن يتصدها أطباء لاتجار أعضاء

1 - سورة النحل، من الآية 43.

2 - د/ محمد الحولي، المسؤولية الجنائية للأطباء، دار العلم للطباعة والنشر، بيروت 2002، ص 230.

البشرية وهم الذين تحكمهم أولا وأخيرا أخلاقياتهم.

ثانيا : بعض الممارسات الطبية الخاصة بطب النساء:

أ. زراعة الأعضاء والغدد التناسلية للمرأة والرجل :

ومسؤولية الأطباء فيها تعد ممارسة زراعة الأعضاء¹ ثمرة من ثمار التقدم العلمي الحديث والهدف منه مساعدة البشرية في التغلب على آلام الإنسان وفيه وجب التكلم عما يجب أن يحمله الطبيب من أخلاقيات تحفظ له ممارسته وذلك للسببين التاليين:

1. لأنه يمس مهنة شريفة بشكل مباشر، وكذا يمس طب النساء في قضايا خاصة مثل معالجة العقم بطريقة زرع الرحم، أو المبيض، أو البويضة الملقحة...الخ.

2. لأنه يرتبط كذلك بطب النساء بشكل غير مباشر لاعتبار المرأة الحقل الذي تتم فيه هذه الممارسات والتجارب العلمية الحديثة.

ولما كان بعض الأطباء ذوي تطلعات كبيرة، كلما نجحوا في نقل عضو بدأ في دراسة إمكانية نجاحهم في زراعة عضو جديد، إرضاء لحبهم وللاكتشاف وتطوير أبحاثهم ويغيون ما دون ذلك. والجدير بالذكر هنا أن إصابة الأعضاء أو الغدد التناسلية بالتلف يؤدي إلى العقم فإذا كان التلف قد شمل الأعضاء التناسلية فقط، فإن ذلك يؤدي إلى عقم ثانوي، وأما إذا أصاب التلف الغدد التناسلية (المبيض أو الخصيتين) فإن ذلك يؤدي إلى عقم أولي للرجل أو المرأة. لقد تخيل بعض المهنيين بزراعة الأعضاء أن حل هذه المشكلة هو تغيير قطع السيارات أو الأجهزة والآلات.

ورغم أن موقف الشرع كان واضحا² ومحددا منذ البداية في إباحة زراعة ونقل الأعضاء الحيوية من شخص إلى آخر ولا يصاب الشخص لمنقلبه منه بأي ضرر ما جراء ذلك، إلا أن بعض الأطباء قد تناسوا هذا الأمر أو لنقص وعيهم الديني به وأصبحوا ينشرون النجاح والمجد في المجالات التي لم تطرق بعد، وفكروا في أشياء للإنسان أن يعيش محروما منها لحكمة لا يعلمها إلا الله.

1 - الشيخ عرفان حسونة، التلقيح الصناعي وزراعة الأعضاء، المرجع السابق، ص183.

2 - الشيخ عرفات حسونة، المرجع نفسه، ص183.

ولكن ما يجب أن يقف له الأطباء بأخلاقياتهم وحفنة حزم وأن يقوموا بشرح عواقبه التي سوف تنتج عن ممارساتهم لها في حالة اعتبارهم أنها مباحة وهي زراعة الغدد التناسلية التالفة فالغدد التناسلية ليست مثل باقي الأعضاء يمكن نزع التالف منها واستبداله بآخر سليم، بل إنها بما تحكمه الخلايا الأولية¹ للبويضات والحيوانات المنوية فإنها تقوم بنقل الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء وأن أي محاولة لنقل هذه الأعضاء بين الرجال والنساء سوف يؤدي حتما إلى خلط الإنسان، وهذا خطر تحاربه أخلاقياتهم الإسلامية، ويمنع حدوثه منذ نزول التشريع الإسلامي.

إن العقم في الرجال سببه عدم وجود الأحياء المنوية في السائل الملقح لسبب من الأسباب المرضية، أما سببه عند النساء فانسداد الرحم أو اعوجاجه أو علل أخرى لا تحصى، وقد قدر الأخصائيون أن العقم في الرجال **20%** وفي النساء **30%** وشغلت مسألة عقم المرأة العلماء وخصوصا الأطباء في كل زمان ومكان لأهميتها في بقاء النوع البشري ولرغبة النساء في الحمل والإنجاب، وفي كثير من الأحيان حصروا علاج العقم عن طريق الإخصاب الصناعي أو ما أسمى أطفال الأنابيب، وهذا ما صرح به أحد المختصين: «الدكتور إلي ضفير مختص للعقم وتقنيات المساعدة على الحمل بمركز جورج نشر بالقدس لدراسة العقم بمستشفى الروم لمعالجة العقم بالطرق المتطورة»²، فكان سؤال الصحفي له: ما هي أهم أسباب العقم الشائعة في العالم العربي والإسلامي؟ وما هي أنجع الطرق المعالجة له والمطبقة بمركزكم؟

فكانت إجابة الطبيب³: «إن أهم الأسباب المؤدية للعقم في معظم الدول العربية -ضعف الحيوانات المنوية وعدم قدرتها على تأدية دورها الطبيعي- مما جعل أهم الطرق الطبقة لمعالجة هذه الحالة من العقم هي تدخل الأطباء في مساعدة هذا الحيوان على تلقيح البويضة وهو ما سمي بعملية -التلقيح الصناعي- أي أكثر الطرق ناجحة في تخفيف حالات العقم هي طريقة الإنجاب الصناعي بأنواعه، سواء داخل الرحم أو خارج الرحم أو في حالة استئجار الرحم أي دخول الطرف الثالث

1 - الدكتور حاتم أمين محمد عبادة، العلاج الجيني والفحوص الوراثية، دار الفكر الجامعي، مصر 2007، ص 73.

2 - حصة تلفزيونية بعنوان: (العقم، العلاج الانتظار والقدرة)، في برنامج أحمر بالخط العريض لقناة (LBC)، لبنان، يوم 2009/09/15، الموافق 19 ربيع الثاني 1430 هـ الساعة من 20:00 إلى 22:00.

3 - الدكتور إلي ضفير مختص في العقم وتقنيات المساعدة على الحمل.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

مهما كان نوع المساعدة على الحمل»¹ ثم قدم مجموعة من الأمثلة والحالات التي تمت معالجتها عن طريق الإخصاب الصناعي.

والسؤال الذي يفرض نفسه في هذه الحالات هو كيف يكون لهم اقتراح زراعة أحد الأعضاء أو الغدد التناسلية كأحد الحلول لمعالجة العقم؟ وهم أدرى بأن الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء أو الأحفاد عن طريق الصبغات وما تحمله من المورثات في نواة كل خلية في جسم الإنسان.

فأين أخلاقيات الطبيب المسلم في ممارسة نقل المبيض من امرأة إلى أخرى؟ وهو أعلم من غيره أن في ذلك ضرر (مساعدة بطريقة مباشرة في خلط الأنساب) أكثر من النفع المتمثل في المساعدة على الإنجاب.²

ومنه لا بد من إخضاع هذا العمل النبيل الذي يمارسه الطبيب إلى الانسجام مع الأوامر الصريحة لكتاب الله والسنة النبوية، وعدم تناقضه مع غيابة المشروع في بعض الحالات التي تعرضت إليها النصوص بصفة مجملة لغاية استخدام العقل النير مدعماً بزد العلم والفهم، ليستخلص منها أحكام الشارع.

فإن نقل الجهاز التناسلي أو الغدد التناسلية من امرأة إلى أخرى لم تحصل لحد الآن في شأنه نتائج تقنية مشخصة³، للذين لا تهمهم الناحية الشرعية، ولذا واجب على الأطباء الذين يحملون أخلاقيات أن يتحرزوا من هذه الممارسات للأسباب المبنية وللمضار التي تنجم عنه، ففي الحالات التي يتم نقل الأنسجة التي لا تؤدي إلى أية صفات وراثية وإنما تؤدي إلى التهلكة وهذا أمر منهي عنه بقوله تعالى: ﴿وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ﴾⁴، سواء فيما يرجع لمضاعفات الأدوية في المرأة والجنين أو فيما يرجع لصعوبة العملية وقلة الخبراء فيها.

التشريعات الصادرة في هذا الشأن:

1 - كلها طرق مساعدة على الإنجاب سوف يأتي شرحها.

2 - الدكتور محمد نعيم ياسين، المرجع السابق، ص123 وما بعدها.

3 - الدكتور محمد نعيم ياسين، المرجع نفسه، ص123.

4 - سورة البقرة، الآية 195.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

ما جاء في القرار (6/8/59) الخاص بزراعة الأعضاء التناسلية، عن المجلس الفقهي الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره السادس بجدة في مكة المكرمة من 17 إلى 23 شعبان 142 هـ الموافق لـ 20/14 مارس 2007م بعد اطلاعه على الأبحاث والتوصيات المتعلقة بهذا الموضوع الذي كان أخذ موضوعات الندوة الفقهية السادسة المتعلقة بهذا الشأن في الكويت من 23/26 ربيع الأول 1426 هـ الموافق لـ 2006/26/23 بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية كانت القرارات على النحو التالي:

- **زراعة الغدد التناسلية** :¹ بما أن (الخصية المبيض) يستمران في حمل وإفراز الصفات الوراثية (الشفرة الوراثية) للمنقول منه حتى يعذر زرعها في المتلف الجديد فإن زرعهما محرم.
- **زراعة أعضاء الجهاز التناسلي**: زرع بعض أعضاء الجهاز التناسلي التي لا تنقل الصفات الوراثية -ماعداء العورات المغلظة- جائز لضرورة مشروعه ووفق الضوابط والمعايير الشرعية المبينة في القرار رقم (01) للدورة الرابعة بهذا الجمع.²

ب. ممارسة الإخصاب الصناعي وموقف علماء الإسلام منها:

والأمر لا يختلف في الوقت الحاضر عما كان عليه في السابق، فالأطباء يشعرون بأن هناك مشكلات حقيقية تتراكم بفعل التطورات العلمية الحديثة، فكثيرات ما يشككون في صحة هذه الاكتشافات الطبية أو العلمية ذاتها، فكيف تعزل ممارسات الأطباء في ظل هذه الاختلافات؟ هناك رأي قائل: «إن تخلق نتاج الفقهاء في مواجهة الوقائع الطارئة لا يرجع إلى عدم إحاطة الأصول الشرعية بهذه المستجدات، وإنما يعود في الحقيقة إلى طائفتين من الأسباب»:³

الطائفة الأولى : تتعلق بطريقة تفكير الفقيه والطبيب، فالأول في الغالب يكون محافظاً ويمثل بطبيعته إلى من سبقوه، والثاني محب ومطلع لكل جديد في الميدان.

1 - الدكتور حمداني، مجلة العلم والإيمان عن مجلة المجتمع الفقهي الإسلامي)، الدورة السادسة، العدد السادس، 3 ص 227.

2 - نفس المرجع، ص 242.

3 - الدكتور أحمد نصر الدين، كتاب أساليب دكتاتورية البيولوجية في الميزان الشرعي، المقدم في مؤتمر الإسلام ومشاكل الطب المعاصر (الإنجاب في ضوء الإسلام)، الكويت، ص 149.

الطائفة الثانية: فهي تتصل بالظروف الاجتماعية المحيطة بهما والتي تمنع إبداع الأول الذي يحتاج إلى القوات والجهد والأمان ليصبح قادرا على الاطلاع والاجتهاد لكل جديد، والثاني الذي قدم صدم بترجمته وتعاقب الاكتشافات مما جعله لا يملك الخيار في مسايرتها والتسارع معها ولو على حساب أخلاقياته وقيمه الأصيلة.

إن هذا العنصر من البحث يركز على النقاش الدائر حول ممارسة أطفال الأنابيب بعد الإخصاب الصناعي كممارسة قائمة ومستقلة باعتبارها أحد حلول معالجة العقم، ومتفشية أو منتشرة في العالم والدول الإسلامية والجزائر على حد سواء، وبنفس الدرجة من التطبيق والتقنية العالية.¹ كذلك هناك نقطة يجب التطرق إليها وعدم إغفالها قبل البدء في الكلام عن الإخصاب الصناعي أو أطفال الأنابيب... الخ والتي تدخل في صميم أخلاقيات الطبيب المسلم ومنطلقا وإطارا مرجعيا²، يعود إليه الطبيب في ممارساته السابقة واللاحقة الذكر هي:

1. بداية الحياة: إن السؤال المهم (متى تبدأ الحياة؟)³ هو أساس ونقطة الانطلاق التي يمكن أن

تبنى عليها أحكام العلماء وممارسات الأطباء لقضية (الإخصاب الصناعي وأطفال الأنابيب) بل القضايا الأخرى المرتبطة بهما كالهندسة الوراثية والاستنساخ والإجهاض⁴... فالجواب على هذا السؤال يمكن أن يساعد على حل مشكلات أخرى مثل: ما الذي يجب أن يفعله الأطباء في البويضات الملقحة الفائضة؟ وهل يجوز تجميدها؟ وإذا جمدت ولم تدع الحاجة إليها فما الذي يمكن أن يفعل بها؟ وهل يجوز أن تجرى التجارب عليها؟ ألا يعني ذلك هدرا لحياة الإنسان؟ ثم هل يجوز من الناحية الشرعية في ممارسة الطبيب المسلم أن تستخدم امرأة أخرى هذه البويضات الملقحة؟ تلك كلها أسئلة وغيرها تثير مشكلات أخلاقية هامة تحير الطبيب المسلم وتشوش عليه ممارساته، ذلك في الوقت الذي هي شائعة ومطبقة بشكل معلن في ممارسات الطبيب غير المسلم أو ممارسة من بعض الأطباء

1 - تصريح الدكتور ص ع طبيب مختص بأمراض النساء والتوليد ولاية البويرة لقاء مسجل.

2 - الدكتور محمد نعيم ياسين، المرجع السابق، ص179.

3 - سؤال يقابل متى تنتهي الحياة؟ يتعرض للطبيب في ممارساته.

4 - الدكتور محمد نعيم ياسين، المرجع السابق، ص179 وما بعدها

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

بطرق غير معلنا عليها أي بشكل سري لأنها تخالف المبادئ العامة للمجتمع الذي يعمل فيه، كما تحتاج إلى ردود فعل مبنية على أصول شرعية.

ولقد انقسم الأطباء في ممارساتهم بانقسام العلماء في مناقشتهم لموضوع بداية الحياة إلى ثلاث آراء:

الرأي الأول: يرى أن الحياة تبدأ من لحظة الإخصاب¹ وأدلتهم في ذلك:

1) الأدلة العلمية:

وهي حركة الجنين منذ البدايات الأولى للحمل، وقبل أن تشعر الأم بذلك مما يدل على أن الجنين يعتبر كائنا حيا منذ لحظة الإخصاب مع اشتراط ما يلي:

♦ أن تكون البويضة الملقحة بداية واضحة معروفة.

♦ أن تكون قادرة على النمو ما لم تحرم أسبابه.

♦ أن يفضي نموها إلى إنسان جنينا ووليدا وطفلا وصيبا وشابا وكهلا وشيخا إن شاء الله له في الأجل.

♦ أن يكتمل لها الحصىلة الإرثية لجنس الإنسان عامة وكذلك لها هي فردا بذاته مختلفا عن غيرها من الأفراد منذ بدء الخليقة وحتى قيم الساعة.²

2) الأدلة الشرعية:

أما الدليل الثاني فهو ما ذهب إليه أنه إذا أثبت أن المرأة الحامل، يحفظ حق جنينها في الميراث إلى أن يولد، بل إن الميراث لا يوزع إلا بعد الولادة، وإضافة إلى ذلك يرى أصحاب هذا الرأي أن بداية الحياة تكون من وقت الالتحام على أساس قوله تعالى: ﴿إِنَّا خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ نُطْفَةٍ﴾³، وما يتبع ذلك من تطور لهذه النطفة.

1 - الدكتور حسان حتوت، مؤتمر الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في مفهوم الإسلام، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الكويت،

2001، ص 55، 56 من مطبوعة متحصل عليها عن طريق الانترنت إسلام أون لاين سيت.

2 - الدكتور حسان حتوت، المرجع السابق، ص 55، 58 من المطبوعة.

3 - سورة الإنسان، الآية 02.

الرأي الثاني : يرى أن الحياة تبدأ بعد نفخ الروح أخذا بالرأي الشرعي: والتزم هذا الفريق بالنصوص التزاما كاملا حين أكد أن الحياة تبدأ بعد نفخ الروح في الجنين، وذلك استنادا إلى الحديث الأربعيني الشريف فيقول فيه زيد بن وهب عن عبد الله، قال حدثنا رسول الله ﷺ قال: «إن أحدكم يجمع خلقه في بطن أمه أربعين يوما، ثم علقه مثل ذلك ثم ذلك ثم يكون مضغعا مثل ذلك ثم يبعث الله ملكا فيؤمر بأربع أجله، رزقه، وشقي هو أم سعيد، ثم ينفخ فيه الروح... إلى آخر الحديث»¹، ويذكر (الدكتور عمر الأشقر قائلا: «هذا النوع من الحياة موجود في الإنسان وفي الحيوان ولا شك، يتحقق به النمو الاغتذاء، ولكنه لا يجعل الجنين حيا في الاصطلاح الشرعي وقد تنبه العلماء إلى نوع حياة الجنين قبل نفخ الروح فيه، ومن هؤلاء العامة (ابن القيم) الذي يقوم في كتابه (التيبان في أقسام القرآن) فإن قتل الجنين قبل نفخه الروح فيه هل كان فيه حرمة وإحساس أم لا؟ قيل فيه حركة النمو والاعتذاء كالنبات ولم تكن حركة نموه واعتذائه بالإرادة فلما نفخت فيه الروح انضمت حركة جسمه وإرادته إلى حركة نموه واعتذائه»².

الرأي الثالث: أما الرأي الثالث القائل بأن الحياة تبدأ من لحظة (العلق): ويحاول أصحاب هذا الرأي أن يوفقوا بين الرأيين فيذهب إلى الحياة لا تبدأ من لحظة الإخصاب وإنما منذ التصاق البويضة الملقحة بجدار الرحم، «لأن قبل (العلق) هناك احتمال أن لا يتحقق له أول مراتب الحياة، وهو أن يعلق فينمو، فإذا لم يعلق فهو حقيقة فيه إمكانية حياة ولكن لم يقدر لها أن تبدأ»³ كما تزداد حرمة الجنين كلما تطور ودخل مراحل النمو الكامل.

ولكن يرد البعض على أصحاب هذا الرأي بقولهم: إن البويضة الملقحة يمكن أن يكتب لها النمو حتى لو لم (تعلق)، إذ منذ عدة أعوام ماضية، استطاع عالم إيطالي أن يلقح بويضة واستمر في رعايتها حتى وصلت الأسبوع الحادي عشر، ثم توقفت هذه التجارب بأمر من الكنيسة الكاثوليكية حتى عادت الآن عن طريق آخر الذي هو محاولة إنقاذ الجنين إن نزل في ثمانية وعشرين أسبوعا إلى

1 - الحديث منقول من البخاري، وقد جاء ذكره كثيرا في مؤتمر الإنجاب في ضوء الإسلام، المرجع السابق.

2 - الدكتور عمر سليمان الأشقر، مطبعة مؤتمر الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها، 137.

3 - الدكتور عمر سليمان، المرجع نفسه، ص306.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

سنة وعشرين إلى عشرين، ثم إن الأبحاث ماضية في استنباط مشيمة صناعية بحيث يأتي الوقت الذي ينزل فيه الجنين في أربعة أشهر أو ثلاثة فيوضع في المشيمة الصناعية لاكتمال نموه وهذا مستقل عن (العلو) مادام أمن تدبير الظروف الضرورية.

و أغرب الآراء التي طرحت كانت من (الشيخ محمد المختار الإسلامي مفتي الجمهورية التونسية) حين قال: «إن البويضة الملقحة ليست إنسانا بالفعل ولكنها إنسان بالقوة على معنى أن كل الصفات الخلقية وكل الخصائص الوراثية كامنة في هذه البويضة، تقضي كل مرحلة إلى مرحلة تالية حتى يتم للكائن وجوده الإنساني الذاتي عندما ينفصل عن الأم وتشتغل أجهزته باستقلال فالجنين ما دام في بطن أمه ليس إنسانا كاملا وليس حيوانا ولكنه في مرتبة بين المرتبتين».¹

ومهما اختلفت الآراء فإن الهدف واحد، وهو توضيح قدسية حياة الجنين، ولا شك أن تحديد هذه القيمة لها أكبر الأثر على ممارسات الأطباء المسلمين خاصة في موضوعي (التلقيح الصناعي، وأطفال الأنابيب) وما يرتبط به من مشاكل في طب النساء وحملهن، مثل موقف هؤلاء الأطباء من الأجنة المحمّدة، وإجراء التجارب عليها والأسئلة التي طرحت آنفا، كذلك موقف الطبيب المسلم وثقافته الدينية من الأم البديلة واستخدام المتطوع للإخصاب فيعتبر تحديد هذه المسائل في ممارسة الطبيب المسلم مبنية على ما يحمله من تقوى وخشية الله زادا يضبط به مهنته ويسير كل التطورات الحديثة في مجال الطب والبيولوجيا مسيرة مضبوطة بما تمليه عليه عقيدته وليس ما يملئ عليه من الحضارة الغربية، وذلك لارتباط هذه الاكتشافات بالإنسان عموما وليس بالأجنة وحدهم. فإن كان الجنين يعتبر إنسانا كاملا منذ لحظة التلقيح، فهل حاجة العلم كافية كمبرر لإتمام مقل هذه القضايا التي تستجد يوما بعد يوم؟ ثم هل تنقطع علاقة الأم والأب بالبويضة الملقحة بعد تجميدها وحفظها، بحيث يحق للطبيب أن ينفع (يعالج) بها امرأة غريبة؟ لذا اهتم العلماء المسلمون والأطباء بتحديد لحظة بداية الحياة بوضع قاعدة أساسية يقيمون عليها أحكامهم الشرعية الضابطة للممارسات، فتوصلوا إلى التوصيات التالية:

1 - الشيخ محمد المختار الإسلامي، مؤتمر الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها، 308، وهو الحكم الذي بنا بعض الأطباء بتونس عليه أباحة ممارستهم للإجهاض.

♦ بداية الحياة تكون منذ الالتحام الحيوان المنوي بالبويضة ليكونا البويضة الملقحة التي تحتوي على الحقيبة الوراثية الكاملة للجنس البشري عامة، وتشرع في الانقسام لتعطي الجنين النامي المتطور خلال مراحل الحمل إلى الولادة.

♦ ما إن استقر الحمل في بطن المرأة فإن له احتراماً متفقاً عليه ويترتب عليه أحكام شرعية معلومة.

♦ إذا بلغ الجنين مرحلة نفخ الروح—على خلاف في توقيته أحياناً مئة وعشرون يوماً، أو أربعين يوماً— تعاضمت حرمة بالاتفاق وترتب على ذلك كل الأحكام الأخرى.¹

2. الإخصاب الصناعي وأطفال الأنابيب:²

تضم الجزائر سبعة مراكز للمساعدة الطبية على الإنجاب عن طرق الإخصاب الصناعي وأطفال الأنابيب، وتحتل بذلك المرتبة الثالثة مغارياً بعد المغرب وتونس، حيث يوجد في العالم أكثر من 400 طفل أنبوب أولهم بإنجلترا في عام 1978، وأولهم بالجزائر بعنابة عام 2001. لقد ناقش المجلس الإسلامي الأعلى أخلاقيات الإسلام والإنجاب الطبي، في محاضرة ألقاها الدكتور يعقوب محمد رئيس الجامعة المغاربية للخصوبة ووسائل منع الحمل، حيث سلط الضوء على التجربة في المغرب العربي، وتحل المغرب المرتبة الأولى بتوفر 15 مركز للمساعدة الطبية للإنجاب، متبوعة بتونس التي تتوفر بها 8 مراكز مماثلة ثم الجزائر بـ 7 مراكز متبوعة بليبيا بمركزين فقط وأخيراً موريتانيا التي لا تحتضن إلى الآن أي مركز، قد كان أول طفل أنابيب من خلال هذه المراكز للإنجاب في ليبيا والمغرب سنة 1990، وذكر الدكتور أن عدد الدورات التي تناولت موضوع إنجاب أطفال الأنابيب بلغت 3800 دور في العالم، في حين تجاوزت عمليات التلقيح داخل الرحم 9 آلاف عملية، فيها 400 طفل أنابيب.³

1 - توصيات، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، المرجع السابق، ص 676.

2 - بقلم دولة حديدان، الجزائر الثالثة مغارياً في التلقيح الصناعي وأطفال الأنابيب، جريدة الخير، 2288، ليوم 2008/04/29.

3 - جريدة الخبر، التقرير السابق.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

رغم اختلاف الإخصاب الصناعي عن ممارسة أطفال الأنابيب من الناحية التكنولوجية فإن الموضوعين نوقشا على أسس أحكامهما متشابهة تقريبا، ولقد رفضت هذه الممارسة قياما على المخاوف على المخاوف والمحاذير من الانزلاق في متاهات أخلاقية ودينية يصعب على الطبيب المسلم ضبطها والتحكم بها، وكذلك على أساس آخر هو أن الممارسات تخالف وتعارض العناية الإلهية من الزواج.

- إن هذه الطريقة للحمل بين الأزواج هي غير الطريق الفطري الذي هدى الله الرجال والنساء إليه.
- إن هذه الممارسة تخففها المخاطر من كل جانب فلا يؤمن الخطأ في الأنابيب، وهو أمر وارد في كل المختبرات والتحليل، فيعطي مني رجل مكان آخر، وتسلم لقيحة مكان أخرى، وهنا يقع المحذور الشرعي وتختلط الأنساب.

- إنه بفتح مراكز لهذه الممارسات ستفتح أبواب تغير القيم، وسيبدأ الأمر بين الزوجين حيث لا يحتاج الواحد منهما إلى الآخر كما كان الحال بدون هذه الممارسة، ثم ومن ناحية أخرى إذا أصبح عملا تجاريا مربحا، والحال دقيق جدا وخفي بحيث لا يطلع عليه إلا أهل الخبرة وأهل المهنة، فإن الغش فيه وارد بل محتمل من ذوي النفوس الضعيفة من أطباء الذين استدرجوا خطوة خطوة حتى يصلوا إلى ما وصل إليه الغرب اليوم وما كانت عليه الجاهلية قبل حيث عرفوا (نكاح الاستبضاع) وهو لا يختلف عن (بنوك المني) في العصر الحالي.

فمن يدري ما سيكون أمر الطفل الذي كان لقيحة في أنبوب، أي كان محل تجربة من طرف أطباء غرهم حب التطلع للنجاح والشهرة الطبية، وهل هذه التجربة ستؤثر على نفسيته وسلوكه في المستقبل¹، ولكنه على وجه اليقين سيكون هذا الطفل في المستقبل محل شك وتساؤل لا سيما في مجتمع محافظ على قيمه وعاداته.²

- وكذا الحصة التلفزيونية المسجلة حول زراعة الكبد وكذا المساعدة على الإنجاب في الجزائر، للدكتور دبي دكتور جراح بمستشفى باشا الجامعي والأستاذ جراح مختص بالقلب، بقناة الجزائر الداخلية 2009/02/09.

1 - تصريح عن الدكتور ألي ضفير من مجموع حالات (مرنا، يوسف، فريد، توائم من عملية إخصاب صناعي خارج الرحم) عرضت في الحصة أن الأطفال الناتجين عن التلقيح الصناعي خارج الرحم معرضون إلى حالات نفسية ناتجة لعدم استيعاب العالم العربي التجربة إذا قورنت بالعالم الغربي LBG.

2 - عبد الرحمن عبد الخالق، التلقيح الصناعي وأطفال الأنابيب بين الحل والتحريم، جريدة الوطن، الكويت، 12 عن طريق الانترنت.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

ومهما كان الأساس الذي أقيم عليه هذا الرفض، فإن المخاوف لها مبرراتها إذا أن بعض

الأطباء والعلماء البيولوجيين سيواصلون هذه الممارسات دون الوقوف عند الحد المعقول بل قد يتمادون فيها حتى الوصول إلى اختراع (رحم اصطناعي) يتولى عملية الحمل بدلا من الأم في مراحل حملها، وهذا ما اعتبره بعض العلماء جائزا إذا بقي محصورا بين الزوجين الأصليين، ولم يتمادى إلى الطرف الثالث المتطوع، رجلا كان أم امرأة، مثلما هو حاصل في الغرب دون أدنى مراعاة من بعض الأطباء لا هم لهم... إلا ما ينفعهم.¹

وحتى إذا طرح رأي الأطباء والعلماء المؤيد لهذه الممارسة (أطفال الأنابيب، الإخصاب الصناعي) فيلاحظ أن التأيد ليس مطلقا، إنما يشوبه شيء من الحذر، ويضبطه كثير من الشروط حيث يرون (أن الأمر لا غبار عليه وهو من قبيل العلاج، ولذلك ينبغي الحرص الشديد جدا في هذه الممارسة خشية اختلاط الأنساب)²، ومن أهم الشروط التي وضعوها ما يأتي:

- ♦ أن يتم التلقيح من بي الزوج.
- ♦ أن يتم ذلك في حياة الزوج وليس بعد مماته، على أساس أن الزوج حيث يموت يصبح غريبا عن الزوجة ولذلك يعتبر التلقيح منه حرامات.
- ♦ أن يكون الطبيب الذي يقوم بالعملية والفريق المساعد له من الممرضين وعمال المختبرات مسلمين مؤمنين على أساس أن الطبيب غير المسلم قد يجيز لنفسه استخدام بويضة ملقحة من غير الزوج والزوجة، أو جرثومة منوية لشخص غريب. وكل هذا ينبني على الثقافة الإسلامية التي يمتلكها هذا الطاقم الطبي والطبيب المطبق على رأسهم، لتحديد وضبط حدود الله في هذه الممارسة والخشية من الوقوع فيها فيحلل ما حرم الله.
- ♦ وأخيرا أن يتم ذلك بموافقة الزوجين.³

1 - طرح الدكتور صحراوي ع هذا الرأي في مقابلة شخصية تمت بمستشفى الولادة يوم 22/03/2009.

2 - الشيخ الدكتور أحمد القاضي، مؤتمر الإنجاب في ضوء الإسلام، المرجع السابق، 369 وما بعدها.

3 - قارن عبد الرحمن عبد الخالق، المرجع السابق، ص 12 وما بعدها.

وقد يكون الدخول في مثل هذه الممارسات وضبطها بالشروط السابقة، إنما من باب أن عدم التسامح بها في العالم الإسلامي (كأحد طرق علاج العقم) فإن هؤلاء الأزواج قد يلجئون إلى الدول الغربية من أجل إجراء مثل هذه الممارسات، وهو أمر محفوف بالمخاطر إذ لا يمكن لأحد أن يؤمن من التلقيح بغير (مني) الرجل وبغير (البويضة) المرأة في مثل هذه البلاد. ولعل أهم فتوى صدرت حول هذه الممارسة في العالم الإسلامي، ويتفق معها معظم الهيئات والفقهاء المسلمين:¹

1. يجوز تلقيح الزوجة اصطناعيا وداخليا (داخل الرحم) بماء زوجها حتى يتم الحمل.
2. التلقيح الذي يتم خارجيا، في إناء بذرتي الزوجين الأصليين ثم يعاد إلى رحم الزوجة (هو أسلوب مقبول مبدئيا في ذاته بنظر الشرع، ولكنه غير سليم تماما من موجبات الشك فيما يستلزمه ويحيط به من ملابسات فلا ينبغي أن يلجأ إليه إلا في حالات الضرورة القصوى وبعد أن تتوفر الشروط العامة والخاصة الآتفة الذكر).²

لا بد أنه ومن الملاحظ تفشي ظاهرة التلقيح الصناعي تبعا لها أطفال الأنابيب في العالم الإسلامي في الجزائر³، مما يعني أنه قد تم التغلب على الاعتراضات مهما كانت شدة الحذر فيها والاشتراط الضابط لها. وما تعلنه الصحف يوميا على الحوادث المسجلة في هذه المراكز لأكثر دليل على اجتياز هذه الممارسة مرحلة الحذر إلى مرحلة التطبيق وإن تغير وجه العملة فيها؟! إن لممارسة (الإنجاب الصناعي) ويقصد بذلك التلقيح في تطبيق بعض الأطباء ممن ينقصهم أو ينعهم عنصر الوازع الديني الذي أطلق عليه في هذا البحث (الثقافة الإسلامية) أبعادا أخرى غير التي أجازها الشرع - أي التي تتم نتيجة تلقيح بويضات بماء الزوج - على درجة كبيرة من

1 - الحصة التلفزيونية المسجلة حول زراعة الكبد وكذا المساعدة على الإنجاب في الجزائر للدكتور دبي دكتور جراح بمستشفى مصطفى باشا الجامعي والأستاذ جراح مختص بالقلب، بقناة الجزائر الداخلية 09/02/2009.

2 - فتوى الجمع الفقهي بمكة، التلقيح الصناعي جائز وفق ثلاث أساليب عند الضرورة، نقلا عن مؤتمر الإنجاب في ضوء الإسلام، المرجع السابق، ص481.

3 - التقرير السابق جريدة الخبر، أحد المراكز للإنجاب الصناعي بالجزائر الواقع بجريدة واسمه (مركز معالجة العقم والمساعدة على الإنجاب).

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

الخطورة، بحيث أنها تثير قلق الأطباء ممن يمتلكون هذا العنصر والعلماء على حد سواء. وهي المخاوف التي حذر منها الكثير من الأطباء الذين هم على درجة كبيرة من الاطلاع على أخطار هذه الممارسة وحقيقة الغوص بها لما تحمله من مضار وذلك: «لأن القيم الأخلاقيات للمجتمع المسلم في خطر إذا لم يحافظ عليها ضد التيارات الآتية من الغرب»¹، ثم يبنوا أنه إذا فتح الباب أمام التكنولوجيا الحديثة دون التحصن بالثقافة الإسلامية والقيم والعقيدة الصحيحة فإن هذا التيار سيجرف كل ما هو أصيل أمامه لبقى بدلا له كل ما هو زائف، كما أن الشيخ عبد الرحمن عبد الخالق: «اعتبر هذه التكنولوجيا فتحا لباب الشرور التي لا يمكن ردعها إذا سمح الأطباء لأنفسهم بالموافقة على جانب منها»².

3. أطفال الأنابيب بين المنع والاستمرار:

وبعد التطرق إلى القيم والمفاهيم التي يمكن أن تؤثر عليها ممارسة الإخصاب الصناعي خارج الرحم وما يمكن أن تؤدي إليه من تغيير جذري في منظومة ومفاهيم المجتمع بإلغاء بعضها مثل (الأمومة...) وبزعزعة البعض الآخر مثل (الثقة والصدق...) وانتشار بدلا عنها مفاهيم قد تهدم أسس المجتمع كفكرة (الاستغلال...).

إن القضايا الاجتماعية لا تعرف بناء على حساب النتائج المترتبة عليها فقط، إنما تقوم أيضا على الجانب العاطفي والمشاعر القوية المرتبطة بطبيعة المشاعر المطروحة، وسيكون من غير المجدي أن يتظاهر أفراد المجتمع بأنه لا يوجد اختلاف كبير بين المشاعر المتصلة بالقضايا الأخلاقية والقضايا غير الأخلاقية³ أو بين القضايا التي تسمى ثقافة المجتمع المسلم وثقافة المجتمع غير المسلم فالشيء المشترك بين الناس جميعا ومهما كانت ثقافتهم هو الوصول أو البحث عن المبادئ التي يمكن من خلالها التحكم بتطورات التكنولوجيا الحديثة، وهو ما أطلق عليه الثقافة الإسلامية فيما يخص الطبيب

1 - أقوال مجموعة كبيرة من الأطباء الذي سئلوا في هذا الباب وكذلك أنظر الدكتور حسان حتوت، الندوة الخاصة بأطفال الأنابيب، الجمعية الطبية، المرجع السابق، وانظر الدكتور محمد عبد الله الخطيب في كتابه -خصائص المجتمع المسلم- دار الصديقة بالجزائر.

2 - قارن مقال الشيخ عبد الحق عبد الخالق، المرجع السابق، ص14.

3 - الدكتور محمود محمد عمارة، نحو مجتمع بلا مشكلات، مكتبة الإيمان أمام جامعة الأزهر، 1ط المنصورة، مصر، ص105.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

المسلم، ما يقابل الحدود والحواجز عند غيره. فيتمثل دورها في تهذيب النفوس ومن خلالها تهذب الممارسات المتعلقة بهذه المهنة فتمنع النزوات والرغبات.¹

وتحصن الطبيب المسلم بالثقافة الإسلامية في ممارسته لمهنته تعرفه بقيمة المولود، والأسرة وعلاقة الزواج وقيمة الحياة الإنسانية تجعل من المجتمع بعيداً عن المشكلات، وهو ما يساهم فيه الطبيب من قريب أو بعيد وبناء عليه فإن امتناع الطبيب المسلم عن ممارسة (الإخصاب الصناعي خارج الرحم، أو دخول الطرف الثالث الممنوع إدخاله وامتناعه عن إجراء التجارب على الأجنة بعد أربعة عشر يوماً من الإخصاب...)، والممارسات الأخرى التي لها ارتباط بهذه العملية بشكل أو بآخر، لا تكمن أهمية القرارات بعدم الممارسة فحسب، إنما في الأسس التي بنيت عليها هذه القرارات وهذا الامتناع، وهو ما أطلق عليه اسم (الثقافة الإسلامية لهذا الطبيب) وتمكنه من الوصول إلى الأضرار التي كان يجب أن تدرك المضار على أفراد المجتمع مقارنة بالمنافع والتي خيل أنها تجلب لهم من جراء هذه الممارسات، وأحسن دليل لهذا الكلام هو الجواب عن هذا السؤال:

4. لمن ينسب الطفل في هذه الممارسة؟

لقد سبق التعريف بهذه التقنية أو التكنولوجيا الطبية التي ساهمت بدرجة كبيرة في حل مشكلة اجتماعية وهي العقم وتعتبر من أنجح وأنجح الطرق إن لم يمكن القول أنها أصبحت الحل الأمثل في العالم الغربي والإسلامي، كما عرف أن هناك حالات أجازها الشرع مع الشروط الضابطة لها. ومثلها أن تلقح البويضة من الزوجة بنطاف زوجها، وبعدها تنقل إلى رحم الزوجة الثانية (الضرة) بحكم إباحة تعدد الزوجات في المجتمع المسلم دون غيره.²

فما يهم في الموضوع أنه وحتى في هذه الحالة وجه خلاف كبير بين العلماء والفقهاء في مسألة أنساب المولد لأمه صاحبة البويضة أو لأمه صاحبة الرحم، فمنهم من ذهب إلى أنه ينتسب لأمه صاحبة البويضة بحكم أنها تُحمله كل موروثاتها، وما صاحبة الرحم إلا حاضنة ويكون حكمها حكم المرضعة.

1 - الدكتور محمود محمد عمارة، المرجع نفسه، ص106 وما بعدها.

2 - أنظر الدكتور حسونة الدمشقي، المرجع السابق، ص67.

ولقد خالف هذا الرأي مجموعة من الفقهاء حيث قالوا: «أن الأم هي التي ولدت واحتجوا بالأدلة التالية».¹

- قوله تعالى: ﴿... إِنَّ أُمَّهُاتُهُمْ إِلَّا اللَّائِي وَلَدْنَهُمْ...﴾²، فنفى الله الأمومة عن التي لم تلد.
- قوله تعالى: ﴿وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُنِمَّ الرِّضَاعَةَ وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ لَا تُكَلَّفُ نَفْسٌ إِلَّا وُسْعَهَا لَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ بِوَلَدِهَا وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ بِوَلَدِهِ وَعَلَى الْوَارِثِ مِثْلُ ذَلِكَ فَإِنْ أَرَادَا فِصَالًا عَنْ تَرَاضٍ مِنْهُمَا وَتَشَاوُرٍ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْهِمَا وَإِنْ أَرَدْتُمْ أَنْ تَسْتَرْضِعُوا أَوْلَادَكُمْ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْكُمْ إِذَا سَلَّمْتُمْ مَا آتَيْتُمْ بِالْمَعْرُوفِ وَاتَّقُوا اللَّهَ وَاعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ بِمَا تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ﴾³، هنا الوالدة الحقيقة هي التي ولدت، والذي يرث المرأة هو الطفل الذي ولدته هذه المرأة.

- نسب القرآن الأمومة للتي حملت لقوله تعالى: ﴿وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا وَحَمْلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا حَتَّىٰ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ﴾⁴.

ويقول الشيخ بدر المتولي عبد الباسط⁵: «ما لا شك فيه أن هذا الطفل ينسب إلى زوج

صاحبة البويضة وضرثها التي حملت هذه البويضة الملقحة، وهذا أمر واضح لقيام عبدة الفراش وهو الزوجية، أما إلى من ينسب هذا الطفل من ناحية الأم صاحبة البويضة أم التي حملته؟ فإن الذي بينه الله أن هذا الطفل ابن أو بنت التي حملت وليست صاحبة البويضة.. وهذا النص قطعي الثبوت

1 - خلاصة الاعتراضات التي نشرتها (الشرق الأوسط) وأعدت نشرها لجنة - الإنجاب في ضوء الإسلام - الصادرة عن المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت عن جريدة الشروق الجزائرية، العا 5604، يوم الإثنين 13 أبريل 2009م، الموافق لـ 17 ربيع الثاني 1430هـ.

2 - سورة المجادلة، جزء من الآية 02.

3 - سورة البقرة، الآية 233.

4 - سورة الأحقاف، الآية 15.

5 - أحد المشايخ الفقهاء المعاصرين للمكة العربية السعودية.

والدلالة ولا سيما أنه جاء على صيغة الحصر»¹.

هذا من ناحية أن البويضة الملقحة إنما نمت وتغذت بدم التي حملتها وتحملت آلام الحمل والمخاض، فهل يعقل أن ينسب الولد لغيرها؟ ! وعليه فهذا الولد ابن التي حملته وولدت. ويأخذ كل أحكام الولد بالنسبة لأمه، والأم بالنسبة لولدها من حيث الميراث، ووجوب النفقة والحضانة وامتداد الحل الحرمة إلى أخوله وفروعهم وحواشيهم².

ولكن لو أمعن النظر في الكلام من الناحية الاجتماعية وأضرارها لوجد أنه حتى في الحالتين التي أوضحت من طرف الشرع الإسلامي كانت بها اختلافات وتبني عليها أضرار من الناحية النفسية والاجتماعية بالنسبة للأم صاحبة البويضة، فلو كان هذا الحكم الراجح والمأخوذ به، فلما عناء هذه الأم صاحبة البويضة إذا في محاولة علاجها لعقمها أو عدم قدرتها على الحمل إذا لم ينسب لها الابن؟؟

وإذا يسلم بهذا الحكم أمكن تصور ما مدى ألمها حين تنحى من العملية ككل في حين كانت تتلهف لرؤية هذا الطفل !، ألا يعتبر إضراراً بالأم التي لقحت بويضتها على أم أن تستلمه ابناً بعد تسعة أشهر، وإضراراً بالأم التي حملته تسعة أشهر ثم يتنزع منها ويقدم لغيرها؟ ألا يكون هذا فتحاً لباب لا يمكن سد مشاكله وأضراره، خاصة من طرف الذين لا يملكون الرزانة وتحمل المسؤولية ! فإذا كان هذا الحال بالنسبة للجزئية التي أباحها الإسلام، ويمارسها الأطباء هكذا. فما القول في باقي الأجزاء والحالات التي لم يجزها وما مدى الأضرار الناجمة عنها بالأمهات والنساء في هذه الممارسات التي شاعت وغزت العالم أجمع؟

إن المبادئ والثقافة التي يمتلكها الطبيب المسلم تجاه هذه الممارسات وما يندرج عنها ومدى تأثيرها في الفرد (الزوج، الزوجة، الطفل) والأسرة والمجتمع³، فهي التي تجعله يتوخى الحذر ويختار الطريقة والأسلوب الذين يطبقهما في هذه العملية، والذين يبنى عليهما ممارسته حتى يطبق بذلك

1 - جريدة الشروق، العدد 5604، المرجع السابق.

2 - أنظر كتاب التلقيح الصناعي وأطفال الأنبوب، المرجع السابق، 140.

3 - أنظر عنصر العلاقة بين الثقافة والفرد والمجتمع، الفصل الثاني من البحث.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

أخف الضررين، ولكن قد يكون السؤال كيف لطبيب أن يتصرف، أو يوفق هذه الممارسة خضوعاً لثقافته وقيمه فقد يكون أوقف معها مواكبة التطور العلمي ؟! أم يواصل مسيرته وممارسته خضوعاً للمنفعة والخير للجانبين (منفعة المصابين بالعقم أو عدم القدر على الإنجاب من جهة، ومنفعته هو المادية والعلمية دون الالتفات إلى قيمته وثقافته ومبادئه)؟.

فيكون السؤال الأكبر: أيمن الاعتماد على التطور التكنولوجي وممارسته كميّار لتقديم الخير للناس؟ أم أنه يجب أن يطلب من (العلم) الانتظار يصل الأطباء إلى مستوى من (المبادئ، والثقافة والحكمة) حتى يستطيعون حمل مسؤولية تطبيقه بأخف الأضرار الممكنة؟

دون شك أنه لا يمكن القول بأي منهما منفرداً عن الآخر، لأنه لا يمكن أن يكون خير المجتمع ولا لأطبائه في تطوره العلمي المادي فحسب، ولا يمكن إيقاف هذا التطور لأن الإنسان يرتبط ومقيد بقيود وأفكار ثقافية عقائدية ودينية وأخلاقية، إنما لا بد أن يكون هذا التطور يشمل كل منهما معاً (العلم والمبادئ)، (الجانب الروحي والمادي)، والفرد أو الطبيب في المجتمع المسلم لن يمارس (ثقافته الإسلامية ومبادئه الأخلاقية) إلا إذا واجهته في كل يوم مشكلة أو معضلة فكرية أو أخلاقية تدفعه إلى أن يراجع نفسه ومبادئه وقيمه لكي يتخذ أحد القرارين: فإما أن يغير تلك القيم لتتفق مع التغير الذي يحدث، أو يصدر حكماً على هذا التغير من خلال تلك القيم حسب ما تحته عليه ثقافته.

إن القضية الأساسية بالنسبة لـ(الإخصاب الصناعي خارج الرحم) ليست المنع أو الاستمرار وإنما ما يمكن أن يصل إليه مثل هذا التطور، والمشاكل المترتبة عليه في الحاضر والمستقبل ولذلك الحاجة ماسة إلى أن تجلس الفئة المرتبطة بهذا الميدان في المجتمع من علماء وأطباء لتفكير فيما يمكن أن يحدث في المستقبل أو ما حاصل في الحاضر، ولا يعتقد أنه لو تم فعلينا ذلك فسوف يكون خطأ، ولكن يجب أن يدرك أن ميدان (تكنولوجيا الإخصاب أو البيولوجيا الطبية) الوحيد الذي يحتاج إلى التفكير المستقبلي، كما أنه ليس الميدان الذي تثار عنه المشاكل الوخيمة.

لذلك فإن الاهتمام بمشكلات التطور البيولوجي في جميع الميادين هو بدوره واجب أساسي في المجتمع، وخاصة بالنسبة لعلم الاجتماع فيعد الميدان الخصب للأبحاث، ومن أهم هذه المحاذير

القضايا المدرجة تحت مسمى الإنجاب الصناعي وهي للأسف الشديد مطبقة حالياً في بعض المراكز من الدول الإسلامي وبممارسة أطباء مسلمين تمثلت هذه المحاذير في سلبات للإخصاب الصناعي.

5. سلبات للإخصاب الصناعي:

وهي على النحو التالي:

● تجميد الأجنة:¹

إن اللجوء إلى ممارسة (تجميد الأجنة) من الاختراعات التي صاحبت ممارسة الإخصاب عن طريق (أطفال الأنابيب) وهي ليست مجرد ترف أو علم أو وسيلة غير ضرورية لإتمام عملية الإخصاب عن طريق الأنابيب، بل هي أساسية للاحتفاظ بالبويضة حية أطول مدة ممكنة حتى الوقت الذي يراه الطبيب مناسب لزرعها في رحم المرأة، كما أنها تساعد الأم على تجنبها المرور بعملية استخراج البويضات من الرحم أكثر من مرة، إذ يمكن أن تستخرج ستة أو تسعة بويضات تلقح ثم تستخرج إذا ما فشلت العملية مرة أخرى، ولكن (تجميد) يفتح باباً يمكن أن يسمح بدخول كل ما هو محرم² في العالم الإسلامي، إذا فما دور الطبيب المسلم من هذه القضايا؟

● البويضات الملقحة والفائضة عن الحاجة:

ما الذي يمكن أن يفعله الأطباء بالبويضات الملقحة الفائضة؟ هل يتخلصون منها؟ أم يمكن لهم إجراء التجارب عليها؟ أهل يمكن التبرع بها لزوجين محرومين من الأطفال؟ وهل يحق للزوجة التي توفي زوجها أن تطالب بزرع بويضتها الملقحة من زوجها المتوفى؟... الخ.

كل هذه الأسئلة وغيرها تحتاج الإجابة عنها إلى تحديد موقف الطبيب بل الطاقم الطبي المشارك في هذه الممارسة ككل، مع تحديد درجة وعيهم وتمسكهم بقيم دينهم الإسلامي الأصيلة مما

1 - حديث الدكتور ألي صغير طبيب مختص بمعالجة العقم وتقنيات المساعدة على الحمل، عن تجاربه مع مجموعة من النساء اللواتي أجريت لهن عملية التلقيح الصناعي، ومنهن (السيدة جميلة أنطوان) التي تكررت معها عملية الإخصاب الصناعي عدة مرات دون نجاح وفي كل مرة كان الطبيب يستخرج من 5 إلى 6 بويضات ويلقحها فتفشل ويسقط الجنين، وصرح الطبيب مع المريضة أن عملية سحب البويضات كانت عملية صعبة للغاية ومتألمة، لذلك يجب استخراج ما يكفي في المرة الواحدة حتى لا تتعرض المرأة لهذه الآلام في كل عملية سحب، الحصة المسجلة عن LBC.

2 - أنظر عنصر الاستغلال والمتاجرة بالأجنة والأطفال الناقصين في الحلقة - في هذا البحث - وأنظر الصورة الخاصة بهذه الظاهرة في الملاحق.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

يعني وجوب استيعاب هذه الحقيقة عند الأطباء الملتزمين أكثر من غيرهم ممن انغمسوا في تيار التطور العلمي طلبا لمزيد من السمو العلمي ولو على حساب رفات أجساد البشر وأنقاض قيمهم ومبادئهم، هذه الحقيقة التمثيلية في أن لهذا الجنين حرمة وقديسته المساوية لحرمة وقديسة أي إنسان بالغ، وهذا يعني أنهم لا يمكن أن يجروا تجاربهم العلمية على هذه الأجنة ولا يمكن التخلص منها أيضا، فما الذي يمكن فعله بالأجنة التي تم تجميدها؟ وهل يستطيعون أن يعادوا تلقيح المرأة المستخرجة منها مرة أخرى؟ وإذا أبدت هذه المرأة عدم رغبتها في ذلك فما الذين يمكن فعله بهذه البويضات؟ (لقد أصبحت الحياة الإنسانية بذلك ألعبوة في يد العلم) ¹، ولقول الدكتور (يوسف القرضاوي): «إن الناس في عصرنا هذا، كلي شيء يريدونه يجعلونه ضرورة». ولكن قد يعتبر البعض أن إجراء التجارب على بويضات ملقحة أمر ضروري لتقدم المعرفة البشرية، ويدافعون على هذه الفكرة بقوة، ثم إن إجراء تجربة على بويضة أو أكثر يعتبرونها شيئا زهيدا بالقياس إلى الملايين التي تهدر في كل شهر في المختبرات. فإن كان الأطباء الذين يقومون بهذه التجارب ومقتنعون بما يمارسونه نحو هذه التجارب، فأين دور الأطباء المسلمون الذين يحملون مع مكائهم العلمية أن هذا الجنين له قدسيته وحرمة، والأهم من هذا كله أن موضوعا كهذا يذكر وبقوة في المؤتمرات ويدي فيه العلماء خوفهم الشديد من ضياع البويضات الملقحة، والملاحظ أن ليس العلماء المسلمون وحدهم من أبدى تخوفه من هذه الممارسة إنما يشاركهم بعض أصحاب الفكر المسيحي من رجال الدين وغيرهم، والذين أعلنوا عدم موافقتهم سواء على تجميد الأجنة أو إجراء التجارب عليها. ²

أما بالنسبة لموضوع استخدام البويضة الملقحة من سائل أخذ من زوج ثم توفي لزارعتها في رحم الزوجة، فهذه المسألة ترفضها التربية الذاتية للأطباء المسلمين، ويرفضها شرعهم أيضا، لأنه يرى أنه بمجرد وفاة الزوج تنتهي العلاقة الزوجية، وبالتالي يعتبر الزوج المتوفى أجنبيا، ولعل الذي أثار هذه الممارسة وجعل الاهتمام بها بات ضرورة هو تجرؤ بعض الأطباء على الخوض في تجربة ممارستها في

1 - مواجهة بين الأطباء وعلماء الدين حول قضية أطفال الأنابيب، الإنجاب في ضوء الإسلام، المرجع السابق، 490.

2 - ناهد البقصي، الهندسة الوراثية، سلسلة عالم المعرفة، الكويت 1978، ص 145 وما بعدها.

بعض الدول الإسلامية التي كانت تحرمها تحريماً قاطعاً.¹

وإن هذه الممارسة كانت منحصرة في العالم الغربي فقط وفي فرنسا بالذات حين رفعت عدة سيدات فرنسيات دعوة قضائية ضد بنك الحيوانات المنوية الذي يحتفظ بالسائل المنوي لأزواجهن المتوفون، وأن يتم تلقيحهن بها، لكن البنك رفض الاستجابة لهن، وقد استطعن في الأخير كسب القضية رغم أن هذه الممارسة ترفضها كل الديانات السماوية (لأن هذا الجزء يعتبر جزءاً من جسد الميت، وليس ملكاً من أملاكه يمكن أن يرثه، أي أن حقهن في ذلك (السائل) لا يختلف عن حق أي امرأة أخرى تتقدم بطلب مساعدة من البنك.²

ولكن أن طموح هؤلاء الأطباء الذين يقل لديهم الوازع الديني لا تتوقف أحلامهم عند هذا الحد وإنما تمتد يوماً بعد يوم للحاق بالموكب في التقدم الطبي، وإنما ممارسة تجميد الأجنة ما هي إلا مفتاح لأبواب كثيرة يصعب غلقها إذا ما فتحت فعلاً، فهم في الوقت الحاضر يعلمون يجد إلى اختراع جهاز يقوم بالحمل بدل الأم، وليس ذلك المحض خيالاً إنما يحتوي على جانب من الواقع لا سيما إذا ما استطاع هؤلاء الأطباء في كثير من الأحيان أن ينقذوا جنيناً في شهره الخامس ويساعدونه على البقاء حياً عن طريق الحاضنات الصناعية.

إن هذه الممارسات مجرد عينة من الممارسات التي تطرح كل يوم في ساحة الفكر الآدمي ومنذ توصل الأطباء إلى اكتشاف طرق الإنجاب عن طريق الأنابيب، ولا شك أن العالم سيفاجئ البشر كل يوم بخبر جديد، ولطلك فعلى الأطباء المسلمون الذين لهم تربيتهم الذاتية الأخلاقية والتي تضمن لهم تقدمهم الطبي واكتشافاتهم العلمية في ظل شريعته السمحة أن يلموا بهذه التطورات أولاً بأول حتى لا يفاجئون بما لا تحمد عقباه.

• الرحم الظئر:³

وقبل الخوض في هذه القضية الشائكة من التطور الطبي في المساعدة على الإنجاب أو معالجة

1 - أنظر التوصيات الصادرة عن المجمع الفقهي بمكة المكرمة، المرجع السابق.

2 - مقال نشر بجريدة إنجليزية بتاريخ 2003/09/10 عن طريق الانترنت، إسلام أون لاين ست، ص12.

3 - د. عبد الحميد عثمان، أحكام الأم البديلة "الرحم الظئر"، طبعة دار النهضة العربية، القاهرة 1416هـ، ص35.

العقم، وجب التعرف على معني الرحم اللغة وفي الشرع وفي الطب.

-المعنى اللغوي: الرحم في اللغة، هو: موضع تكوين الجنين ووعاؤه في البطن.¹

-المعنى الاصطلاحي : الرحم عبارة عن: حويصلة صغيرة الحجم في أسفل التجويف البطني للمرأة، يتسع ويكبر تبعا لنمو الجنين بداخله، إل أن يصل قمة تمدد في نهاية فترة الحمل، ثم يعود إلى حالته الأولى تدريجيا بعد خروج الجنين طفلا²، قال تعالى: ﴿...وَنُقَرِّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَى أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا...﴾³.

• **المعنى الطبي:** يعرف علماء الطب الرحم بأنه عبارة عن: تجويف ذو جدار سميك مثبت في مكانه بأربطة قوية يثبت فيه الجنين حتى تكتمل أجهزته وأعضائه.⁴

ويوجد الرحم في الحوض الداخلي للأنتى بين المثانة أماما والمستقيم خلفا، مفلطح من الأمام والخلف، ويكون بحجم قبضة اليد وينقسم إلى ثلاثة أجزاء:

القمع: وهو عبارة عن الجزء العلوي من الرحم الذي يع فوق مدخل قناتا فالوب وهو محدب من جميع الاتجاهات.⁵

الجسم: وهو الجزء الأوسط من الرحم، ويقع تحت مدخل قناتا فالوب ويوجد في نهايته عنق الرحم. **عنق الرحم:** وهو الجزء الأسفل من الرحم وهو عبارة عن قناة مغزلية الشكل تخترق الجدار الأمامي للمهبل وينقسم إلى جزأين: جزء فوق المهبل وجزء داخل المهبل.⁶

1 - المعجم الوجيز، ص259، تفسير الشعراوي، الشيخ محمد متولي الشعراوي، 12، ص7229، طبعة أخبار اليوم، عن طريق قرص مضغوط.

2 - د. عبد الحميد عثمان محمد، المرجع السابق، ص35.

3 - سورة الحج، جزء من الآية05.

4 - قبل الحمل يكون عنق الرحم الموصول بالمهبل مفتوحا، أما بعد الحمل فيغلق هذا العنق بكثلة مخاطية صلبة.

5 - منهل الطالب في الطب، تشريح الرحم، ص231.

6 - يقول الدكتور حبشي: (الرحم عضو تناسلي في الأنثى خاطبه ربه في حديث القدسي واشتق له اسما من أسمائه، وهو في ترتيب الأعضاء التناسلية، الثالث بعد المبيض والقناة، وطوله ثلاث بوصات...، ومراحل الدورة الرحمية ثلاثة أطوار على التوالي، وهي: طور النزيف أو الحيض، وطور الإصلاح والتكاثر، وطور الإفراز، ويحتوي تجويف الرحم الحامل بداخله ثلاثة تكوينات، وهي: الجنين، والأغشية المحيطة به، والمشيمة، هي: القرص الحيوي الذي يقوم فيه دم الأم ودم الجنين بتبادل المواد الغذائية

هذا ويعد الرحم الجزء الوحيد في جسم المرأة الذي له هذه القابلية للتغير من حال إلى حال وهو ذلك أسرع نمو يعرفه الجسم، حتى أخطر السرطانات لا تنمو بسرعة نمو الرحم وما يحمله في طياته، ومع ذلك فشتان ما بين النمو السرطاني الخبيث ونمو الرحم الحميد، فذلك يؤدي إلى الموت والهلاك وهذا ما يؤدي إلى النماء والبقاء.¹

● **الرحم في تعبيرات القرآن الكريم:** لقد أضفى القرآن الكريم -وكذا السنة النبوية المطهرة-

على الرحم من القداسة ما جعله يستعمل في الكثير الغالب للدلالة على قيمة عالية المكانة من القيم الأخلاقية التي يمتاز بها الإنسان.²

وقد ورد ذكر الرحم في القرآن الكريم في مواضع متعددة، والناظر في هذه المواضع يتضح له أن للرحم معنيين.³

المعنى الأول: العضو التناسلي للمرأة، وهو المهمل والفرش والحضن للنطفة الإنسانية، يحوطها ويغذيها ويرعاها حتى تبلغ أوج نموها وكمالها، فيخرجها الله بشرا سويا.... وبهذا المعنى وردت آيات قرآنية كثيرة منها:

قوله تعالى: ﴿هُوَ الَّذِي يُصَوِّرُكُمْ فِي الْأَرْحَامِ كَيْفَ يَشَاءُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْعَزِيزُ الْحَكِيمُ﴾.⁴

المعنى الثاني: هو صلة القربى الناتجة عن الرحم وما يحمله... وهو الوشائج والصلات الناتجة عن التزاوج... فالآباء والأبناء والأخوال والأعمام ومجموع الأقارب التي تتصل بهم، وإن بعدوا، يطلق عليهم لفظ الرحم.⁵

ومن الآيات القرآنية التي وردت بهذا المعنى ما يلي:

والغازات، أنظر تأجير الأرحام بين اتجاهات العلم وحتمية الدين: الدكتور طه حبشي، 1322هـ/2001م، ص 114-115.

1 - أنظر تأجير الأرحام بين اتجاهات العلم وحتمية الدين: الدكتور طه حبشي، المرجع نفسه، 114-115،
2 - لقد أعطى الإسلام أهمية وألوية بالغة للرحم لا تدانيها أهمية أي عضو آخر سوى المخ حيث ينتهي إليه الفكر والروية، والقلب، حيث تبعث منه الدورة الدموية.
3 - د. طه حبشي، تأجير الأرحام بين اتجاهات العلم وحتمية الدين، المرجع السابق، ص 114-115.
4 - سورة آل عمران، الآية 06.
5 - أنظر تأجير الأرحام بين اتجاهات العلم وحتمية الدين، المرجع السابق.

قوله تعالى: ﴿فَهَلْ عَسَيْتُمْ إِنْ تَوَلَّيْتُمْ أَنْ تُفْسِدُوا فِي الْأَرْضِ وَتَقَطَّعُوا أَرْحَامَكُمْ﴾¹.

قوله تعالى: ﴿... وَأُولُوا الْأَرْحَامِ بَعْضُهُمْ أَوْلَىٰ بِبَعْضٍ فِي كِتَابِ اللَّهِ...﴾².

• وفي السنة النبوية المطهرة: وردت أحاديث كثيرة ومتعددة تتحدث عن الرحم وصلة

الأرحام ويذكر منها الآتي:

عن أبي هريرة قال: قال رسول الله ﷺ: «إن الله خلق الخلق حتى إذا فرغ منهم قامت

الرحم، فقالت: هذا مقام العائد من القطيعة قال: نعم. أما ترضين أن أصل من وصلك وأقطع

من قطعك؟ قال: بلى. فقال: لك ذلك ثم قال رسول الله ﷺ: أقرءوا إن شئتم: فهل عسيتم إن

توليتهم أن تفسدوا في الأرض وتقطعوا أرحامكم أولئك الذين لعنهم الله فأصمهم وأعمى

أبصارهم»³.

لاشك أنه تشريف لم يحظ به كثيرا من أعضاء جسم الإنسان، (على أهمية تلك الأجزاء مثل

القلب والدماغ والكبد)، وذلك راجع إلى أن الرحم منبث للبذرة الإنسانية.. فيها تنمو

وتترعرع... يغذوها بدمه ويحفظها من كل سوء حتى إذا أن موعدها خرجها على الدنيا انقبض الرحم

انقباضات متتالية حتى يخرجها إلى الدنيا سليمة معافاة... دون أن يمسه بأذى مثل تلك الانقباضات

الشديدة يمكن أن تؤدي بحياة الجنين، ولكن الله يجعل له سبيلا ليخرج، ويجعل تلك الانقباضات

ومتقطعة ولا تؤثر على حياة الجنين، لأنها تتجه إلى أسفل لتوسيع الرحم بدلا من الضغط المباشر على

الجنين.⁴

هذا هو كلام القرآن الكريم، والسنة المطهرة المعنى السامي الذي تحمله ثقافة الطبيب المسلم

عن الرحم والأرحام، وهو حديث كما يرى لا يعرض الرحم إلا في الصورة اللائقة به، فهو إما دال

على كمال صفات الله تعالى من نحو قدرته وعلمه، وإما تعبير عن قيمة أخلاقية وقاعدة اجتماعية

1 - سورة محمد، الآية 22.

2 - سورة الأنفال، جزء من الآية 75.

3 - صحيح البخاري، ج5، ص2232، كتاب الأدب، باب من وصل وصله الله.

4 - د. طه حبشي، تأجير الأرحام بين اتجاهات العلم وحتمية الدين، المرجع السابق، ص114-115.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

متينة، لا يستحق مخالفتها إلا التهديد والوعيد مننه تبارك وتعالى فكيف للطبيب أن يبعث بعد علمه بهذا؟

تطورات الجنين في الرحم: أما تطورات الجنين في الرحم، فقد أرشدنا الله عز وجل إليها في قوله تعالى: ﴿وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِّن طِينٍ ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنْشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ﴾¹.

فمراحل تطور الجنين بعد تلقيح بويضة الأنثى بالحيوان المنوي للرجل، وهو ما يسمى بالإخصاب، تبدأ بطريقة معجزة ونظام دقيق للغاية، فأول مراحل هذا التطور والنمو هي النطفة² التي تعلق بجدار الرحم بحاثة فيه عن مأوى وطالبة للغذاء، ويطلق عليها في هذه الحالة اسم العقلة³ وسرعان ما تتكاثر خلايا الدم حول هذه العقلة ثم تتمدد وتتطور وتتمو مكونة أشبه شيء بالقلب وسرعان ما ينبض القلب الناشئ ليدفع بالدم في أوعية الجنين، لمدة بالغذاء اللازم وفي نهاية الشهر الأول يصبح الجنين مضغة⁴، وفي نهاية الأسبوع الخامس يبدأ تكوين العظام وتستمر هذه المرحلة حتى نهاية الأسبوع العاشر، وفي خلالها يتضح شكل القلب وتظهر براعم الأذرع والأقدام... حتى يكتمل نموه الشهر التاسع، حيث إذا كمل واشتد تحرك حركة قوية وانقلب وضعه حتى يبدأ خروج الرأس. إن ما قاله الطب وعلم الأجنة ما هو إلا اقتراباً من تفسير النص القرآني فحسب، وسوف يفهم النص القرآني أكثر كلما تقدم علم الوراثة والأجنة والمجاهر الإلكترونية، قال تعالى: ﴿سَنُرِيهِمْ آيَاتِنَا فِي الْآفَاقِ وَفِي أَنْفُسِهِمْ حَتَّى يَتَبَيَّنَ لَهُمْ أَنَّهُ الْحَقُّ...﴾⁵.

بعد هذا يمكن تعريف (الرحم الظئر أو الأم البديلة أو استئجار الأرحام: هو تعهد امرأة

1 - سورة المؤمنين، الآيات 12، 13، 14.

2 - ماء الرجل والمرأة وجمعهما نطف ونطاف وبويضات (تلقيح).

3 - العقلة: هي الدعم الجامد والطري، وقيل: شديد الحمرة، تفسير ابن كثير، 23، ص 84.

4 - المضغة: هي لحمة قليلة قدر ما يمضغ، وقد تكون مخلقة، وقد تكون غير مخلقة، ومعنى كونها مخلقة وفقاً لأرجح الأقوال أي تامة، أما غير المخلقة أي غير تامة، أنظر تفسير ابن كثير، المرجع نفسه.

5 - سورة فصلت، جزء من الآية 53.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

بشعل رحمها-بأجر أو بدون أجر- بحمل ناشئ عن نطفة أمشاج مخصبة صناعيا لزوجين استحال عليهما الإنجاب لفساد رحم الزوجة.¹

وقد أطلقت عدة مسميات على هذا النوع من التلقيح منها الرحم الظئر²، وشتل الجنين³ والأم الحاضنة والأمومة بالاستبدال (الأم البديلة)، وأمها بالوكالة، أو أجنة بالوكالة، والرحم المستعار، والبطن المؤجر، والبيع حسب الحالة المستقبلية. إلا أن تعبير تأجير الأرحام هو التعبير الدائع والمنتشر في العالم وخاصة العالم الغربي (خاصة وأن هذه الوسيلة مصدرة ووافدة إلى العالم الإسلامي من عندهم) وما هي في الجزائر.

هذا ويمكن أن يلخص موضوع الرحم الظئر في العناصر التالية:

- أن البويضة الملقحة -بحسب الأصل- لرجل وامرأة تربطهما علاقة زوجية، حيث يتم -حينئذ- سحب البويضة المؤنثة من رحم الزوجة وتلقيحها بنطفة زوجها، ثم تزرع في الموعد المناسب من رحم المرأة التي تطوعت بالحمل، فالمولود ابن صاحبة البويضة من الناحية البيولوجية.
- أن دور المرأة المتطوعة يقتصر فقط على حمل البويضة الملقحة والقيام بعملية الولادة، ثم رد الطفل بعد ولادته إلى الزوجين صاحبها البويضة الملقحة. أما إذا تجاوز دورها فضلا عن الحمل والولادة إلى التبرع ببويضة مؤنثة لتلقيحها بنطفة زوج المرأة التي أوصت على المولود فهي أم للطفل من الناحيتين الشرعية والقانونية ولا يتصور عقلا أن تلتزم برد ولدها وتسليمه إلى امرأة ليس أما للمولود لجرد أنها اتفقت معها على ذلك.

1 - د. عبد الحميد عثمان محمد، المرجع السابق، ص44.

2 - الرحم الظئر: الظئر - بسكر الضاء المشالة بعدها همز - هي: العاطفة على ولد غيرها المرضعة له في الناس وغيرهم، وجمعه (أظئر) و5أظار) كما في تاج العروس، 460/12 مادة ظئر.

3 - شتل الجنين: الشتل: القطع وشتل الجنين، هو واحد من المصطلحات للرحم الظئر وحقيقته: أن تلقح بويضة المرأة الغير صالحة للحمل من زوجها ثم تنقل البويضة الملقحة إلى رحم المرأة الحاضنة، بطريقة طبية فتحمله إلى نهاية الوضع، وطريقة النقل هي ما يسمى بالشتل، وهي مأخوذة من شتل الزرع، بمعنى: نبت البذر في مكان ليغرسه في مكان آخر، والشتلة: النبتة الصغيرة التي تنقل من منبتها إلى مغرسها.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

أما إذا كانت المرأة قد تطوعت بحمل بويضة ملقحة تنسب لزوجين، لصالح زوجين آخرين، فإن الالتزام بالرد من جانب المرأة المتطوعة يكون متصوراً، لأن المولود لا ينسب لها بيولوجياً، ولكن الصعوبة تظهر في مجال آخر، وهو لمن يرد المولود؟ هل لمن أوصى عليه، أم لمن ينسب إليه بيولوجياً¹؟ - أن البويضة التي تزرع في رحم من تطوعت بالحمل يتم - قبل زرعها - تلقيحها صناعياً في أنبوب اختيار. ومن ثم يستبعد القرض الذي يتم تلقيح المرأة المتطوعة طبيعياً بينما زوج المرأة التي ينسب إليها المولود بعد ولادته. فالواقعة تعتبر - حينئذ - زنا محرم شرعاً وقانوناً وليس من المتصور - أخلاقياً بل وعقلياً - أن تحدث جريمة الزنا بهذه الطريقة تحت سمع وبصر الجميع (الأطباء المسلمون)²!

رغم أن الممارسات السابقة (زراعة الأعضاء التناسلية، التلقيح الصناعي، أطفال الأنابيب...) مخيفة، فإن ممارسة تطبيق الأم البديلة أو الرحم الظئر أكثر رعباً عند العلماء من مشرعين وأطباء وغيرهم، وذلك لسببين:

أولهما: أنها أصبحت واقعا فعليا منتشرا يمارس في العالم الغربي دون قيود ولا شرط تفتح أبواب مستشفياتها لمساعدة كل من يرغب في الإنجاب.

ثانيهما: أنه لا يستطيع منع الناس في البلدان الإسلامية - والأغنياء منهم - على تحقيق ما يرغبون فيه من الحصول على أطفال عن طريق الاستئجار - وأمثلة هذه الممارسة كثيرة منها الأم (من جنوب إفريقيا) التي حملت على ابنتها التي تبلغ من العمر 25 سنة والتي لم تكن قادرة على الإنجاب، حيث تمت هذه العملية بنجاح فأنجبت (الجدة الأم) ثلاث توائم بأحسن حال³؟!!

ولكن قد تبدو هذه القصة في نظر الكثير ومنهم الأطباء الذين قاموا بتطبيق الممارسة صورة إنسانية رائعة تمثل علاقة الحب بين الأم وابنتها والتي وصلت إلى حد التضحية، هذا عندهم وقيمهم، ولكن ما يزيد الرعب في المجتمع المسلم، قيمة هدرت على أيدي أبنائه من أطباء والسماع بمثل هذه

1 - يؤجل هذا إلى العنصر الموالي لتفصيل فيه شرعاً وقانونياً.

2 - د. طه حبشي، تأجير الأرحام بين اتجاهات العلم وحتمية الدين، المرجع السابق، ص 204.

3 - أول جدة في التاريخ تضع ثلاث توائم لابنتها - الأنباء - الصادرة ليوم 02 أكتوبر 2000، ص 22، الكويت عن طريق الانترنت.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

الإجابة من أم بديلة حينما سئلت هل شعرت بأي تأنيب لضمير عندما وافقت على أخذ النقود من أجل تقديم مثل هذه الخدمة؟ فكانت الإجابة بالنفي المطلق.

أو حينما تسمع بمثل هذا العرض (موافقة امرأة مسلمة بحمل امرأة هندية بويضتها الملقحة بدلا عنها مقابل ألف دينار فقط) ¹. أليس هذا هو عين الانقلاب في القيم التريية الإسلامية الأخلاقية، لممارسة الطب المطبقة من طبيب مسلم. يعلم جيدا ماذا تعني الأمومة بالنسبة لمجتمعه؟ ! ورغم ذلك سمح لنفسه بصبغها تجارية، فأصبحت سلعة تباع وتشتري !

إن موضوع الأم البديلة أو -أي من الأسماء التي أطلقت على هذه الممارسة- موضوعا خطيرا، حيث يدخل فيه العامل الديني، والأخلاقي للطبيب ومن يساعده بالإضافة إلى عامل العرف كبلدان إسلامية. وذلك لكثرة التشعبات حتى في الحالات المسموح بها (امرأة ليس لها رحم ولهما مبيضان، أو العكس...) والتي يلعب فيها الدين دورا كبيرا وهي حالات صعبة حتى من الناحية القانونية. حيث كثيرا ما يطرح السؤال نفسه إلى من ينسب الطفل بعد الولادة... وللملاحظة هذا مسموح به في الغرب، لوجود قوانين تحمي هذه الممارسة... وهنا كذلك يكون دور الطبيب المسلم واضحا في عدم مساقرة هذه الممارسة، وعدم السماح بجعلها حسب الطلب. فيكون في إقناع المريضة أو الزوجين بتقبل أمر الله ويتمثل بقول الصراحة كاملة في حالة اليأس من المعالجة حلة مريضته ولا يحاول استغلال الوضع المادي من وراءها، وطالما الإنسان يفكر فهو يتطور فقد يوجد يوما ما حلا لهذه المشاكل من عقم وغيرها دون أن يخرج الطبيب عن مبادئه ولا يضر بذلك مرضاه ولا مجتمعه، فلقد رأينا بداية القرن لم تكن بعض التقنيات موجودة الآن. ورغم ذلك لا يضمن أن الطبيب مسموح له بكل شيء بحجة تخفيف الآلام... إلى 50 سنة قادمة قد يكون الرحم الاصطناعي ولكن تبقى أخلاقيات الطبيب وأخلاقيات المجتمع هي من تحدد وتضبط هذه التقنيات ومدى تطبيقها... إنه العقم مشكلة الخصوبة يمكن علاجه (إنه القدر قد تصبر فتجاوزن عليه).²

1 - د. أحمد الشطي، أطفال الأنابيب في العلم والدين، ص8، مطبوعة عن طريق الانترنت.

2 - حصة تلفزيونية بعنوان (العقم، العلاج الانتظار والقدر) في برنامج أحمر بالخط العريض لـ (LB) يوم

16/04/2009 الموافق لـ 16 ربيع الثاني 1430 هـ في تصريح للدكتور ألي ضفير عن السؤال المطروح فيما يخص استئجار الرحم،

الأم البديلة والرحم الظئر.

لذلك كان التأكيد عليها في الفتوى التي صدرت حول هذه الممارسة (أطفال الأنابيب والأم البديلة) وهي «... أن هذه الممارسة تكون حراما إذا كان في الأمر طرف ثالث سواء أكان منيا أو بويضة أم جنينا أم رحما هذا من الناحية الشرعية. أما من الناحية الاجتماعية فهذه الممارسة نوع من المنقلب للقيم وتغييرا لثوابت وأصول ومبادئ الناس...»¹ ولكن ماذا لو أن الأمر حصل بالفعل، بمعنى أن الزوجين حصلا على (طفل أنبوبي) بمساعدة أم بديلة؟

لقد تم الرد على هذا: «... لو أن العملية تمت بالفعل، فإن صاحبها يستحق التعزيز»² لأنه ارتكب جرما ولا يستحق طبعاً عقوبة الزاني؟ التي هي الحد³، ويرى البعض الآخر «أنه على أحسن الفروض يمكن أن تعامل الأم البديلة على أنها مرضعة لأن الجنين تغذى بدمها واحتضن برحمها وربي في بطنها، وذلك لها عليه حقوق الأم المرضعة»⁴.

والملاحظ أن هناك الكثير من الفتوى التي تخص هذا النوع من الممارسة (طفل الأنبوب والرحم التي تحضنه إما بالخلية إذا توفرت فيه الشروط -الضرة للأم الأصلية- وهي في حكم المرضعة، أما بالحرمة إذا دخل في العملية -الطرف الثالث- الغريب تماما) وهذا ما يجعل اهتمام الكثير من الأطباء والعلماء الذين بهمهم أمر القيم والحفاظ عليها في المجتمع المسلم يزيد يوما بعد يوم، باتباع كل التطورات التي تظهر في ساحة الطب ومحاولة تهذيبها بما يساير تربيتهم الأخلاقية وثقافتهم الإسلامية التي تحفظ لهم ممارساتهم من الخدش والانزلاق.⁵

1 - توصيات مؤتمر الإنجاب في ضوء الإسلام، المرجع السابق، ص350.

2 - التعزيز من مصدر عزز من العز و هو الرد والمنع أي أدبه، وقد سميت العقوبة تعزيزيا، لأن من شأنها أن تدفع الجاني وترده عن ارتكاب الجرائم أو العودة إلى اقترافها.

3 - الأستاذ نعيم ياسين، المرجع السابق، ص219.

4 - الأستاذ نعيم ياسين، المرجع نفسه، ص222.

5 - دورة عقدت بالقاهرة في 06 أبريل 2006 بين العلماء المسلمين والمسيحيين عرض من خلالها الدكتور ماهر مهران آخر التطورات في مجال تكنولوجيا الإخصاب الصناعي وأطفال الأنابيب، عبارة عن محاولة لجعل الرجل يحمل بدلا من المرأة، ولقد قام بشرح الفكرة بالتفصيل، مما يدل على أن المحاولات جادة وجارية بالفعل، كما عرض هذا في جريدة الأخبار الجزائرية شهر مارس

2009، ص1.

6. دور ثقافة الطبيب المسلم في ممارسة تأجير الأرحام وبنوك الأجنة والبويضات الفائضة:

لقد تم التعرف على هذه الممارسة فيما سبق بأنه إحدى الوسائل لمعالجة العقم، أو على الأقل وسيلة لتخفيف حدة مشاكله الاجتماعية وهذا معتقد الكثير من الأطباء في العالم الغربي. واعتبارهم أن هذا هو الأمل الوحيد لمن لم يرزق بطفل بالطرق الطبيعية ويرون أن هذه العملية ليست محرمة مستدلين على ذلك بما ورد سفر التكوين: إذ جاء به «وأما سارا امرأة أبرام فلم تلد له وكانت لها جارية اسمها هاجر فقالت سارا لإبرام، هو ذا الرب قد أمسكني عن الولادة، أدخل على جاريتي لعلني أرزق منها بابني».¹

وأكثر الأطباء والفقهاء تعصبا لهذا الفكر هو المحامي والطبيب (نويل كون)، الأمريكي وقد تأثر بأفكاره كثير من الأطباء²، هذا وقد قطع الطب في أمريكا شوطا وأنشأت مراكز طبية وقانونية لتقريب وجهة النظر بين راغبين في الحصول على نساء يحملن أطفالهم من أهمها مراكز علاج العقم بنيويورك وسار على ذلك النهج في إنجلترا وغيرها.³

ولكن الطبيب المسلم يحمل رفض التقنية إلا في حالاتها الشرعية وهي لا تتعدى حالة أو حالتنا دون دخول الطرف الثالث الغير مشروع، وذلك على أساس أن الأم البديلة حينما تضع طاقتها الإنجابية وجسدها في خدمة الآخرين خلال مدة معينة مقابل أجر فإنها تقع في جريمة الدعارة، فضلا عن إهدار للكرامة الإنسانية حينما تؤجر المرأة رحمها لقاء ربح مادي معين تتلقاه عقب الولادة، وتسليم الطفل لذويه. بل وإنها انتهك لقيمة وخصوصية العلاقة الزوجية، فضلا على أنها تدمير للعلاقة الطبيعية بين الآباء والأطفال.

أما القول بأن زواج سيدنا إبراهيم من سارة يستدل منه على جواز الأم البديلة فهذا قول مردود في ثقافة الطبيب المسلم لأنه يحمل مسبقا أن تعدد الزوجات كان جائزا في ذلك الوقت وما

1 - سفر التكوين الإصحاح 16/2 عن الدكتور رضا عبد المجيد، النظام القانوني للإنجاب الصناعي، دار النهضة العربية، ط1996، ص140.

2 - Noel Keon, *The surrogate mother new York*, 1985, p104.

3 - Kennedy and gubb, *Medical law, Textand materials butter worths, London*, 1989, p832.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

فعله سيدنا إبراهيم عليه السلام عبارة عن زواجه من السيدة هاجر، وليس كما يدعون معاشرتها كأم بديلة من أجل الإنجاب. وبالإضافة إن الأم البديلة لا يحدث بينها وبين الزوج اتصالات طبيعية، كما حدث مع سيدنا إبراهيم والسيدة هاجر¹، وكذا إن هذه التقنية تؤدي إلى مشاكل قانونية كثيرة منها رغبة الأم البديلة في الاحتفاظ بالمولود أو عدم رغبة جميع الأطراف في هذا الطفل بعد ولادته لمرضه أو إعاقته²، وكذلك في ثبوت نسب المولد كما وإن نشاط الوساطة (الميراث) في الأم البديلة يقع تحت طائلة القانون الجنائي في جرائم عديدة بالجزائر.³

أما فيما يخص ممارسة إنشاء البنوك للأجنة والبويضات والحيوانات المنوية فلقد نادى معظم علماء الطب في العالم العربي وخاصة في فرنسا بتأسيس مراكز لدراسة وحفظ (البويضات النطاف) وأسموه (CECOS - سيكوس)⁴، ولقد نظم هذا المشروع فأصدر القانون رقم 653-1954م قانون احترام الجسد البشري ويتضمن كيفية الحفاظ على النواتج البشرية، ثم أصدر القانون رقم 654-1994م الخاص بالتبرع واستغلال الأعضاء ونتاج الجسد البشري ونظم كيفية التبرع بالأمشجة (le *donedegametes*)، ولقد أورد هذا القانون حماية للجنين البشري، فوضع عقوبة جنائية لمن يحصل أو يسهل الحصول على أجنة بشرية بمقابل أيا كانت صورته، وكذلك لمن قام بعمليات أطفال الأنابيب (*invirto*)، لأهداف تجارية أو صناعية.

ويلاحظ أن التبرع بالأمشجة (le *donedegametes*)، ثقافتهم هو عبارة عن مشاركة من الغير وإسهامه بحيواناته المنوية أو البويضات بقصد المساعدة الطبية في التناسل، ويكون رضا المعطي أو المتلقي كتابة⁵، وبموافقة زوجاتهم ويتم فحص طبي لكل مانح، ولا يستخدم أي معطي لأكثر من

1 - الدكتور رضا عبد المجيد، النظام القانوني للإنجاب الصناعي، دار النهضة العربية، 1996، ص 140.

2 - عاصم فريد عدوي، جزء من بحث رسالة دكتوراه، نطاق الشريعة الجنائية للتصرف في أعضاء الجسم البشري، جامعة القاهرة، 1999، (مطبوعة)، ص 66.

3 - جريمة نسب طفل إلى امرأة لم تلده والمنصوص عليها في المادة 4/30 من قانون العقوبات الجزائري 66-156 المؤرخ في 8 جويلية 1966 بجريدة الخبر، العدد 2579، بقلم إيمان ب، يوم 09 أبريل 2009، الموافق 13 ربيع الثاني 1430 هـ والعدد 5604 يوم 13 أبريل 2009 الموافق لـ 17 ربيع الثاني 1430 هـ.

4 - *Cintre d'étude et de concertions des œufs et du sperme humcin cecos*.

5 - المادة 673 من القانون الفرنسي، 1994/664.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

خمس حالات حمل، ويقوم أطباء النساء بعملية التلقيح داخل مراكز السيكوس أو خارجها في العيادات المخصصة، حيث أنه لا يمكن مزاولة نشاط تلقي أو معالجة أو حفظ أو التنازل عن الأمشجة إلا في مؤسسات لا تهدف إلى الربح ومرخص لها من السلطة الإدارية بهذا العمل.¹

وتعمل بنوك الحيوانات المنوية على حفظ وتجميدها وتخزينها بطرق علمية وعندما تطلب للاستخدام في إخصاب المرأة²، تعالج ويسحب جزء لوضعه بالقرب من عنق المهبل أو مباشرة في القناة العنقية³، وكما يحتفظ البنك بالحيوانات المنوية لبعض الرجال لا تستخدمها في أعوام تالية لشعورهم بعدم القدرة الجسدية عند بلوغهم سنا معينة.

ويلاحظ أنه لا يقبل متبرعين إلا من الرجال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18/55 سنة وأن يكون سبق لهم الإنجاب على الأقل مرة واحدة ومن المبادئ المقرر بمراكز السيكوس أن يستفيد من هذا النظام الرجل والمرأة الطبيعية وأنه لا تقبل إلا الحالات ذات السباب الطبيعية، مثل حالات العقم الذكري والعوامل الوراثية، وأنه ليس الطرق للطرف المتلقي للتلقيح الصناعي أن يختار المعطي المانح إذ أن ذلك يتم بواسطة الطبيب الأخصائي في المركز المختص.⁴

كما وأنه يشترط في شخص المعطي أن يجتاز الحد الأدنى للحاجز الوراثي سواء من الناحية الشخصية أو العائلية وتم تحديد الحاجز الوراثي بأن يهدف إلى منع انتقال العيوب الوراثية بشدة وليس منع كل العيوب ويتم استبعاد الملقح (المانح) الذي يعاني من هذه العيوب وقد تم رصد قائمة للعوامل الوراثية المستبعدة، وكذلك بالنسبة لمتلقيان يتعرض لفحوص طبية ولتجنب أي اضطرابات وراثية، ولذلك يمكن رفض طلب المتلقي إذا اتضح أنها تعاني من العوامل الوراثية المستبعدة أو أي أمراض أخرى تؤثر على عملية التلقيح⁵. ولقد ذهب أنصار هذا المذهب القائل حصر الاختيار في

1 - مأخوذة من تصريح الدكتور ع صحراوي، أخصائي في أمراض النساء والتوليد، خلال لقاء شخصي مسجل، سور الغزلان، ولاية البويرة، يوم الثلاثاء جوا 2008.

2 - حصة تلفزيونية بعنوان (العقم، العلاج الانتظار والقدر)، تعليق الدكتور ألي صغير، المرجع السابق.

3 - عاصم فريد عدوي، جزء من بحث في رسالة دكتوراه، المرجع السابق، ص 231.

4 - أنظر عبد الله عرفان دويدر، علم الأحياء، 1، 1992-1993، ص 65 وما بعدها.

5 - عاصم فريد عدوي، جزء من بحث في رسالة دكتوراه، المرجع السابق، ص 234.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

عملية التلقيح للأطراف ذوي القدرات المتميزة إلى حد ابتكار معهد لجمع وتخزين عينات الحيوانات المنوية من كل الأشخاص المشهورين ومن العلماء والقادة، والمفكرين وأطلقوا عليه اسم ¹ (*Seminologica Institutes*).

وهذا ما يترجم واقع الطبيب وطب النساء في دول الغرب إذ هو السماح بالتحكم في الإنجاب لمن حرموا منه نتيجة للعقم عن طريق التلقيح الصناعي لامرأة من رجل لا تعرفه، هذا واتحاد السيكوس الفرنسي هو الاتحاد المنظم في العالم، في مجال دراسة وحفظ الحيوانات المنوية والبويضات الأنثوية في رأيهم وكانت موافقة الجهات الرسمية على إنشاء تلك المراكز استجابة لمبادئ الحرية المطلقة التي نادى بها الثورة الفرنسية على وجه التحديد، ولقد أنشأ عن هذه الحرية المطلقة إنشاء مراكز قانونية شاذة في المجتمع الغربي فظهرت عمليات الإخصاب في الأنابيب وهبة البويضات والأجنة، والأمهات البديلات أو ما يعرف بظاهرة الرحم المؤجر أو تأجير الأرحام... الخ.²

لقد يلخص هذا الكلام ثقافة الأطباء الأوروبيين ومدى إباحتهم بالتفنن في هذه الممارسة بل أكثر من ذلك تسابقهم في تنظيم وإنشاء بنوك البويضات والأنثوية والأجنة باعتبارهم من أوائل المنظمين العالميين مسايرة للثورة البيولوجية التي يعيشها العالم اليوم، فسؤال الجدير بالطرح في هذا المقام أين طب النساء وأطبائه والمتخصصين فيه من العالم الإسلامي وأين ثقافتهم من تطبيق هذه الممارسات من حفظ الروح والنفس البشرية؟

أي نعم قد تكون ممارسة التلقيح الصناعي أو الإنجاب الصناعي وأطفال الأنابيب أو الأم البديلة إحدى الوسائل لحل بعض مشاكل العقم التي يريد لها الله أن تنجي بهذه الطرق، وليست التي حكم عليها أنها مهما فعلت إلا وكانت باقية في زمرة (العقم)، وكيف يوصل هذه الحقيقة الحتمية إلى مريضته أو مريضه دون تعلقها بأمل زائف أو لا رجاء منه إلا هدرا للمال والوقت إيماناً بقوله تعالى:

1 - أنظر محمد علي البار، خلق الإنسان بين الطب والقرآن، 2000، دار الفكر، لبنان، بيروت، ص 534.

2 - الدكتور عبد المحسن صالح، المرجع السابق، ص 76.

﴿لِلَّهِ مُلْكُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ يَهَبُ لِمَنْ يَشَاءُ إِنَاثًا وَيَهَبُ لِمَنْ يَشَاءُ الذُّكُورَ
أَوْ يُزَوِّجُهُمْ ذُكْرَانًا وَإِنَاثًا وَيَجْعَلُ مَنْ يَشَاءُ عَقِيمًا إِنَّهُ عَلِيمٌ قَدِيرٌ﴾.¹

وإذا استلزم الأمر وأراد أن يخوض هذه الممارسة فما هي الحالات التي له أن يخوضها، أو يمارسها بجرمة هذه الروح. وهذا الجسد أو نواتج هذا الجسد من بويضة أو نطفة فما هو موقفه من البويضات التي استخرجت من رحم هذه المرأة المتعلقة بأمل الإنجاب فإذا نجحت من الوهلة الأولى فما مصير ما يبقى من هذه البويضات سواء تم تخصيبها أم لم يتم، فإذا تم تخصيبها حكما منه بالاحتفاظ بها إلى وقت إعادة الكرة فهل هذا يضاع في ثقافته كطبيب مسلم؟

وإذا كانت غير مخصصة أله أن يتخلص منها دون أدنى مراعاة للمتاعب والتكاليف التي أخضعت لها المرأة؟ فما موقف الطبيب من نتاج إنسان احتفظ به بعد موته، أيعقل أن يولد مولود بعد وفاة أبيه... الخ ! وأسئلة لا حصر لها ولا حد ما دام بعض الأطباء قد أطلقوا العنان لخيالهم العلمي وطموحهم وجموحهم الذي لا يخبو ما دامت الكرة بأيديهم.²

الموقف الاجتماعي من ممارسة الإخصاب الصناعي:

قبل الدخول في خضم المناقشة لهذه الممارسة من الناحية الاجتماعية يجب أن يوضع في الاعتبار أن العالم الغربي قد تجاوز هذه المشكلة من حيث المشروعية، فلقد أصبحت شيئا مسلما به أما النتائج المترتبة عليها فلا زالت تثير مشكلات حادة لم يصل الغرب فيها إلى حل. ولكن ما يجدر بالإشارة هو أن طرح المجتمع الإسلامي لهذه المشكلات الناجمة عن ممارسة الإخصاب الصناعي، إنما هي في مرحلة متأخرة بالنسبة للغرب، إذا فانسياق بعض الأطباء المسلمون وراء النجاح المنتظر من هذه الممارسات قد تم حسم أمره، هنا يجب أن يظهر في المجتمع المسلم ومن جديد ما يفيد بالإشارة إلى تجارب الآخرين في هذه الممارسات حتى تكون الاستفادة والعضة، حيث يعرض هذا من خلال ثلاث زوايا:

● من زاوية العملية نفسها، هل هي متماشية مع التربية الدينية لهؤلاء الأطباء الممارسون لها

1 - سورة الشورى، الآيتان 49-50.

2 - عاصم فريد عدوي، جزء من بحث في رسالة دكتوراه، المرجع السابق، ص 234 وما بعدها.

ومجتمعاتهم أم لا؟

- من زاوية الأم أو الوالدين معا بمعنى تأثير ذلك عليهما والمبررات التربوية التي يمكن أن يسمح من خلالها باستمرار هذه الممارسة.

- الآثار المترتبة على الجنين أو الطفل، وعلاقته الإنسانية بوالديه قبل كل البشر؟

-أولا: هل تجيز الثقافة الإسلامية للأطباء ممارسة الإخصاب الصناعي بجميع أنواعه؟ أم هل تبرر

تربية الأطباء الذاتية هذه الممارسة في المجتمع المسلم؟

إن عمليتي الإخصاب الصناعي وأطفال الأنابيب وغيرها من الممارسات الدخيلة على المجتمع المسلم، لطالما ظلت محصورة بين الزوجين الأصليين لا تشكل عقبة أمام الأطباء الملتزمون ولا تقلق ممارستهم الطبية، ولكن التطورات التي نتجت لهذه العمليات من جراء استغلال بعض الأطباء لها هي ما شكل معضلة، ومنزلقا يؤدي إلى قلب الموازين والقيم في المجتمع المسلم إلى درجة أن أحد الأطباء الذين تفتنوا إلى ما هم مقدمون عليه وإلى خطورة الوضع، بالقول: «...إننا في اللحظة التي نسمح فيها بإجراء عملية حرم خارج الرحم أو إخصاب صناعي لأي زوجين، فإننا نكون قد قبلنا مسبقا من حيث المبدأ إمكانية حدوث سلسلة متوالية من التغيرات الاجتماعية اللاإنسانية، وذلك لأن هذه العملية ستجبرنا على أن تقدم على خطوات أخرى لا نعرف عواقبها...»¹، أما فيما يخص القانوني الجزائري (منعت المادة 17 من قانون المسؤولية الطبية تلقيح المرأة صناعيا أو زرع الجنين بالرحم إلا عند الضرورة وبشرط أن يكون اللقاح في الحالتين من الزوجين وبعد موافقتهم)².

-ثانيا: هل هناك مبررات تربوية ثقافية أخلاقية يحق بها هز الأمومة والأبوة من جراء هذه الممارسات

؟ . لقد تمت الإشارة في بداية الكلام -فيما سبق- إن الإخصاب الصناعي كعملية محصورة في

زاويتها الشرعية التي توافق الغاية الإلهية بين الزوجين الأصليين لا تثير أية مشكلة في المجتمع ولا في ثقافة هذا المجتمع، وإنما الذي يؤدي إلى ذلك هو دخول طرف ثالث في الموضوع وسواء أكان متطوعا

1 - مقطع من حيث أحد الأطباء في المؤتمر الطبي الأخير المنعقد بالأردن، عمان، تحت عنوان الطب المثبت بالبراهين 2007-2008، المصدر السابق.

2 - الدكتور عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، الماد 17، دار الشروق، 2005.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

(بالسائل) أو متطوعة بالحمل (كالأم البديلة، الرحم الظئر)، إن قضية كهذه بحاجة إلى تبرير قوي الذي يوضح كيف للطبيب المثقف والملتزم أن يقدم على هذه الممارسة التي تنافي ما يتقبله مجتمعه وعقيدته، وهذا لا يتم إلا إذا نوقشت العناصر المختلفة المرتبطة بهذه الممارسة وهي:

- هل رغبة الزوجين أن يكون لهما طفلا تعد مبررا كافيا للسماح بإجراء مثل هذه الممارسة؟ وهل هي مبررا حتى يتراجع الطبيب عن مبادئه وقيمه وثقافته الإسلامية ويجريها؟

- ألا تتضمن مثل هذه الممارسة عناصر تدل على إطفاء قيمة المادة والاستغلال للآخرين دونما تقوى الله عند هذا الطبيب؟

- ألا يمكن لشيوع هذه الممارسة أن يؤثر على معنى قيمة الأبوة والأمومة؟ لدى مجتمع يأتمر بأمر ربه في قوله تعالى: ﴿ وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا ﴾¹.

* الرغبة: قد تكون رغبة أي امرأة في الإنجاب ماسة إلى درجة تجعلها مستعدة أن تخضع نفسها لاختبارات مروعة لتأكد من قدرتها على الإنجاب أو لسلامتها من العقم، وتعرضها للجنة طبية ثم إخضاعها لعملية استخراج البويضات، عن طريق المنظار²... ثم بعد ذلك تحاول جاهدة أن تجد من يحمل عنها هذه البويضات في الوقت الذي تعلم فيه أن (الأم البديلة) قد ترفض إعطاءها الطفل أو تبتزها، مثل هذه المرأة لابد أن تكون بأمس الحاجة لهذا الطفل³... وقد يكون المجتمع نفسه في حاجة ماسة للتخلص من أمراضه الوراثية وغيرها من الأمراض التي يمكن أن تسبب تشوهات للأطفال مما يدعوهم إلى إجراء لهما (المرأة، والمجتمع) الق في ذلك، ولكن إن الرغبة وحدها ليست مهمة بحيث تصل إلى إعطاء الحق لأي جهة في الحصول على ما تريد لا للأم وحدها في الحصول على طفل، ولا للمجتمع وحده في الحصول على أفراد غير مضي ولا حتى الطبيب في الحصول على

1 * سورة الإسراء، الآية 23.

2 - حصة تلفزيونية بعنوان (العقم، العلاج الانتظار والقدر) في برنامج أحمر بالخط العريض لـ (LB) يوم 2009/04/15 الموافق 19 ربيع الثاني 1430 هـ، في تصريح للدكتور ألي ضفير في عرض الحالات التي أخضعت للتجارب رغم كل الصعوبات إلا لرغبتهم في الإنجاب.

3 - وانظر الدكتور نعيم ياسين، المرجع السابق، ص 219.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

شهرة أو نجاح على حساب القيم الأصلية التي تداس جراء هذه الممارسة. «إن المبدأ المهم ليس رغبة الإنسان، وإنما مصلحة الفرد وهذا ما تفي إليه أية محكمة أو هيئة في المجتمع».

إن السؤال الذي يطرح نفسه الآن هو: هل الرغبة كافية (المرأة، المجتمع، الطبيب) وحدها بالفعل لتبرير إقدام هؤلاء على تعريض إنسان آخر للخطر (الطفل) أو استغلال (الأم البديلة)؟ ثم هل هي كافية لإجراء تجارب على كائنات بشرية قد يكون لها حقوق اجتماعية، ونفسية وعقائدية، إذا كانت تحمل الصفات الإنسانية؟ قد لا يوجد مبرر للاستعانة (بأم بديلة) على أساس أن المشاكل المنافية للثقافة هذا الطبيب ومجتمعه المترتبة على هذه الممارسة أكبر من أن تسمح باستمرار عملية كهذه !

فهل من واجب الطبيب الملتزم أن يدع اعتداء كهذا يقف في طريق ممارسته لأشرف مهنة وأقدسها، الذي مهما كانت أساليبه تبدو قاسية في الظاهر، إلا أن أهدافه إنسانية في حقيقتها، حيث لا لطب ولا لطبيب أن يتلاعب ويتجاوز (قدسية الحياة) مهما كانت المبررات والدوافع لأن ثقافته الإسلامية هي القائلة بمقصد ي (حفظ النفس).

طغيان قيمة التجارة والاستغلال على قيمة الرحمة:

إن الرفض لهذه الممارسة (دخول طرف ثالث في عملية الإخصاب الصناعي -سائل منوي بويضة، رحم-...) ينبني على خوف من تحول العملية إلى تجارة أو سوق للريح المادي، كما هو عليه الحال في الغرب، وتبريرهم فيه أنه نظرة قديمة. «فلقد كان للناس منذ القديم موقف مماثل، مما يمكن أن يطلق عليه -تأجير الجسد- حيث كان الكثيرون يشعرون أن المرأة تباع جسدها، سواء من أجل الحضانة أو أمر آخر، إنما تقع تحت وطأة الحاجة»¹، ولذلك يمكن القول إن هناك نوعين من الاستغلال والتجارة في هذه الممارسة.

✓ استغلال الطرف الثالث:

(ويكون ذلك باستغلال الأم البديلة أو الطرف صاحب البويضة أو السائل لحاجة الزوجين الأصليين في حصولهما على الطفل، وتحويل هذه الممارسة إلى تجارة ومكسب مادي) كما حدث

1 - Harris : J : (The value of life) Random House. And New York, 1997.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

حين أعلنت إحدى الأمهات البديلات (السيدة كوتن *Cotton*) إنها وافقت على القيام بهذه المهمة من أجل الحصول على المال لتغيير ستائر وأثاث البيت.¹

✓ استغلال الأطباء لهذه الممارسة:

وهذه الصورة تتضح جلية في دول الغرب مما جعلها تتسع ويصبح لها شركات ووكالات خاصة بالتجارة بالأم البديلة، وهو ما يأتي في تصريح إحدى الأمهات حين قالت (في الحقيقة إنني أعتقد وبشكل شخصي، أنه لا يجب أن يكون هناك أطباء يسيرون وكالات أو شركات خاصة للتجارة بالأم البديلة وأصحابها ما هم إلا سماسرة يستثمرون كلا من الطرفين، إنني أفضل أن تتخذ الحكومة خطوة تجاه إسناد عملية الأم البديلة إلى الزوجين، وتكون العملية بدون أي هدف تجاري وإن المبلغ الذي يدفعه الزوجان لا يستخدم سوى لتغطية بعض التكاليف الضرورية فقط، ولا أعتقد أنه يجب أن يسمح للنساء بأن يقمن بهذه العملية من أجل الربح).²

مما سبق يتضح أن هذه الدول دخول طرف ثالث في عملية الإخصاب الصناعي يرون أن الممارسة في حد ذاتها –بالنسبة لقضية الاستغلال- لا ضرر منها إلا إذا دخل الجانب المادي فيها، هنا تتحول المسألة إلى ما يشبه تجارة الرقيق.

ولكن الأمر يختلف تماماً في المجتمعات الإسلامية فموقفها واضح في اعتبار هذه الممارسة نوعاً من الاستغلال للآخرين واستخدامهم على أنهم وسائل لتحقيق أغراض غيرهم (الأم البديل في تحقيق أغراضها الشخصية، والأطباء في تحقيق أغراض النجاح والكسب)، وهذا ما يتعارض في ثقافة أطباء المجتمعات الإسلامية مع كرامة الإنسان في استخدام (الرحم) من أجل الربح، وقد يكون السؤال لماذا (الرحم)³ بالذات؟ في حين يستخدم العقل أو اليدين من أجل الربح، فما هو الشيء الذي يترسخ في عقيدة وثقافة الطبيب المسلم ولا يدركه الطبيب في المجتمع الغربي أو بعض الأطباء الذين انقلبت

1 - أول جدة في التاريخ تضع ثلاث توائم لابنتها -الأنباء- الصادرة ليوم 02 أكتوبر 2000، ص 22 الكويت عن طريق الانترنت.

2 - Stevens, K (Surrogate Mother, One woman Story Century: Publishing, London, 2000).

3 - قارن Harris J : (The value of life) , op.cit, p138.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

لديهم الموازين، وسمحوا لأنفسهم بهذا السؤال استدلالاً من إباحتهم لهذه الممارسة وشيوعها ودفاعهم عنها.

ولكن حين التأمل فيما ذهب إليه القائلون بما يخص سؤالهم عن أخصية عضو الرحم دون غيره من أعضاء الجسد في الاستغلال المادي. ولجد أنه لا مقارنة بين استخدام (الجسد) للمكاسب المحرمة وبين استخدامه للمكاسب التي توافق المقاصد الشرعية وضوابطها عند المجتمع المسلم، مثل استخدام الجسد في حالة الرياضة أو الأعمال اليدوية كحمل الأشياء ونقلها... الخ وغيرها من الاستخدامات. وحين يرجع الأطباء إلى هذه الآراء ويقارنوها بما تحمله ثقافتهم لا يمكن أن يقبلوا هذه العملية ولا يمكن أن يقدموا على هذه الممارسة (الأم البديلة) ¹ لأنهم مهما يكن الوازع إنسانياً يبقى جانب الاستغلال والتجارة وارد. التي تكمن خلف تفكيرهم وأحكامهم التربوية الاجتماعية لأنها تالف مفهومهم لقدسية الحياة دون مبرر قوي تضبطه شروط وقيود، ولعل الأخبار التي تملأ الصحف حول القضايا والتي تشغل المحاكم في العالم لا سيما العالم الغربي نتيجة لإخلال أحد الطرفين بشروط عقد (استئجار الأرحام، أو الأم البديلة)، كهروب الأم البديلة بالطفل، أو رفضها تسليمه، أو رفض الزوجين الطفل لأسباب مختلفة (الإعاقة محتملة الحدوث).

إن هذه القضية وغيرها لدليل كافي على أن القضية أعقد من أن تترك بدون حل، أو محاولة التفكير فيها، والمؤتمرات ² التي تقام في كل مكان هي محاولات جادة لتنبيه الناس إلى خطورة الموضوع، ولذلك المجتمع المسلم بحاجة إلى مناقشة أعمق وأشمل لهذه الممارسة لتوخي الوقوع فيما حرم الله.

1 - أنظر مفهوم الأم البديلة والرحم الظئر وحالاتها في العنصر السابق من المطلب.

2 - عدة مؤتمرات (الإنجاب في ضوء الإسلام) المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، وزارة الصحة، مطبوعة الدكتور أحمد رجاني الجندي، الكويت

* مؤتمر (الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في مفهوم الإسلام) المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، وزارة الصحة، مطبوعة الدكتور خالد حربي.

* مؤتمر الطب الإسلامي، وزارة الصحة العامة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

* المؤتمر الطبي لزراعة الأعضاء، الجزائر، وزارة الصحة والتعليم العالي.

ثالثا :ممارسة إسقاط الحمل (الإجهاض) وموقف الأطباء والعلماء منها:

يعتبر إسقاط الحمل جريمة شنيعة منكرة لما تنطوي عليه من اعتداء على النفس التي أمر الله تعالى بالمحافظة عليها وحرم الله قتلها إلا بالحق وشرع العقوبات الزاجرة عن ذلك كالعقاص أو الدية، فهي تعد كبيرة من الكبائر لأنه اعتداء على حق الجنين في الحياة، خاصة وقد اعتبر بعض الفقهاء الجنين نفسا مستقلة عن أمه تحب له حقوق مستقلة عنها لأنه معد للانفصال عنها وإن اعتبره البعض الآخر جزء منها أو عضوا من أعضائها، لأنه يتنفس بنفسها إلا أنه يعد كائنًا حيا يجب صيانته وحمايته من أي اعتداء، لذا كانت الجناية عليه موجبة للإثم والعقاب في الدنيا والآخرة، فلا يجوز الاعتداء على الجنين في بطن أمه منذ أن يكون نطفة إلى أن يصير إنسانا كاملا مهما كان السبب الداعي لإسقاطه، إلا إذا كان في استمرار الحمل تهديدا لحياة الأم بالموت.

كما أن إجراء الأطباء عمليات (إسقاط الحمل) الإجهاض فيها منافاة لما أمر الله تعالى به من المحافظة على النسل لأنه هو الذي يكفل المحافظة على بقاء النوع الإنساني بدوام التناسل، خاصة وقد دعت الشريعة الإسلامية إلى التكاثر والتناسل وحث النبي ﷺ على طلب الولد لأنه سببها الأُمم بذلك يوم القيامة، ولأن النسل هو الثمرة المرجوة لكل إنسان فكل واحد يرغب في بقاء اسمه ودوام ذكره، والنسل نعمة تستوجب الحمد والشكر وليس تمنى زوالها، لهذا فقد توعده الله تعالى كل من يهلك الحرب والنسل بأن يلحقه اللوم والذنب إلى يوم القيامة، كما اعتبر هذا من قبيل الفاسد في الأرض بغير حق، قال تعالى: ﴿وَإِذَا تَوَلَّى سَعَى فِي الْأَرْضِ لِيُفْسِدَ فِيهَا وَيُهْلِكَ الْحَرْثَ وَالنَّسْلَ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ الْفُسَادَ﴾¹.

لذا سنتناول في هذا العنصر ثلاثة عناصر على النحو التالي:

أ. المقصود بإسقاط الحمل وأسبابه:

1. المقصود بإسقاط الحمل في اللغة:

● الإسقاط في اللغة:

يطلق الإسقاط ويراد به الوقوع، من سقط يسقط سقوطا ومُسْقَطًا أي وقع على الأرض

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

والمسقط أي الموضع ومنه مسقط رأسه أي المكان الذي ولد فيه وسقط من عيني أي صار حقيراً، وسقط الوالد أي خرج من طبن أمه لغير تمام.

والسقط: هو الولد لغير تمام أو الذي يسقط من بطن أمه مشياً وهو متبين الخلف.¹

والإسقاط أصله: إلقاء المرأة جنينها من الشهر الرابع إلى الشهر.²

● الحمل في اللغة:

يطلق الحمل في اللغة على ما يحمل في البطن من الولد، وجمعه أحمال وهو ما تحمله الإناث

في بطونهن، قال تعالى: ﴿... وَأُولَاتُ الْأَحْمَالِ أَجْلُهُنَّ أَنْ يَضَعْنَ حَمْلَهُنَّ ...﴾³، وحملت المرأة

أي علقت قال تعالى: ﴿... حَمَلاً خَفِيفاً فَمَرَّتْ بِهِ...﴾⁴، وقال تعالى: ﴿... حَمَلَتْهُ أُمُّ كُرْهًا

وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا...﴾⁵، والحميل هو الولد في بطن أمه، والحمل هو الجنين المستكن في الرحم.

وسقط الولد أي خرج الجنين من بطن أمه قبل تمامه، وإسقاط الحمل هو إلقاء المرأة جنينها

المستكن في رحمها لغير تمام أي قبل تمام مدة الحمل.⁶

2. ماهية إسقاط الحمل من منظور علماء الفقه الإسلامي :

المعنى الشرعي لإسقاط الحمل لا يخرج عن المعنى اللغوي فهم عبارة عن:

تعمد إنهاء حالة الحمل قبل الأوان أي قبل موعد الولادة⁷، أو هو عبارة عن الفعل المادي

الخارجي الإرادي الذي يصدر من شخص بقصد إنهاء حالة سواء كان بخروج الجنين ميتاً أو خروجه

حياً من الرحم ثم يموت قبل الموعد الطبيعي لولادته.⁸

1 - لسان العرب، 3/2037؛ القاموس المحيط، ص866؛ المنجد، ص339.

2 - الصحاح في اللغة والعلوم، ص485.

3 - سورة الطلاق، من الآية4.

4 - سورة الأعراف، من الآية189

5 - سورة الأحقاف، من الآية15.

6 - مختار الصحاح، ص155، المناجد، ص156.

7 - د. حسن ربيع، الإجهاض في نظر المشرع الجنائي، دار النهضة1995، الأردن، ص48.

8 - فخر الدين حسن بن منصور الأرز الجندي القرغاني الحنفي بhamش الفتاوى، دار إحياء التراث العربي ط4 1986،

ص410.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

وبعبارة أخرى هو تعمد المرأة إلقاء جنينها قبل أن يستكمل مدة الحمل بفعل منها أو من غيرها باستعمال دواء أو غيره.¹

هذه التعريفات مؤداها واحد وإن اختلفت ألفاظها وهي تعني تعجيل إلقاء المرأة جنينها عمدا قبل اكتمال نموه أي كانت الوسيلة المؤدية إلى هذه أو المستعملة فيه.

3. الأسباب الداعية لإجراء الأطباء عمليات إسقاط الحمل :

قد يتذرع بعض الناس إسقاط الحمل بوجود ضرورة أو عذر يدعوه إلى ذلك إلا أن هذا يختلف من شخص لآخر، لذلك كان الأصل في اعتبار الأمر ضرورة هو ما كان من وجهة نظر الشارع لا من وجهة نظر المكلف، وبناء على هذا يمكن معرفة الحكم الشرعي لإجراء عمليات إسقاط الحمل تحت أي ظرف من الظروف.

لذا كان من الضروري بيان الأسباب التي قد تدعو لإسقاط الحمل لتحديد موقف الفقه الإسلامي منها، وما يعتبره ضرورة منها وما لا يعتبره ضرورة وفيما يلي بيانها:

✓ إسقاط الحمل لأسباب اقتصادية:

قد تقوم المرأة باللجوء إلى أحد الأطباء ليجري لها عملية جراحية لإسقاط حملها لأسباب اقتصادية ومنها:

- إسقاط الحمل للخوف ربما من الفقر وعدم القدرة على الوفاء بمتطلبات هذا الجنين بالإضافة إلى أعباء الحياة الأخرى.

- الخوف من تأثير مركز الأسرة الاقتصادي كأن يكون الأبوين قد اكتفوا بما لديهم من أطفال.²

✓ إسقاط الحمل لأسباب اجتماعية:

قد تقوم المرأة باللجوء إلى أحد الأطباء ليجري لها عملية جراحية لإسقاط حملها لأسباب اجتماعية ومنها:

- عدم الرغبة في الإنجاب.

1 - د. أسامة عبد الله فايد، المسؤولية الجنائية للأطباء، دار النهضة العربية، لبنان، 2001، ص 287.

2 - د. أسامة عبد الله فايد، المرجع السابق، ص 292.

-المحافظة على الرشاقة وجمال القد وحسن المظهر.

-التستر على فاحشة كالزنا أو الاغتصاب، وسيأتي بيانه بالتفصيل.¹

وسمي إسقاط الحمل لأسباب اجتماعية بالسري أو الجنائي:

أما تسميته بالسري: فلحدوثه سرا بأخذ الأدوية والعقاقير التي قد تكون سامة عظيمة الضرر، والتي من شأنها إهلاك الجسيم وتطبيعته وقد لا يصاب الجنين بسوء.

وأما تسميته بالجنائي: فلأن تكون في حالة إسقاطها للحمل قد جنت على نفسها وعلى جنينها مما يجعلها خاضعة للمساءلة القضائية مع كونها معرضة لغضب الله.

✓ إسقاط الحمل لأسباب علاجية:²

قد تقوم المرأة باللجوء إلى أحد الأطباء حتى يجري لها عملية جراحية لإسقاط الحمل لأسباب علاجية وهو الذي تقتضيه الظروف الصحية للحامل كأن تكون مصابة بمتاعب صحية لا تقوى على تحملها، ولا يمكن علاجها إلا بإسقاط الحمل، أو يكون في استمرار الحمل ما يهدد حياتها. وهذا النوع هو الذي يقصد منه إنقاذ حياة الأم إن كان في الحمل أو الولادة خطر يهدد حياتها، والطبيب هو الذي يقوم بإجراء هذه العمليات لمسوغ طبي وهو المحافظة على حياة الأم من خطر أهدق بها مثل:

- الإصابة بأمراض الصدر والقلب ومرض الكليتين مرضا مزمنًا مما يتعارض مع الحمل.

- الإصابة بمرض السكري.

- إصابة الجنين بأحد الأمراض الوراثية الخطيرة كالجنون.

- إصابة الجنين بتشوهات أو أي مرض خطير نتيجة تناول المرأة للعقاقير ذات تأثير ضار على

الجنين أثناء فترة الحمل، أو تعرض الأم لإشعاعات ذرية.

- إصابة الأم بمرض الإيدز أو فيروس (C) أو أي مرض ينتقل من الأم إلى الحمل.

وإسقاط الحمل لهذه الأسباب يكون لضرورة إنقاذ حياة الأم، وللتحرز من إنجاب أطفال غير

1 - نفسه.

2 - د. الزين يعقوب، موقف الشريعة من تنظيم النسل، دار الأمل، لبنان، 2001، ص 287.

أصحاء وغير قادرين على القيام بواجباتهم ومسؤولياتهم في الحياة، وقد يكن في وجودهم عبء على المجتمع أو إلحاق الضرر به وبمن يعيش معهم.

إلا أن تقدير مدى خطورة المرض الذي تصاب به الأم أو الجنين متروك للطبيب، كما أنه هو الذي يقرر هل من الضروري إسقاط الحمل أم من الممكن الاحتفاظ به مع المحافظة على حياة الأم.¹ إن الأسباب العلاجية هي التي تستحق أن تكون هي الأسباب التي تبيح للطبيب إجراء عمليات إسقاط الحمل دون غيرها لما تنطوي عليه من تهديد حياة الحامل بالموت في حالة استمرار الحمل، ويكون إجراء مثل هذه العمليات الجراحية من قبيل التداوي المشروع فهذه هي الضرورة التي يباح من أجلها الحظ .

ب. موقف الفقه الإسلامي من إجراء الأطباء عمليات إسقاط الحمل:

ويشتمل على فرعين أولاهما موقف الفقه الإسلامي إجراء الأطباء عمليات إسقاط الحمل بلا ضرورة. ثانيها موقف الفقه الإسلامي من إجراء الأطباء عمليات إسقاط الحمل للضرورة.

1. موقف الفقه الإسلامي من إجراء الأطباء عمليات إسقاط الحمل بلا ضرورة :

إذا قام الطبيب بإجراء عملية جراحية لإسقاط الحمل بلا ضرورة تدعو إلى إجرائها فإنه ينبغي لمعرفة الحكم الشرعي لإجراء هذه العمليات من التفريق بين حالتين:

• إسقاط الحمل قبل نفخ الروح، وإسقاط الحمل بعد نفخ الروح.

✓ الحالة الأولى: حكم إجراء الطبيب عمليات الإجهاض قبل نفخ الروح بلا ضرورة

اختلف جمهور الفقهاء في حكم إسقاط الطبيب للحمل بغير عذر قبل نفخ الروح على أربعة آراء:

- الرأي الأول: لجمهور الفقهاء (بعض الحنفية أو جمهور المالكية وهو المعتمد عندهم، وابن العماد¹ والغزالي من الشافعية، وابن الجوزي² من الحنابلة، والظاهرية وبعض الزيدية، والإمامية، والإباضية³

1 - د. أسامة عبد الله فايد، المرجع السابق، ص 292.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

حيث وقالوا: «بحرمة إسقاط الحمل قبل نفخ الروح سواء كان نطفة أو علقة أو مضغة، ومن فعل هذا فإنه يأثم يأثم القتل حيث أزهد روحا بغير حق».

الرأي الثاني: لأبي حنيفة وأبو إسحاق المروزي⁴ من الشافعية وابن عقيل⁵ من الحنابلة، وهو قول البعض الزيدية، حيث قالوا: «يجوز إسقاط الحمل قبل نفخ الروح سواء كان نطفة أو علقة أو مضغة».

الرأي الثالث: لبعض الحنفية، والرخمي من المالكية، والشافعية في قول، وجمهور الحنابلة⁶، حيث قالوا: «يجوز إسقاط الحمل قبل نفخ الروح إذا كان نطفة فقط، ويجرم فيما عدا ذلك العلقة

والمضغة»، فيجوز للطبيب إجراء عمليات إسقاط الحمل إذا كان نطفة فقد ويجرم فيما عدا ذلك.

الرأي الرابع: للفقهاء علي بن موسى⁷ من الحنفية، حيث قال: «بكرهه إسقاط الحمل مطلقا». وقال بعض المالكية بكرهه إسقاط الحمل قبل الأربعين.

الرأي المختار: هو رأي جمهور الفقهاء القائل بحرمة إجراء الأطباء عمليات الإجهاض قبل نفخ الروح بلا ضرورة سواء كان الجنين نطفة أو علقة أو مضغة للأسباب التالية:

- قوة ما استدلل به جمهور الفقهاء، كما أن ما استدلل به المخالفون قد تم الرد عليه بما لم يمكنهم دفعه.

1 - هو أحمد بن عماد بن يوسف بن عبد النبي الشهاب أبو العباس الأقفهسي القاهري يعرف بابن العماد، أخذ قديما عن الجمال الأستوي، وكان يحضر مجلس السراج البلقيني، مهر وتقدم في الفقه بحيث كتب على المهمات لشيخه الأستوي كتابا حافلا فيه تعقبات نفسه سماها التعقبات على المهمات أكثر فيه من تخطئته.

2 - هو أبو الفرج عبد الرحمن بن أبي الحسين علي بن محمد بن جعفر الجوزي القرشي التميمي البكري البغدادي الفقيه الحنبلي كان فقيها محدثا واعظا برز في علوم كثيرة، وانفرد بها عن غيره، وجمع المصنفات الكبار والصغار لنحو من ثلاثمائة مصنف.

3 - السرخسي: نتائج الأفكار في كشف الرموز والأسرار وهي تكملة شرح فتح القدير، 1986، دار إحياء التراث العربي، القاهرة، ص62.

4 - هو إبراهيم بن أحمد المروزي أبو إسحاق، فقيه شافعي إمام عصره في الفتوى والتدريس، أقام ببغداد أكثر أيامه، انتهت إليه رئاسة الشافعية بالعراق، وصنفه كتب كثيرة وشرح مختصر المزني.

5 - هو علي بن محمد بن عقيل بن عبد الله، الفقيه البغدادي الظفري أبو الوفاء، قاضي القضاة كان سكن الظفرية كان ديننا حافظا لحدود الله.

6 - كمال الدين بن محمد بن عبد الواحد بن عبد الحميد السكندري، شرح فتح القدير، دار إحياء التراث العربي، مصر، ط 1986، ص234.

7 - شرح الكبير بهامش الدسوقي، ص421.

- أن إسقاط الحمل قبل نفخ الروح يعتبر من قبل للوآد الذي كان يعقله العرب في الجاهلية.
- إسقاط الحمل قبل نفخ الروح فيه جناية على موجود حاصل تأول مراتب الوجود أن تقع النطفة في الرحم وتحتل بماء المرأة، ثم تنهي لنفخ الروح فيها، وإفسادها يعتبر جناية وجريمة، فإن صارت مضغة أو علقة كانت الجناية أفحش.¹
- القول بإباحة إسقاط الحمل قبل نفخ الروح فيه فتح لباب الحيل والذرائع لإبطال لأحكام الشرعية، فيحرم حتى لا يكون ذريعة لإشاعة الفاحشة، إذا كان الحمل من الزنا حتى لا يكون ذريعة لقطع النسل إذا كان من زواج، وحتى لا يكون ذريعة وحيلة لإجهاض لأحكام الشرعية كالعدة وغيرها للحصول على الطلاق أو الخلع.²
- إن القول بإسقاط الحمل أو عدم إسقاطه لا بد فيه من استشارة الأطباء الأمناء إلى جانب رأي أهل الشرع، فإن قالوا بضرورة إسقاط الحمل أبيض ذلك ويحمل على وجود الضرورة المرضية أو العلاجية، وإن قالوا باستمرار الحمل فلا يباح إسقاطه بحال من الأحوال، وقد فطن الفقهاء الأجلاء لها فقالوا به.³

✓ الحالة الثانية: حكم إسقاط الحمل بعد نفخ الروح⁴

- اتفق جمهور الفقهاء الحنفية والمالكية والشافعية والحنابلة، والظاهرية والزيدية والإمامية والإباضية، إلى القول بجريمة إسقاط الحمل بعد نفخ الروح بدون ضرورة، فيحرم على الطبيب إجراء هذه العمليات بعد نفخ الروح، واستدلوا على تحريم إجراء الطبيب عمليات إسقاط الحمل بعد نفخ الروح من عدة وجوه:
- أن إسقاط الحمل بعد نفخ الروح يعد من قبيل قتل النفس وقتلها لا يباح إلا بالحق، ولا يوجد هنا ما يدعوا إلى قتلها بالحق فيحرم يلما فيه من قطع النسل أو تقليله أو التجرؤ على فعل الفاحشة وهو حرام قطعاً.¹

1 - الإمام الغزالي، إحياء علوم الدين 51/2.

2 - نفس المرجع، ص 52.

3 - منير رضا حنا، المسؤولية الجنائية للأطباء والصيادلة، 1989، دار الطباعة الجامعية، ص 391.

4 - الإمام الغزالي، المرجع السابق، ص 67.

- أن الجناية على الجنين بعد نفخ الروح فيه بإسقاطه يعد من أفحش الجرائم حيث إنه يعتبر من الوأد الذي كان يفعله العرب قديماً وقد أبطله الإسلام لما فيه من قتل النفس التي أمر الله سبحانه وتعالى بال حفاظة عليها وصيانتها.²

- أن الجنين بعد نفخ الروح فيه يعد نفساً مستقلة وذلك لتحقيق آدميته بنفخ الروح فيه فيحرم الاعتداء عليه بإسقاطه، ومن تسبب في ذلك فعليه الضمان والرحمان من الميراث.

- إن إسقاط الحمل يحرم فيما قرب من زمن نفخ الروح فمن باب أولى إذا نفخت فيه الروح.³

2. موقف الفقه الإسلامي من إجراء الأطباء عمليات إسقاط الحمل للضرورة

قد يلجأ بعض الأطباء لإجراء عمليات إسقاط الحمل لضرورة ما وهي التي لا يمكن معها استمرار الحمل، أو يمكن استمراره مع تهديد حياة الأم بالخطر، وهذا قد يكون بسبب مرض الأم أو بسبب مرض الجنين أو كان الحمل ثمرة الوقوع في الزنا المحرم أو كان نتيجة الاغتصاب، وفيما يلي بيان حكم إسقاط الحمل في كل حالة من هذه الحالات سواء كان قبل نفخ الروح أو بعدها.

● إسقاط الحمل بسبب مرض الأم:

قد تكون الأم الحامل مصابة بأحد الأمراض الخطيرة والتي لم استمر الحمل معها لأدى إلى تهديد حياتها بالموت كأمراض القلب، أو أمراض الصدر كالسل الرئوي، أو أمراض الكلي المزمنة أو مرض السكري، أو الأمراض الخبيثة كسرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم. وفيما يلي بيان حكم إسقاط الحمل قبل نفخ الروح أو بعد نفخ الروح بسبب إصابة الأم بمرض ما:

أما عن إسقاط الحمل قبل نفخ الروح في حالة مرض الأم:

1 - فتح العلي للمالك.

2 - أنظر التهميش في كتاب اعتدائي الطبيب، إعانة الطالبين لفهرس المراجع، نهاية المختار وحاشية الجمل.

3 - أنظر التهميش في كتاب اعتدائي الطبيب، إعانة الطالبين لفهرس المراجع، نهاية المختار وحاشية الجمل.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

فبناء على ما ذهب إليه بعض الفقهاء¹ من إباحة إسقاط الحمل قبل نفخ الروح فإنه يجوز للطبيب أن يقوم بإجراء عملية لإسقاط الحمل إذا كان في استمراره تهديدا لحياة الأم إذا كان قبل نفخ الروح للأسباب التالية:

✓ أن بعض الفقهاء رحمهم الله قالوا يجوز إسقاط الحمل قبل نفخ الروح فيه وحملوا هذه الإجازة على وجود العذر المبيح لإسقاط الحمل، ولا يوجد عذر أشد من تعرض الأم للموت بسبب استمرار الحمل، فأجازوا إسقاطه للضرورة لأن موت الأم سيؤدي إلى قتل الجنين.²

✓ الأصل عدم جواز إسقاط الحمل لأن الشريعة الإسلامية أمرت بالمحافظة على النفس ثم النسل من أي عمل يؤدي إلى تقليله أو انقطاعه، إلا أنه قد تطرأ ضرورة أو حاجة تعارض هذا الأمر كضرورة التداوي والعلاج، وهذه الضرورة أو الحاجة تبيح ما هو محظور شرعا فيجوز إسقاط الحمل إذا كان في استمراره تهديدا لحياة الأم بالموت³، وهذا عملا بالقاعدة الفقهية (الضرورات تبيح المحظورات) فالمحظور وهو إسقاط الحمل قد أبيض هنا للضرورة وهو المحافظة على حياة الأم من الموت إذا استمر الحمل، خاصة وأن المصلحة التي تقتضيها الضرورة المحافظة على حياة الأم أعظم من مفسدة المحظورة (إسقاط الحمل) فيجوز.⁴

✓ العمل بالقاعدة الفقهية : (ارتكان أخف الضررين وفقا لأعظمهما) فإسقاط الجنين احتوت من استمراره مع تهديد حياة الأم بالموت، مع ملاحظة أن الحمل إذا استمر في هذه الحالة فإن فيه خطرا على حياة الأم والجنين فقد يؤدي بهما إلى الموت، فيجوز إسقاط الحمل لضرورة إنقاذ حياة الأم إذا كان استمرار الحمل يهددها بالموت.⁵

1 - حاشية رد المختار،، 186.

2 - نفس المرجع، 176/3.

3 - الموافقات للشاطبي، 2/375.

4 - الأشباه والنظائر لابن تميم، ص85.

5 - قواعد الأحكام، 1/89؛ الاشتباه والنظائر للسيوطي، ص87.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

✓ القياس على جواز إتلاف بعضه لاستبقاء كله كقطع جزء من فحذه لأكله، وهذا تحصيلًا لمصلحة حفظ النسل.¹

✓ العمل بالقاعدة الفقهية الأمور بمقاصدها، فالطبيب هنا قصد ونوه المحافظة على حياة الأم بالإجهاض وهذا لوجود القدر المبيح وهو مرض الأم.²

وقد فطن الفقهاء إلى هذا الأمر حيث قالوا بضرورة استشارة أهل الطب في هذا، فإن قرروا ضرورة إسقاط الحمل لما يترتب على استمراره من إلحاق ضرر بين الأم وربما بالجنين أيضا فإنه يجوز إسقاطه، وإن قرروا استمرار الحمل فإنه لا يجوز إسقاطه بحال من الأحوال.³

● إسقاط الحمل بسبب مرض الجنين:

فالجنين قد يصاب بعيب خلقي أو تشوهات لأسباب وراثية، أو نتيجة تعرض الأم للأشعة التي ينتج عنها تشوه الحمل، أو نتيجة تناول أدوية وعقاقير من شأنها إصابة الحمل بتشوهات، أو نتيجة تعاطي المسكرات أو المخدرات أو التدخين أو نتيجة إصابة الأم بأحد الأمراض التي من شأنها إحداث تشوه في الجنين أو إصابته بأحد العيوب الخلقية، وقد تمكنت الوسائل الطبية الحديثة من اكتشاف هذه العيوب والتشوهات مبكرا حتى يمكن معالجتها أو تلافها.

فبناء على ما سبق ذكره في حكم إسقاط الحمل قبل نفخ الروح وبعده بدون ضرورة فإنه يجوز للطبيب إسقاط الحمل إذا كان مصابا بتشوه أو عيب خلقي إذا كان قبل نفخ الروح فيه ولا يجوز إذا كان قبل نفخ الروح فيه ولا يجوز إذا كان بعد نفخ الروح فيه.

✓ أما قبل نفخ الروح:

فإنه يجوز بشرط ثبوت مرض الجنين بمرض وراثي أو تشوه ثبوتا لا ريب فيه، ولا بد من ثبوت هذا الأمر بالوسائل العلمية الطبية، ولا بد أن يقرر الأطباء أن الجنين مصاب بعيوب وراثية خطيرة أو تشوهات لا يمكن معها أن يتلاءم مع الحياة الطبيعية وأنها تسرى بالوراثة إلى سلالة أسرته وشتلتها،

1 - مغني المحتاج، 4/310.

2 - الاشتباه والنظائر، المرجع السابق، ص 8.

3 - البحر الرائق، 8/391 (أنظر فهرس المراجع كتاب اعتداء).

الفصل الخامس أثر الحادثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

وأن هذه العيوب تدخل في نطاق المرض الذي لا شفاء منه وأنها تنتقل منه إلى الذرية، فيجوز إسقاط الحمل بهذه الشروط في هذه الحالة للأسباب التالية:

-أن الجنين قبل نفخ الروح لم يأخذ صفة الأدمية بعد ولم يحصر نفسا حتى يحرم الله قتلها فيجوز إسقاطه بسبب مرضه.¹

-العمل بالقاعدة الفقهية (الضرورات تبيح المحظورات) فالضرورة وهي مرض الجنين مرضا لا يمكن الشفاء منه تبيح المحظور وهو إسقاط الحمل فيجوز للضرورة، خاصة وأن مفسدة إسقاطه أخف من ولادته مشوها أو مصابا بمرض وراثي لا شفاء منه وبقائه طوال حياته يعاني هو وأسرته بسبب هذا المرض.

-العمل بالقاعدة الفقهية (الضرر يزال) فإسقاط الحمل سبب تشوه الجنين أو إصابته بمرض وراثي لا شفاء منه فيه إزالة للضرر الذي أصاب هذا الجنين بإنهاء المأساة التي كان سيعاني منها هو وأهله إذا ولد بهذا المرض خاصة وأن إزالة هذا الضرر لا يترتب عليه إضرار بأي شخص آخر.²

-يجوز إسقاط الحمل لأن إصابة الجنين بمرض ما قد أكده الأطباء، فلم يصر شيئا محتملا بل مؤكدا.

-أن الفقهاء الأجلاء أجازوا إسقاط الحمل إذا وجد العذر المبيح له.

أما بعد نفخ الروح:

إذا اكتشف الطبيب أن الجنين مصاب بتشوه ما أو عيب خلقي أو راثي وأراد إجراء عملية جراحية لإسقاط هذا الحمل وكان هذا بعد نفخ الروح فيه فإنه لا يجوز له إسقاط هذا الحمل للأسباب التالية:

-أن الإجهاض بعد نفخ الروح فيه يعد قتلًا للنفس التي حرم الله قتلها إلا بالحق، كما أن هذه التشوهات أو العيوب الملاحظة بالجنين ليست من الحق المبيح لقتل النفس فيحرم، قال تعالى ﴿وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ...﴾¹.

1 - الفتاوى الإسلامية، 9/3106.

2 - الأشباه والنظائر، المرجع السابق، ص85.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

- أن هذا الجنين بعد نفخ الروح فيه صار نفساً مستقلة لها حرمة، فلا يجوز الاعتداء عليه بالقتل بفعل ما يؤدي إلى إسقاطه.

- أكثر الأجنة التي أصيبت بهذه التشوهات أو العيوب لا يعيشون كثيراً فقد يسقطون قبل الأسبوع الثاني من الحمل غالباً، وإذا استمر الحمل فإنه يموت بعد الولادة مباشرة.

- إجماع العلماء والفقهاء على حرمة إسقاط الحمل بعد نفخ الروح سواء كان لعذر أو لغير عذر وتأييد هذا الإجماع بأدلة الكتاب والسنة والمعقول.

- وجود حالات قرر الأطباء إسقاط الحمل فيها لتشوه الجنين في حين قرر الأطباء استمرار الحمل فولد الجنين سليماً عن أي عيب أو مرض.

- كمال الخلقة ونقصها من قدر الله وقضائه، قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِن كُنْتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِّنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِّنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِّنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ مِّنْ مُّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُّخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقَرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلاً ثُمَّ لِنَبْلُغُوا أَشَدَّكُمْ...﴾².

كما أنه لا يجوز إسقاط الحمل لاستخدام الأجنة في زراعة الأعضاء: وقد أفتى بذلك جمع الفقه الإسلامي في مؤتمره السادس بجدة في المملكة العربية السعودية من 17-23 شعبان الموافق 14-20 مارس 1990 حيث قرر عدم إباحة استخدام الأجنة مصدراً للأعضاء المطلوب زرعها في إنسان آخر إلا بشروط وضوابط معينة.

- لا يجوز إحداث إجهاض من أجل استخدام الجنين لزراعة الأعضاء في إنسان آخر، بل يقتصر الإجهاض على الإجهاض الطبيعي غير المتعمد والإجهاض للعذر الشرعي، ولا يلجأ لإجراء العملية الجراحية لاستخراج الجنين إلا إذا تعينت لإنقاذ حياة الأم.

1 - سورة الإسراء، من الآية 33.

2 - سورة الحج، من الآية 5.

-إذا كان الجنين قابلاً لاستمرار الحياة فجب أن يتجه الطبيب لعلاج واستبقاء حياته والحافظة عليها، وليس إسقاطه لاستثماره في زراعة الأعضاء، وإذا كان غير قابل لاستمرار الحياة فلا يجوز الاستفادة منه إلا بعد موته.¹

● إسقاط الحمل الناشئ عن زنا:

إذا زنت المرأة وترتب عل ارتكابها لهذه الفاحشة الحمل فذهبت إلى أحد الأطباء لإجراء عملية جراحية لإسقاطه فإنه على ما سبق ذكره في حكم إسقاط الحمل قبل نفخ الروح وبعده بدون ضرورة فالطبيب لا يجوز له إجراء جراحة لإسقاط الحمل وإن كان ناتجاً عن زنا سواء كان قبل نفخ الروح أو بعده لأن الزنا لا يعهد ضرورة يباح من أجلها إسقاط الحمل.

فعلى المرأة أن تتحمل أدنى المفسدتين لإزالة أعظمهما، وعلى الطبيب في هذه الحالة أن ينصح هذه المرأة بالتزام الصبر عل ما نالها من أذى وألم بدلا من أن يقوم بإسقاط حملها، فالطبيب لا بد أن تكون له خبرة باعتلال القلوب والأرواح وأدويتها فعليه أن يجمع بين علاج البدن وعلاج الروح لأن اعتلال البدن قد يكون سبب اعتلال النفس وقد تكون تقوية النفس أعظم أثراً في الشفاء من الأدوية المعتادة المعروفة²، قال رسول الله ﷺ: «ما يصيب المسلم من نصب ولا ربح ولا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم حتى الشوكة يشاكها إلا كفر الله بها من خطاياها».³

رابعا : العقوبة المستحقة للطبيب لإجرائه عمليات إسقاط الحمل:

1. أولا: العقوبة المستحقة للطبيب في حالة موت الجنين فقط

بناء على ما سبق تحقيقه من تحريم إجراء الأطباء عمليات الإجهاض سواء كان قبل أو بعد نفخ الروح، وسواء وجدت ضرورة تدعو لإسقاطه أم لا إلا في حالة الضرورة العلاجية، فإذا قام الطبيب بإجراء عملية لإسقاط الحمل بالرغم من تحريم هذا الفعل وترتب على هذا موت الجنين فإنه يلزم ببيان العقوبة المستحقة للطبيب من التفريق بين حالتين:

1 - د. وهبة الزحيلي، الفقه الإسلامي وأدلته، 5182/7.

2 - الطب النبوي، ص 138؛ زاد المعاد، 111/3/2.

3 - صحيح البخاري، 75/3/7/4؛ كتاب المرضى، باب ما جاء في كفارة المرضى.

• الحالة الأولى: إذا سقط الجنين ميتا.

اتفق جمهور الفقهاء الحنفية والمالكية والشافعية وغيرهم إلى القول¹ «يوجد الغرة² على المتسبب في إسقاط الحمل بلا ضرورة تخرج الجنين ميتا».

• الحالة الثانية: إذا سقط الجنين حيا ثم مات:

إذا قام الطبيب بإجراء عملية إسقاط الحمل فسقط الجنين حيا ثم مات فقد اختلف جمهور الفقهاء في هذا على رأيين:

• الرأي الأول : لجمهور الفقهاء حيث قالوا: «بوجوب الدية كاملة على كل من قام بإسقاط

الحمل عمدا بلا ضرورة تدعو إلى إسقاطه فسقط الجنين حيا ثم مات، وزاد المالكية وجوب القسامة³ مع الدية».

✓ الرأي الثاني: لابن القاسم من المالكية في قول⁴: حيث قالوا: «بوجوب القصاص فيما إذا سقط

الجنين حيا ثم مات، وإذا عفي عنه إلى الدية وجبت، وزاد ابن القاسم القصاص بقسامة».

سبب الخلاف : هو اختلاف جمهور الفقهاء في أن المعتبر في الجنين هو معنى الجزئية أو النفسية،

فالبعض اعتبر الجنين نفسا مستقلا عن أمه تجب له حقوق مستقلة عنها وبالتالي أوجبوا القصاص في

الاعتداء عليه، والبعض اعتبر الجنين جزءا من أجزاء الأم أو عضو من أعضائها وبالتالي أوجبوا الدية

في الاعتداء عليه.⁵

1 - الدار المختار بأعلى حاشية العابدين 591/6

2 - الغرة لغة: بياض في جهة الفرس، ومن كل شيء أوله ومعظمه، ومن الإنسان وجهه، ثم عبر عن الجسم كله به، ومن ذلك غرة، الأمة أو العبد، أي عليه وديته عبدا وأمة (المصباح المنير 2/444).

الغرة شرعا: اسم لعبد أو أمة بعد خمسمائة درهم عند الحنفية، والغرة أو مقادير الدية، حاشية الدر المختار 588/9.

3 - القسامة: جمع قسم وهي اليمين أي الحلف على الشيء لإثبات الحق فيه، وهي هنا خمسون يمينا بالله الذي لا إله إلا هو لاستحقاق الدم، والمراد أن تقسموا أنه مات من فعل الجاني، (استهل المدار شر إرشاد السالك في فقه إمام الأئمة مالك لأبي بكر بن حسن الكشناري، ط1، 1995، دار الكتب العالمية، ص247).

4 - المنتفي شرح الموطأ، 7/81.

كما أن الاعتداء على الجنين لم يقع عليه مباشرة وإنما بالاعتداء على أمه فيحتمل أن يكون موت الجنين بسبب محاولة الإسقاط، ويحتمل أن يكون لأي سبب آخر قد عرض له بعد الولادة. كما اختلف جمهور الفقهاء في اعتبار الاعتداء على الجنين من قبيل القتل العمد أو شبه العمد لعدم التأكيد من حياة الجنين وهو في بطن أمه.

✓ الرأي المختار:

هو رأي جمهور الفقهاء القائل بوجوب الدية على من قام بالإجهاض لامرأة ما فسقط الجنين حيا ثم مات، فتجب الدية على الطبيب إذا قام بإجراء عملية الإسقاط فنزل الجنين حيا ثم مات، وذلك لقوه ما استدلو به، كما أ، ما استدل به المخالفون قد تم الرد عليه بما لم يمكنهم دفعه. ولا داع لاشتراط القسامة مع الدية لأنه من الممكن إثبات أن الجنين قد مات بسبب محاولة الإجهاض أو سبب آخر عرض له بطرق أخرى غير القسامة وذلك باستخدام الأجهزة الطبية الحديثة والتحليل التي تكشف يئتين عن سبب الوفاة.

2. العقوبة المستحقة للطبيب في حالة موت الجنين والأم معا

إذا قام الطبيب بإجراء عملية الإسقاط فمات الجنين والأم فإنه يجب التفريق بين ثلاثة حالات لبيان العقوبة المستحقة لهذا الطبيب:

✓ الحالة الأولى: إذا ماتت الأم أولا ثم سقط الجنين ميتا:

إذا قام الطبيب بإجراء عملية لإسقاط الحمل فماتت الأم أولا ثم سقط الجنين ميتا فقد اختلف جمهور الفقهاء في العقوبة المستحقة للطبيب في هذا على رأيين:

-الرأي الأول: لابن شهاب¹ والمالكية والشافعية والحنابلة حيث قالوا: «بوجوب الغرة (الدية) في الجنين والدية في الأم».

-الرأي الثاني: للحنفية وجمهور المالكية حيث قالوا: «بوجوب الدية في الأم ولا شيء في الجنين».²

1 - هو محمد بن مسلم بن عبيد الله بن عبد الله بن شهاب الزهري أبو بكر أحد الأعلام، روى عن ابن عمر واثنتين وابن المسيب، نحو ألفي حديث، مات في رمضان سنة 124هـ (الكاشف المذهب، 3/96).

2 - بدائع الصنائع، 10/4829.

سبب الخلاف:

هو اختلاف جمهور الفقهاء في أن المغير في الجنين هو معنى الجزئية أو النفسية، أي أن الجنين يعتبر نفسا مستقلة عن أمه أم هو جزء منها، فذهب الشافعية ومن معهم إلى اعتباره شخص مستقل عن أمه وبالتالي يجب في التعدي عليه حقا غير الواجب على أمه، أما الحنفية ومن معهم فقد اعتبروا الجنين جزء من أجزاء الأم أو عضوا من أعضائها، وبالتالي لا يجب في سقوطه ميتا بعد موت أمه أي نوع من الضمان، وإنما يجب الضمان في الأم فقط لأن موت الأم سبب في موته فهو كعضو من أعضائها.¹

الرأي المختار:

هو الرأي الأول القائل بوجوب الغرة في الجنين على الطبيب ووجوب الدية في أمه إذا ماتت أولا ثم سقط الجنين ميت لإجرائه عملية إسقاط الحمل للأسباب التالية:

- قوة ما استدل به هذا الرأي الورود والنص من السنة النبوية الصريحة في هذه الحالة، بينما استدل المخالفون بأدلة ثم مناقشتها بما لم يمكنه دفعه.

- أن المقصود من هذا العمل هو الإجهاض للجنين فكيف لا يضمن.

✓ الحالة الثانية: إذا سقط الجنين ميتا ثم ماتت الأم:

بناء على ما سبق ذكره فالواجب في الجنين هو الواجب فيما إذا سقط الجنين ميتا وهو الغرة واستدل عليه بما استدل عليه في موت الجنين منفردا.²

أما الأم فتجب فيها الدية واستدلوا على هذا بالمعقول من عدة لجوه.

● الأول: أنه ارتكب جريمتين فيجب عليه موجهما وهذا لما عرف أن العقل يتعدد بتعدد أثره،

فصار كما إذا رمي فأصاب شخصا ونفذ منه إلى آخر فقتله فكذا هنا فإنه تجب عليه غرة ودية، ولا

1 - السيوطي، السرخسي، 88/26.

2 - تبين الحقائق، 140/6.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

يجب القصاص في الأم لأنه لم يقصدها بالقتل وإنما قصد الجنين فتجب فيه الغرة بالنص وتجب في الأم الدية بالنص لأنه قتل خطأ.¹

● **الثاني:** لأنه أتلّف نفسين فيلزمه بدل كل واحدة منهما حيث أن الضمان يتعدد بتعدد القتل الموجب له.²

● **الثالث:** لأن النبي ﷺ قضى في موت الأم بعد سقوط الجنين ميتا بالدية على عاقلة الجاني فتجب وهذا يدل على أن موت الأم من قبيل القتل الخطأ لأن الخطأ هو الذي تجب فيه الدية.³

✓ **الحالة الثالثة:** إذا ماتت الأم ثم سقط الجنين حيا ثم مات على ضوء ما سبق تفصيله فالطبيب إذا قام بإجراء عملية جراحية فالواجب في الجنين هو الواجب فيما إذا سقط الجنين حيا ثم مات، واستدل عليه بما استدل عليه سابقا.⁴

أما الأم فتجب الدية في الاعتداء عليها أنها غير مقصودة بالقتل وإنما الجنين هو المقصود فصار قتل خطأ والخطأ تجب فيه الدية، قال تعالى: ﴿... وَمَنْ قَتَلَ مُؤْمِنًا خَطْئًا فَتَحْرِيرُ رَقَبَةٍ مُؤْمِنَةٍ وَدِيَّةٌ مُّسَلَّمَةٌ إِلَىٰ أَهْلِهِ إِلَّا أَنْ يَصَدَّقُوا...﴾.⁵

كما أن سبب وجوب الضمان موجود وهو قتل شخصين فصار كما إذا ألقته حيا تماما.⁶

3. العقوبة المستحقة للطبيب في حالة تعدد الأجنة المسقطة

قد يقوم الطبيب بإجراء عملية الإجهاض لمراة ما فينتج عن هذا سقوط أكثر من جنين وقد يسقط أحد هذه الأجنة حيا ثم يموت والآخر ميتا وقد يسقطون موتى جميعهم، وقد يسقطون أحياء ثم يموتون، ولمعرفة العقوبة المستحقة لهذا الطبيب في هذه الحالة فقد اتفق جمهور الفقهاء الحنفية والمالكية والشافعية والحنابلة إلى القول: «يتعدد الواجب من غرة أو دية إذا تعددت الأجنة المسقطة،

1 - تبين الحقائق، نفس المرجع.

2 - المبسوط للسرخسي، 89/26.

3 - نيل الأوطار، 72/4.

4 - تبين الحقائق، 140/6، المرجع السابق.

5 - سورة النساء، من الآية 92.

6 - مجمع الأشهر، 649/2؛ بدائع الصنائع، 4828/10.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

ويختلف هذا الواجب باختلاف حال السقط، فإن سقط أحدهما حيا والآخر ميتا وجبت غرة ودية وإذا سقطا ميتين فغرتان وهكذا».

وعلى هذا فالطبيب إذا قام بإجراء عملية الإسقاط لغير ضرورة تدعو إليها ثم تبين سقوط أكثر من جنين فالواجب عليه في هذه الحالة إذا نزل الجنين ميتا لغرة وتعدد بتعدد الأجنة، وإذا نزل الجنين حيا فتجب الدية وتعدد بتعدد الأجنة وهكذا.

الرأي المختار:

هو الرأي القائل بوجوب الكفارة في إسقاط الجنين لقوة ما استدلو به ولأن ما استدل به المخالفون قد تم الرد عليه بما لا يجعله حجة في المسألة.

ولأنه بقتله الجنين عمدا بفعل ما يؤدي إلى إسقاطه قد ارتكب ذنبا توجب الكفارة لمحوه حقا لله تعالى.

ولأن الجنين يعتبر نفسا مستقلة فيجب فيه ما يجب في الشخص الكبير والكبير تجب الكفارة في قتله خطأ.

خلاصة الفصل:

إن لمن الأهمية جمع الآراء الفقهية التي صدرت في بعض القضايا الطبية المعاصرة من منظور إسلامي لتكون موسوعة فقهية للطبيب المسلم لا غنى عنها في ظل عدم توفر الوقت لديه للبحث عن قرارات المجتمع الفقهية، وفي نفس الوقت عدم نشر النشرات والدوريات والقرارات لتلك الجامعات بشكل موسع ومن المعلوم أن العلماء المعاصرين على قدر كفاءتهم الفقهية ليسوا ملمين بالعلوم المعاصرة كما كان الفقهاء الأقدمون في عصورهم.

لذا يلزم بحث القضايا المعاصرة بمعرفة مجموعة من العلماء المتخصصين في جميع مناحي القضية، ولا يصلح عالما بمفرده أن يصدر أحكاما في قضية معاصرة إلا بعد تداول الرأي مع بقية العلماء المختصين، وهو دور الجامعات الفقهية في الجامعات والمنظمات الإسلامية.

كما على الفقهاء السهر على تتبع التطورات والتقدم الطبي والتدخل حالما يستوجب الأمر بوضع ضوابط دينية وأخلاقية حتى تتفادى الانزلاقات وتعدي الحدود الشرعية والأخلاقية لمبادئنا وتصطدم بسنة الله تعالى: ﴿... وَلَنْ تَجِدَ لِسُنَّةِ اللَّهِ تَبْدِيلًا...﴾¹.

وعلى سبيل المثال لا الحصر ما أصدره العلماء بالمؤتمر الثالث بعمان عاصمة الأردن من **13** صفر **1407** هـ الموافق لـ **11-16** أكتوبر **1986**م، بعد استعراضه لموضوع التلقيح الصناعي (أطفال الأنابيب) وذلك بالاطلاع على البحوث المقدمة والاستماع لشروح الخبراء والأطباء، وهو ما تعده من قبيل تضافر الجهود بين العلماء والأطباء.

إن طرق التلقيح الصناعي المعروفة هذه الأيام هي سبع طرق:

- أن يجري التلقيح بين نطفة مأخوذة من زوج وبويضة مأخوذة من امرأة ليست زوجته ثم تزرع اللقيحة في رحم زوجته.

- أن يجري التلقيح بين نطفة رجل غير الزوج وبويضة الزوجة ثم تزرع اللقيحة في رحم الزوجة.

- أن يجري التلقيح خارجي بين بذرتي زوجين ثم تزرع اللقيحة في رحم امرأة متطوعة بحلمها.

- أن يجري تلقيح خارجي بين بذرتي رجل أجنبي وبويضة امرأة أجنبية وتزرع اللقيحة في رحم الزوجة.

- أن يجري تلقيح خارج بين بذرتي زوجين ثم تزرع اللقيحة في رحم الزوجة الأخرى.

إن الطرق السابقة الأولى كلها محرمة شرعا ومنوعة منعاً باتاً لذاتها أو لما يترتب عليها من اختلاط الإنسان وطباع الأمومة وغير ذلك من المحاذير الشرعية.

أما الطريقتين التي أكد العلماء أن لا حرج فيهما :

- أن تؤخذ نطفة من الفوج وبويضة من زوجته ويتم تلقيح خارجياً ثم تزرع اللقيحة في رحم الزوجة.

- أن تؤخذ بذرة الزوج، وتحقن الموضع المناسب من مهبل زوجته أو رحمها تلقيحاً داخلياً وقرروا.

1 - سورة الفتح، الآية من 23.

الفصل الخامس أثر الحداثة والعصرنة والمستجدات الطبية على أخلاقيات مهنة الطب

تقدر رأي العلماء والفقهاء أنه لا حرج من اللجوء إليهما عند الحاجة مع التأكيد على ضرورة أخذ كل الاحتياطات اللازمة.

وتمثل هذه القضايا التي يحتاج إليها الإنسان يجب أن تتضافر الجهود بين العلم والدين، بين الأطباء الذين لم يتبين لهم الاستزادة في العلم الشرعي وعلماء الشريعة حتى يكون العمل الطبي يتمشى مع ما تمليه شريعتهم ومرجعيتهم الدينية وأخلاقياتهم.

الفصل السادس : مهنة الطب في الجزائر وأخلاقيات

الطبيب الجزائري

تمهيد

أولا : مهنة الطب في الجزائر .

أ. لمحة تاريخية عن الصحة والطب في الجزائر.

ب. أخلاقيات الطبيب الجزائري.

ثانيا : أخلاقيات الطبيب الجزائري.

أ. المراجعيات الأساسية لأخلاقيات الطبيب الجزائري.

ثالثا : واقع المنظومة الصحية في الجزائر .

ب. تقديم النظام الصحي في الجزائر.

ت. هيكلية النظام الصحي في الجزائر.

رابعا : التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

أ. مراحل التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

ب. هيكلية النظام الصحي في الجزائر.

ت. عرض الخدمة الاستشفائية في الجزائر.

خامسا : إصلاح النظام الصحي في الجزائر

أ. أهداف مشروع الإصلاح وملفاته .

ب. أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها .

خلاصة الفصل

تمهيد:

شهدت الجزائر منذ بداية الثمانينات تقدما ملحوظا ومستمر في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن، وقد تحسن بعض المؤشرات الصحية بشكل سريع منذ بداية التسعينيات من القرن الماضي، حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة، وارتفع متوسط العمر المأمول عند الولادة. وبالرغم من التحسن في المؤشرات إلا أن الأساليب التي كانت قبل سنة 2002، أي قبل مشروع الإصلاح، لتقديم وتوزيع الخدمات وإنفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لم تحقق العائد المستهدف منها، ولذا كان لابد من إعادة النظر في السياسة الصحية، بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات، كان الهدف من إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمان الاستمرارية على المدى البعيد. تهدف دراسة جودة الخدمات الصحية إلى تقديم صورة تحليلية لواقع تقديم هذه الخدمة ومدى جودتها بأوجه متعددة بالاعتماد على بعض الأساليب الكمية والإحصائية، وقد تم تقسيم هذا الفصل إلى مبحثين، فالمبحث الأول يدرس نظرة شاملة لواقع الصحة بالجزائر من خلال التعريف بالخدمات الصحية العمومية، حتى نأخذ فكرة عن المنظومة الصحية في الجزائر وتنظيم النظام الصحي في الجزائر إضافة إلى إصلاح النظام الصحي وأوجه قصوره في الجزائر وطق معالجتها. لتنتقل إلى حالة القطاع الصحي في مدينة سعيدة، وبالتركيز على المؤسسة العمومية الاستشفائية، وهو ميدان الدراسة باعتباره أهم قطاع حيوي في حياة المواطن. لكي يواصل هذا المبحث طرح الإشكالية حول واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، وكيف يمكن تحسين أداء خدماتها من خلال اختيار الفرضية الميدانية حول تبني المفاهيم التسويقية في المستشفى من أجل تحسين جودة الخدمات المقدمة فيه، وذلك من خلال المبحث الثاني الذي جاء شامل لخطوات إجراء الدراسة الميدانية وتحليل وتفسير نتائجها، من خلال استعراض منهجية البحث الميداني، ثم المعالجة الإحصائية للمعلومات، ليتم بعدها تحليل وتفسير النتائج المتحصل عليها.

أولا : مهنة الطب بالجزائر:

لقد تطرقنا في الفصل السابق إلى تاريخ الطب في القديم لدى بعض الحضارات، وسوف نحاول التعرف في هذا الفصل على تاريخ الصحة والطب بالجزائر، منذ مرحلة التواجد الروماني إلى يومنا هذا، هذا من جهة، ومحاولة التعرف على الأشياء التي تحفز الأطباء على العمل وحب المهنة سواء كانت المادية أو المعنوية، وخاصة فيما يتعلق بالبنى التحتية وظروف العمل.

إن المستشفى هو المكان الذي يقدم للمرضى الرعاية الصحية والتكفل الكامل والتام، وهو المكان الذي يتوفر على أكبر عدد ممكن من الآلات والمعدات والأجهزة الطبية اللازمة للعلاج وهو المكان أيضا الذي يحتوي على عدد كبير من الأطباء بمختلف التخصصات والدرجات المهنية وكذا الشبه الطبيين والإداريين وغيرها من العمال، ولا وجود لمكان آخر يوفر كل هذه الظروف للمريض، ظروف العلاج والمأوى وحتى الغذاء في أثناء مدة العلاج ولقد ارتأينا التكلم في هذا الفصل على المستشفى، وذلك نظرا للأهمية التي يكتسبها، كونه المكان الذي يلتقي فيها المريض بطبيبه وهو المكان الذي يؤخذ للأطباء وسائل العمل، التكوين والتدريب، كون مهنة الطب هل علم وتطبيق في نفس الوقت، وهو علم نظري كجميع العلوم الأخرى، له منهجه وموضوعه وقوانينه، وتطبيق كونه يطبق المعلومات الطبية النظرية على المرضى، ومحاولة تغيير حالتهم الصحية من السيئة إلى الجيدة أو حتى الحسنة، وبالتالي الشفاء.

أ. لمحة تاريخية عن الصحة والطب في الجزائر:

1. مرحلة ما قبل الاستعمار:

لم تترك الحضارة الرومانية منطقة تشعب أطماعها وتروي ضمئها، من العالم إلا واستعمرتها وباعتبار الجزائر كانت ومنذ الأزل محل العديد منهم، فقد استولت عليها وجعلتها من أتباعها فدخلت الإمبراطورية الرومانية الجزائر وتركت آثارها والتي بلغت 19 مستعمرة أو مدينة رومانية منها 13 في الجانب و3 في الداخل البلاد¹ ومن المعروف بأن كل حرب وفيها دمار، كل استعمار وفيه

1 - KHIATI (M) : Histoire de la médecine en Algérie de L'antiquité à nos jours, Edition ANEP, Alger, 2000, p22.

هيمنة وسيطرة وظلم، وباعتبار الجزائر مستعمرة رومانية في ذلك الوقت فقد عانت الجوع والعطش والفقر والمرض لأن كل حرب وفيها ضحايا، وما تخلفه الحرب من دمار يتسبب في انتشار الأمراض. ولقد كان هناك نوعان من الطب، طب عسكري وطب مدني، وكانت ممارسة الطب عامة، فالأطباء العموميون في مدن الإمبراطورية كانت تثاب، حيث كانوا يستفيدون هم وعائلاتهم بالإعفاء من الضريبة، وفي المقابل نجدهم مجهزين بعلاج أو فحص مجاني للفقراء، ويؤمنون التعليم للأطفال ولطن بطريقة حرة، كما كانوا مكلفين بالتعليم الذي كان رسمي، هذا التعليم كان يجري باللغة اللاتينية، ويشمل على دروس وتعليم تطبيقي فطالب الطب أو الممتحن، يرافق أستاذه في أثناء فحصه للمرضى أو بما نسميها الزيارة التي يقوم بها الطبيب على المرضى، ونجده عوضه في أثناء غيابه ويستطيع حتى أن يناب من طرف رئيسه في حالة الأوبة¹ في هذه الحقبة التاريخية كان الأطباء يستقبلون مرضاهم في مكاتبهم الخاصة أو قد يلجئون إلى الذهاب إليهم في سرائرهم حيث بعض المرضى هم جد فقراء، ولا وجود للمستشفيات، ولكن يوجد مختلف المؤسسات المخصصة جزئيا أو كليا للمرضى، وفي ذلك الوقت كان يعرف العمل الجماعي ما بين الأطباء حيث كان المرضى يقومون بزيارة عدة أطباء في وقت واحد.²

إن التعليم التطبيقي يشمل على التمرن على إتمام الضمادة، أو إجراء العضد، تحضير المراهم استخدام الحقنة الشرجية... الخ، وكان التكوين الطبي يدوم خمس سنوات³ ونوعية العلاج في ذلك الوقت بلغت مسدد، فالجراحين رغم قلة معرفتهم بالجراحة، إلا أنهم كانوا يستعملون فن الجراحة في العمليات الجراحية، وفي التضميد بكل أنواعه.⁴

إن أطباء ذلك العصر يستعملون لممارسة مهنتهم أدوات برونزية عثر على العديد منها في منطقة "CAESAREA" المعروفة الآن بـ "شرشال" بالإضافة إلى ذلك كانوا يستعينون بأدوات حديدية كالمشرط والمعالجة بالنار أي "الكلي" وبعض الأدوية البسيطة والمركبة.

1 - Ibid, p29.

2 - Ibid, p30.

3 - Ibid, p29.

4 - Ibid, p30.

طب هذا العصر كان متأثراً بالمدرسة الهيلينية أي الإغريقية¹، وبعد ظهور الإسلام وانتشار الرسالة النبوية في أقطار الكرة الأرضية ظهر الطب النبوي، وهو الطب الذي يقوم على بعض الأحاديث والأقوال التي تصدر عن النبي ﷺ وباعتبار الجزائر بلد مسلم اعتنق الإسلام منذ الظهور الأول له، كان الجزائريون في هذه الحقبة الزمنية وحتى يومنا هذا يستعملون الطب النبوي، كطب أساسي يعتمد فيه على الأعشاب الطبية والثمار المذكورة في القرآن وفي الأحاديث النبوية الشريفة "كالجبة السوداء" و "الإسكنجبييل" و "الرمان" و "التين" و "الزيتون" وغيرها... .

ولقد أحصى حوالي 300 حديث في هذا المجال، والذي يعطي مكانة هامة للنظافة والوقاية² فالنظافة من الإيمان والوسخ مصدر كل الأمراض ومنبع للجراثيم، والوقاية خير من العلاج، فلكي نعم بالصحة الجيدة اجتناب ما نهى عنه الرسول ﷺ وأتى به القرآن، كاجتناب الزنا لأنها مصدر كل الأمراض التناسلية والمميتة، عدم أكل لحم الخنزير والمميتة والدم واجتناب شرب الخمر وتناول المخدرات، فكلها هلاك للإنسان.

لقد كانت ممارسة الطب في الجزائر في حقبة ما قبل 1830 أي ما قبل الاستعمار الفرنسي حرة، وكانت في متناول الجميع، حتى منهم الأجانب، حيث زارها ومارس فيها الطب العديد من الأطباء الأجانب (المسيحيين منهم واليهود والعرب) منهم «*ROBER Heirome*» جراح من مدينة "province" (1689-1697)، «*MONIER François*» (1717-1725) جراح كذلك و «*CREST Charles*» (1753-1757) جراح من مدينة "Toulon" وغيرهم كثيرون³ خاصة منهم الأوروبيون الذي ساهموا في إنشاء مستشفيات أوروبية هنا بالجزائر في القرن الخامس عشر حتى القرن السادس عشر، حيث تم إنشاء أول مستشفى أوروبي بالجزائر في سنة 1509 في مدينة وهران من طرف "Xéménés".

وبعد الاحتلال الثاني على مدينة وهران في 06 أوت 1614 تم إنشاء مستشفى ثاني تحت اسم "Saint Bernardin" من طرف "D. Antonio Compoi Morata" في سنة 1756

1 - KHIATI (M), op.cit, p31.

2 - Ibid, p38.

3- Ibid, pp94-95.

في مكان مسجد المدينة، وكان بإمكان هذا المستشفى في سنة 1771 أن يحتوي على 485 مريض أو مجروح بسبب الزلزال الذي مس البلاد.¹

لقد بقيت ممارسة الطب حتى مجيء الأتراك، فعند دخول الأتراك الجزائر بقي الطب يمارس من طرف الأطباء بحرية مطلقة باستثناء بعض الضرائب المفروضة عليهم من طرف "الباشا" أو "الباي" في المدن ومن طرف "القائد" في بعض الدوائر أو المديريات ولقد كان الطب في هذه المرحلة الزمنية مرادف للطب الطبيعي، حيث كان يركز على استعمال النباتات الطبية المنزوعة محليا.

نلاحظ في هذه المرحلة (التركية) أن بعض الدايات والبايات يستدعون الأطباء الأجبيين وهي علامة غياب الأطباء الأتراك، أو البرهنة على عدم كفاءتهم حيث نجد الباشا "بابا علي" سنة 1754 كان طبيبه الخاص جراح فرشي أسير *Captif*، و "صالح" باي قسنطينة في سنة 1771 اشترى طبيباً إيطالياً اسمه محبوب، والمحبوب هي عمله ذلك الوقت.

إن أطباء هذه المرحلة كانوا جد محترمين وكانوا يسموهم "حكيم" أو "عاقل" أو "رشيد" يمارسون مهنتهم في المدينة أو الريف يوم السوق في المدينة.²

2. مرحلة الاستعمار:

كلنا نعلم أن الاحتلال الفرنسي للجزائر كان في سنة 1830، كما أنه كلنا يعلم السبب في ذلك كما يدعون هو "حادثة المروحة" ولكن ليس كلنا يعلم مقولة أو الوعد الذي أطلقه القائد الجنرال *DOURMONT* "في هذه السنة «إني أمامكم وبطريقة رسمية تعهد، وأعدكم فيه بطريقة نهائية وبدون غموض أن مساجدكم وكنائسكم سيحترمون وأن ثقافتكم ستكون دائما ممارسة بحرية كما في السابق...» هو تعهد ألقاه أمام الملاء من الناس لكنه لم يحترمه، حيث لم يمض سنتين فقط من احتلال الجزائر فقد 62 مسجد صدر عليه و 10 منهم دمر، وفي سنة 1865 من بين 132 مسجد في الجزائر من قبل الاستقلال لم يبق منهم إلا 12 مسجدا بالثقافة المسلمة.³

1 - KHIATI (M), op.cit, p92.

2 - Ibid, pp97, 108.

3- KHIATI (M), op.cit, p125.

عند احتلال فرنسا للجزائر ولأول وهلة بدأت تستعمل مع الشعب الجزائري سياسة التفجير وباعتبار هذا الشعب يعتمد بالدرجة الأولى على الفلاحة انتزعت منه الأراضي وهيمنت عليها وجعلته خماسا يعمل في أرضه لفائدة المستعمر فانتشر مع مرور الوقت في أواسط مع هذا الشعب الجهل، الفقر، الضياع والمرض وارتفعت نسبة الوفيات، حيث لا وجود للأطباء ولا الممرضين وإن وجدوا فهم قلة لا يغطون احتياجات كل الشعب، حيث من سنة 1830 وحتى سنة 1837 يوجد إلا 5 مستشفيات في الجزائر بأكملها مستشفى الداي بالعاصمة، مستشفى في وهران، واحد في الدويرة وآخر في مستغانم، وخامس في مدينة قلمة.¹

ونظرا للسياسة المتبعة من طرف الاحتلال الفرنسي على الجزائر ونظرا لقلّة المتخصصين في الطب العرب والدمار ظهرت العديد من الأمراض مس الجزائريون دون الأوروبيون منها "التيفويد"، "السل"، "التيفوس" و"الطاعون" "الكوليرا" وغيرها. ففي سنتي 1861 و 1863 انتشر التيفويد بصورة مذهلة ليمس في سنتي 1867-1868 أكثر من 500.000 فرد جزائري، هذا المرض ينتشر دوريا وفي مراحل محددة وهو في علاقة مباشرة مع الكوارث التي تصيب الشعب، أما مرض "السل" فقد انتشر بطريقة جد مذهلة على حد قول الأستاذ *Valensi* في سنة 1953 أنه أكبر محنة أو كارثة اجتماعية في الجزائر²، لذلك نستطيع القول أو نعترف بأن الأمراض قتلت ما خلفته الحرب الاستعمارية، ومن هنا نستخلص أن مدة العيش بالنسبة للجزائريين يكون ما بين 44 إلى 49 سنة، أما بالنسبة للأوروبيين بين 60 إلى 67 سنة.³

أما التهاب المعدة والأمعاء، الحمى، الملاريا، الكوليرا، يمثلون من أهم الأسباب المرضية والموت عند المستعمرين، ففي مدينة عنابة سنة 1833 من 6704 مريض قاطن بالمستشفى 1526 توفي، وفي 1837 جيش الاحتلال عد 42.067 عسكري سجل منهم المستشفى 53.170 دخل المستشفى و 5.081 منهم توفي، وفي سنة 1831 الحالة المدنية لبوفاريك سجلت 450 ساكن، 17

1 - Ibid, p 147.

2 - AMIR (M) : Contribution à l'étude de l'histoire de la santé en Algérie, Aytur d'une expérience vécue en ALN Wilaya v, Office des publications universitaires, Ben Aknoun, Algérie, pp 47-48.

3- AMIR (M) , op.cit, p 80.

مواليد، 4 زواج¹ و 106 حالة موتى ولكن في أواخر الاحتلال الفرنسي كان التعليم في الجزائر يسيطر بطريقة صحيحة نسبيا، فالتعليم الابتدائي كان عمليا عام فقد بلغ في الجزائر 60 مدرسة ابتدائية في العاصمة و 86 في قسنطينة بعدد 1350 تلميذ في وقت الباي "حاج أحمد" وفي تلمسان حوالي 50 مدرسة، أما التعليم الثانوي فكان مؤكد في المدن الكبرى، حيث كان هناك 7 مؤسسات ثانوية في قسنطينة و 3 في تلمسان، أما التعليم العالي فكان مؤكد ولكن في الزوايا والمساجد الكبرى، والمواد المدروسة كانت عديدة كعلم اللاهوت (الدين)، التفسير، الحديث، الحساب، علم الفلك، التاريخ، علم الأحياء والطب، هذه العلوم كانت مستندة أكثر على الاستدكار أكثر منه على روح التركيب أو خاصية التأليف، وبعدها بدأت الأمور تتحسن شيئا فشيئا، ففي سنة 1905 ثم فتح مدرسة في الطب بالجزائر العاصمة سجل في هذه المدرسة 35 تلميذا أو طالب جزائري، 12 منهم تحصلوا على شهادة ضابط صحة، الذي منه 6 دكاترة و 2 منهم صيادلة، والباقي استبعد باستثناء 3 طلبة أكملوا دراستهم في 1905.

إن فرنسا ليست مهياة بإطارات ولا بخلفية كافية لتضمن نسق صحي صحيح، ففي سنة 1843، عين طبيب مدني لتغطية الساحل، بعدها بستين 18 طبيب مدني كلف في المدن الرئيسية بالجزائر، كان يساعدهم 14 طبيا متمرن ريفي، هؤلاء الأطباء لا يغطون حاجة الشعب الأوروبي وحده، وأنشأ أول مستشفى في مرحلة الاحتلال في حديقة الداوي، بما نسميه اليوم مستشفى باب الواد وهو أول مستشفى مدني.²

وفي سنة 1939 وبعد أكثر من قرن من الاحتلال للجزائر تعد 200 شهادة جامعية، 41 طبيب، 3 مهندسين، وفي نهاية اندلاع الثورة التحريرية بلغ عددهم 1000 متخرج أو حامل للشهادة الجامعية، منهم 354 محامي، 165 طبيب وجراح أسنان وصيدلي، 185 أستاذ ثانوي وحوالي 30 مهندس وتقني سامي والباقي إطارات إدارية وضباط عسكريين، وفي سنة 1956 ثم فتح مدرسة أخرى متخصصة في تكون الممرضين وذلك لتغطية احتياجات جيش التحرير الوطني وضمان العلاج،

1- Ibid, p283.

2- KHIATI (M), op.cit, pp149, 186.

المستوى الدراسي الضروري للتسجيل في هذه المدرسة الشهادة الابتدائية على الأقل، التكوين يشمل صورتين نظرية وتطبيقية التكوين النظري لثلاثة أشهر متابع بتكوين تطبيقي في داخل المستشفيات لمدة 6 أشهر¹ وفي سنة 1959 بلغ عدد المتدربين في جميع الشعب 814 طالب من بينهم 100 طالب متخصص في الطب² ولكن رغم ذلك سجلت الجزائر مقابل طبيب وحد 100 ساكن في فرنسا³ أما في سنة 1961 عدد المتدربين الجزائريين المسلمين 1317 بنسبة 18.1% من بينهم 150 طالب في الطب والصيدلة.⁴

3. مرحلة الاستقلال:

لقد كانت اهتمامات العالم في نهاية القرن العشرين وبداية القرن الواحد والعشرين الصحة حيث أولى لها القسط الكبير من الدراسات، كونها أهم معوقات التطور والازدهار، فإذا أنعم الإنسان بالصحة والعافية. أمكنه تكوير نفسه واحتياجاتهن ولكنه إذا ابتلي بالمرض، فإنه يصبح إنسان معوق مستهلك غير منتج من أجل ذلك حاولت كل بلدان العالم إنشاء منظمة تهم بشؤون الصحة، وبالفعل تم إنشاء هذه المنطقة وهي كما اليوم بمنظمة الصحة العالمية، وهي تضم 57 دولة هدفها الأول توفير الصحة لكل إنسان بغض النظر عن أصله وفصله أو لونه وانتماءاته وأعطت تعريفا للصحة وهو تعريف عالمي سبق ذكره، كما قامت بتجديد حقوق وواجبات الطبيب ومريضه، وقد تبنت في سنة 1948 قسم (يمين) جونييف وهو قسم "أبقراط" وأخرجت منه التزامات الأطباء وهي كالآتي:

- ممارسة مهنتهم بضمير وكرامة.
- احترام الحياة والإنسان.
- احترام المبدأ المقدس للسر المهني.

1 - Ibid, p3.

2 - AMIR (M) , op.cit, p219.

3 - Ibid, p78.

4 - KHIATI (M), op.cit, p177.

- إعطاء علاجه للكل، بدون تمييز.¹

ولكن علينا أن نحذر لكي لا نقع في الخطأ، فصحة البلاد لا تقدير بعدد طوابير المنتظرة

للفحص والعلاج، ولا بأهمية الصيدلية المركزية أو الصحة العامة، وبمجموعة المنتج الصيدلاني ولا حتى بتأهيل الطبيب أو الممرضة، ولكن بالنسب المتفاوتة التي نسجلها في موت الأطفال، وعدد المعوقين جسديا، وعدد أيام البطالة، العطل المرضية ومدة أو طول العمر وغيرها.²

ففي نهاية الستينيات وبداية السبعينيات، وباعتبار الجزائر دولة حديثة الاستقلال نجدها قد

عانت الكثير في هذه المرحلة، حيث كانت تعاني من قلى ونقص من كل الجوانب السياسية

والاقتصادية، الصحية، الثقافية... الخ، والإطارات التي تم تكوينها في مرحلة الاستعمار ليست كافية

لبناء دولة بمعنى الكلمة، لذلك كان لزاما عليها استيراد بد عاملة أجنبية، خاصة منها المعلمين والأطباء.

وما إن حلت العشرية الثالثة أي مرحلة الثمانينيات حتى أصبحت الجزائر في مقدورها

الاعتماد على يد عاملة جزائرية محضنة من معلمين وأساتذة، أطباء وحمامين وحتى إطارات إدارية

وسياسية. وبدأت الأمور تتحسن شيئا فشيئا، حتى تم تسجيل نسب مذهلة في مرحلة التسعينيات

فانعدام الحرب والكوارث ووفرة المياه الصالحة للشرب والنظافة أدى إلى قلة المرض ونقص في الوفيات

وارتفاع في المواليد بنسب جد جيدة حتى أصبحت الجزائر تعاني من نمو ديموغرافي. لتصل نسبة النمو

في العشرية الخامسة للاستقلال وبالضبط في سنة 2004 إلى حوالي 32.364.000 فرد وفي سنة

2005 حوالي 32.906.000 فرد. أما النسبة الإجمالية للمواليد فقد بلغت في سنة 2004

بـ 20.67% و 21.36% في سنة 2005. ونسبة الوفيات الإجمالية فقد بلغت 4.36% في سنة

2004 و 4.47% في سنة 2005. هذا بالنسبة لنمو السكان، أما بالنسبة للتعليم هو الآخر قد

سجلنا فيه ارتفاع مذهل.

1 - AMIR (M) , op.cit, p288.

2 - Ibid, p243.

إذن لقد شهدت الجزائر انتعاشا كثيرا مس جميع المجالات من اجتماعيا، اقتصاديا، ثقافيا سياسيا وحتى صحية، إذا نجدها تحتوي في الوقت الحالي في مخطط الصحية على 13 مركز استشفائي جامعي *CHU*، بقدرة استقبال قدر بـ 13.087 سرير، 31 مؤسسة استشفائية متخصصة *E.H.S* بقدرة استقبال تقدر بـ 6416 سرير و 187 مستشفى محلي في 185 قطاع صحي أما العيادات الخاصة فيتجاوز عددها حاليا المائة، وهو يمثل قدرة استقبال تقدر بـ 1896 سرير فقط والذي يمثل نسبة 3% لسنة 2002.¹

لقد سجلت الجزائر حتى 2001/12/31، 497 عيادة أو قطاع صحي و 1252 مركز صحي و 3964 قاعدة علاج، هذه البنى التي تمثل القطاع الصحي العام نجدها مدعمة بـ 504 مركز صحي اجتماعي وبأكثر من 5000 عيادة صحية خاصة و 3000 عيادة أسنان و 4000 صيدلية²، هذه البنى وضعت تحت تصرف كل فئات المجتمع الفقيرة منها والغنية يخدمهم في ذلك مجموعة كبيرة من العاملين كالأطباء والممرضين والشبه الطبيين والإداريين وجميع الإطارات الإدارية والتقنية. أما المستخدمين الشبه الطبيين فقد بلغ عددها 48755 ممرض متخرج ذو شهادة دولة و 26655 ممرض تكميلي (*Brevetés*) و 10433 مساعد شبه طبي³ هذا وقد ارتفعت نسبة الأطباء في الجزائر سنة 2003 حيث نجد عددهم قد وصل في سنة 2002 إلى 23967 طبيب و 24883 طبيب في سنة 2003، أما عدد أطباء الأسنان فقد بلغ 4871 طبيب أسنان في سنة 2002 و 4847 طبيب أسنان في سنة 2003، أما عدد المستخدمين الطبيين الإجمالي فقد بلغ حوالي 29041 مستخدم طبي في سنة 2002 و 22933 مستخدم طبي في سنة 2003، هذا بالنسبة للقطاع الصحي العام، أما القطاع الصحي الخاص فقد بلغ عدد الأطباء فيه سنة 2002 بـ 11401 طبيب و 11464 طبيب في سنة 2003، وعدد أطباء الأسنان 3747 طبيب أسنان في

1 – *Revue : Mobilités internationales et VIH/Sida en Algérie, Etude en Algérie étude qualitative approche exploratoire de type ethnosociologique, Rapport final, Décembre 2003, p43.*

2 – *Ibid, p43.*

3 – *Ibid, pp 43-44.*

سنة 2002 و 3804 في سنة 2003 والعدد الإجمالي للمستخدمين الطبيين في القطاع الخاص بلغ 20143 مستخدم طبي في سنة 2002 و 20790 في سنة 2003.¹

إذن لقد ازداد عدد المستشفيات والمراكز الصحية العامة والخاصة، وازداد عدد الأسرة فيها بعدد مذهل بعد الاستقلال فتعددت التخصصات الطبية وجهزت هذه المستشفيات بالآلات والمعدات المتطورة والحديثة، لمحاربة الأمراض العصرية والخطيرة وهذا ما يسمح بالتدريب الجيد للطلبة الأطباء أو ما نسميهم أطباء المستقبل.

ب. تطور المستشفى عبر التاريخ:

1. الملامح الأولى للمستشفى:

لقد لت الحضارات المبكرة على أن هناك أمراضا قديمة قدم التاريخ، فالحضارة الآشورية الفرعونية والهندية والإغريقية اعتبرت هذه الأمراض من عمل الشياطين، فبذت المريض وجعلته في الهامش مكونه تسبب في إغضاب الآلهة فعاقبته، وبقي هذا الاعتقاد سائدا حتى القرن الرابع قبل الميلاد عند ظهور الطبيب "سقراط" اليوناني، الذي وضع أساسيات الطب عندما اعتمد على المنطق واعتبر أن الأمراض هي نتيجة خلل أصاب الأعضاء، وليس من عمت الشياطين، وقد قام بعلاج مرضاه في غرفة مغلقة، وكان يراقب العمليات الحيوية والأعراض المرضية، التي تظهر عليهم، وهذا يشبه إلى حد ما العيادات الحالية، وحتى إلى عهد أبقرات لم يكن هناك ذكر للتمريض، بل كان الطبيب يقوم بعمله بمساعدة ذوي المريض من النساء والخدم، والقابلات من النساء فكانت مهنة متوارثة عن العائلة أما طبيب النساء فلم يكن له ذكر حتى القرن 17م.²

إذن لم تكن المستشفيات معروفة في العصور القديمة، حيث عند استعراضنا لتاريخ الطب في هذه الحقبة الزمنية خاصة الحضارات العريقة منها كالحضارة الفرعونية والإغريقية والبابلية، لا حظنا بأنه لم يكن مكان مخصص في هذه الحضارات لمعالجة المريض، فغالبا ما كان يعالج في المعابد ومن قبل كهنة ومشعوذين.

1 – ONS (office national des statistiques), Avril 2006.

2 – عماد الخطيب، العبد عبد القادر العكايلة، عبد المجيد الشاعر، مبادئ في التمريض، أطه مديرية المكتبات والوثائق الوطنية، عمان، الأردن، 1988، ص6.

لقد كانت المستشفيات في العصور الوسطى وفي ظهورها الأول تسمى "بيمارستان" هذه الأخيرة مركبة بأصل فارسي تعني "دار المرض حيث "بيمار" تعني "مريض" و"ستان" تعني "دار" ¹ وبذلك كلمة "بيمارستان" يدل على المكان الذي يلتقي فيه المرض والعلاج من طرف أناس مؤهلين. ²

أما مدلولها كمصطلح ومضمونها فقد استخدمت للدلالة على دور التطبيب وتعليمه في الدولة الإسلامية منذ العصر الأموي بتأسيس أول بناء "مارتاني" ذي نظام طبي وإداري مستقلين (88هـ/607م) حتى القرن التاسع عشر، حتى تحول مدلول هذه الكلمة تدريجيا ليقصر على دور الحجز على المجانين والمعوقين. ³

ولدى البحث في تاريخ المستشفيات نجد بأن قسما من المؤرخين يعتبرون الطبيب اليوناني "أبقراط" أول من أنشأ المستشفى في شكله البدائي، وهو أول من وضع قواعد وأصول منهجية وغذائية، وذلك بأنه أقام بالقرب من داره في موضع من بستان كان له موقعا مفردا للمرضى وجعل فيه خدما يقومون بمداوراتهم، والقسم الآخر يرى بأن الرسول ﷺ هو أول من بني مستشفى حربي في شكله البدائي على شكل يتم فيها مداواة الجرحى ⁴، فالخيمة التي نصبت "لرفيدة الأسلمية" في غزوة الخندق بجوار خيمة الرسول ﷺ يمكن اعتبارها بمثابة مستشفى ميداني صغير. ⁵

وبعد ظهور الديانة المسيحية تغيرت الأوضاع نوعا ما، حيث بعد أن كان يرى أن المرض ظاهرة غير طبيعية يعود سببه إلى وجود قوى غير مرئية كالأرواح الشريرة، ذلك أن المسيحية ترى بأن المرض مشيئة إلهية، لهذا عندما يقوم أي شخص بخدمة المريض فهو بالحقيقة يخدم الله، وهذا يساعد

1 - خوام محمد نزار، مرجع سابق، ص75.

2 - JACQUART (D) & MICHEAU (F) : *la médecine arabe et l'occident médiéval*, Edition Maisonneuve et la Rose, Paris, 1998, p244.

3 - سليم الحسنية، من البرمستان إلى المستشفى، دراسة تحليلية مقارنة للنظام الإداري، منشورة وزارة الثقافة، دمشق، سوريا، 1998، ص9.

4 - عامر النجار، المرجع السابق، ص34، 37.

5 - خوام محمد نزار، المرجع السابق، ص75.

في النهاية على التخلص من الخطايا وإنقاذ الروح من، ولهذا فقد تميزت المستشفيات في مطلع الديانة المسيحية بالتركيز على الناحية الإنسانية أكثر منها على الناحية العلاجية.

ويعود أصل إنشاء المستشفيات في أوروبا خاصة في فرنسا إلى "المأوى" *Hospice* الذي كان يقيمه رجال الدين للحاج والمسافرين والذي تحول بعد الثورة الصناعية سنة 1770م إلى مؤسسات عامة أو خاصة معدة لاستقبال وإطعام الأيتام واللقطاء والعجزة ذوي العاهات والأمراض، والأمراض المستعصية، والمعنى القديم (1101-1675) لكلمة *Hospital* في اللغة الفرنسية والمجتمع الفرنسي يدل على مؤسسة خيرية للضيافة، ومن مرادفاتهما " *Hospice* " "المأوى" *Asile* " "الملجأ" حيث يعني هذا الأخير مستشفى المجانين.¹

ولقد أنشأ في فرنسا أول مستشفى عام 1656م، وكانت مهنته الحجز على الفقراء والمتسولين وفي السنوات العشر الأولى للثورة الفرنسية 1879م، دجحت المستشفيات والملاجئ وعهدت إدارتها إلى المجلس العام لإدارة الملاجئ في باريس، ولم تكن مهمة البيمارستانات قاصرة على مداواة المرضى، بل كانت في الوقت نفسه معاهد علمية ومدارس لتعليم الطب، وتخرج الأطباء من معظم الاختصاصات المعروفة اليوم، ولم يظهر جليا بأن من أهداف البيمارستانات التجريب والبحث العلمي، ولكن هذا الهدف كان موجودا ويمارس بشكل علمي.²

أما في العالم الإسلامي فأول مستشفى أنشأ في عهد "هارون الرشيد" في بغداد (809/786هـ)³ والبعض الآخر يذهب إلى القول أن أول ييمارستانات أنشأ في الدولة الإسلامية كان أيام "الوليد ابن عبد الملك" وعلى الرغم مما يذكر من أن أول ييمارستانات أنشأ في الديار الإسلامية هو في عهد "الوليد ابن عبد الملك" وذلك في دمشق عاصمة الأمويين، فإن البيمارستانات الشهيرة والتي ذاع صيتها وبقيت آثارها فترة طويلة من الزمن أتت في فترة ازدهار الحضارة الإسلامية العربية أي بدء العصر العباسي، حيث نجدها وقد انتشرت في حواضر الدولة الإسلامية في بغداد

1 - سليم الحسنية، المرجع السابق، ص11.

2 - سليم الحسنية، المرجع السابق، ص11.

3 - خوام محمد نزار، المرجع السابق، ص16.

ودمشق والقاهرة...¹

ولقد اتبع في البيمارستانات نظام المرور على المرض لتفقد أحوالكم ومتابعة حالاتهم حيث يمر رئيس الأطباء وبصحبه الأطباء فيقوم بإعطاء الأوامر بكل ما يحتاجه المريض من دواء وغذاء وعناية طبية، أما النظام المتبع في فحص المرض هو أن يتخذ الطبيب مكانة على دكة مرتفعة في قاعة التشخيص ويتحلق حوله مساعده وطلبتة، حيث يقوم بفحص المريض لتشخيص الداء مستعينا بالأعراض الواضحة على جسم المريض وعلى كلامه، وكان الأطباء يتناوبون العمل في البيمارستانات، بما يماثل لما هو معروف الآن بالدوريات (المنوبات) وكانوا يبيتون عند المريض ليلا يراعون شأنهم. وكان العمل فيها منظما إلى حد كبير ويشبه في كثير من نواحيه أرقى المستشفيات الحديثة وكانت تقسم إلى قسمين متناظرين أحدهما للمرض والآخر للمريضات، وكل قسم يحتوي على عدد من القاعات، حسب نوع المرض، كما أن هناك قسم خاص لصرف الأدوية يعمل بها الصيادلة ويقوم بالعمل في هذه الأقسام الأطباء المختصون في فروع الطب المختلفة كالباطنيون والجراحون والمجربون والكحالون (طب العيون) وغيرهم، ويرأس كل مجموعة من هؤلاء المتخصصين رئيس يكون الحكم في مجموعته وهو الذي يأذن لهم بالعمل ويوزع عليهم الأعباء، ويخدم كل قسم عدد من الخدم والعاملين في النظافة، ومن يقومون بالتمريض الذين يشرفون على خدمة المرضى وإطعامهم وتقديم العلاج لهم. وأثناء الظهور الأول للمستشفى نجده كان لا يقتصر على دوره في المعالجة والتطبيب فقط بل كانت مستشفيات جامعية بحق كانت بمثابة نظام مكتمل للتدريب والتدريس في العلوم الطبية المختلفة وذلك عن طريق التحاق الطلبة بالأطباء وبصورة خاصة رئيس الأطباء حيث يرافقه في فحص المرضى وتشخيص دوائهم وفي الزيارات للمرضى، كما كانت تعقد اجتماعات علمية موسعة لدراسة الحالات المرضية وبصورة خاصة تلك المعقدة منها²، ولأجل هذا اعتبر المستشفى لدى الكثير من العلماء والباحثين مكان للعلاج وفي نفس الوقت مدرسة³، لتعليم وتدريب العاملين فيها من

1 - خوام محمد نزار، المرجع السابق، ص76.

2 - خوام محمد نزار، المرجع السابق، ص76.

3 - FAUCAULT (M) : Naissance de la clinique, Quarduge, PUF, Parise, 4eme édition, 1994, p68.

أطباء وممرضين وشبه طبيين.

إذن لقد كانت المستشفيات في بداياتها الأولى بسيطة، لا تحتوي لا على تخصصات ولا على وسائل طبية متطورة ومتنوعة، ومع مرور الزمن بدأت تتطور شيئا فشيئا حتى وصلت إلى ما هي عليه الآن من تخصصات مختلفة عديدة ومتنوعة إلى أجهزة طبية ضخمة ومتطورة، ففي عصر النهضة الأوروبية تم اكتشاف المجهر من "فان ليفن هوك" *Van leeuwen Hoek* الذي ساعد وساهم في تطوير الطبي وذلك بمعرفة نوع الجراثيم التي هاجمت جسد المريض وبالتالي إيجاد الدواء المناسب لها. ضف إلى ذلك تطور علم الكيمياء في مطلع القرن 20 الذي ارتقى بالطب إلى أقصى مراتبه فبعد أن كان طب شعبي يعتمد على الأعشاب الطبية كدواء طبيعي، انتقل إلى طب عصري حديث خاصة بعد اكتشاف دواء البنسلين من طرف العالم *ALEXADER Feleming* والذي أصبح فيما بعد من أكثر المضادات الحيوية المستخدمة لحد الآن، وخاصة في إجراء العمليات الجراحية بالمستشفيات.

ومما لا شك فيه أن المستشفى الحديث بالمفهوم المعاصر لم يصل إلى هذا المستوى من الرقي والتقدم والازدهار إلا نتيجة التعديلات والابتكارات والتطورات التاريخية التي طرأت على وضع وحالة المستشفيات على مر العصور ومنذ الظهور الأول لها، فكانت هذه المستشفيات ومؤسسيها حجر الأساس للمستشفى الحديث إضافة إلى الاكتشافات العلمية في مجال الطب التي ظهرت بظهور الثورة الصناعية والتي بدورها ساهمت في تجهيز المستشفيات بالمعطيات الطبية المتطورة والأجهزة الحديثة والتي أدت إلى تطوير الطب وتكوين الأطباء تكوين يتماشى وأمراض العصر تكوين يحقق أكثر رفاهية وراحة وشفاء للمريض.

2. المستشفى الحديث:

مع تطور البشرية تطورت وسائل العلاج وطرقها، وأصبح المستشفى يلعب دورا كبيرا في منع انتشار الأمراض في المجتمع خاصة مها الوبائية وذلك بما تقدمه وحدات رعاية الأمومة والطفولة والتبليغ عن الحالات والتحصين ضد الأمراض العقلية، فالخدمات التي تقدمها المستشفيات من الناحية الوقائية تكون واضحة أكثر من الأشياء التي تكون طبيعتها الأساسية من الأعمال الوقائية

البحثة، مثل صحة البيئة، وتقوم المستشفيات أيضا بجوانب معينة من الوقاية من الاكتشاف المبكر للأمراض التي تعتبر من صميم الأعمال الوقائية.¹

فالمستشفى هو المكان الذي يقدم للمريض مهما كانت علته الرعاية الصحية الشاملة بما فيها التشخيص والعلاج والتأهيل والخدمة التمريضية، إضافة إلى الخدمة والإقامة والإطعام خلال فترة المرض.²

وإذا تفحصنا جيدا في أوضاع مستشفيات الحضارات الوسطى والقديمة نلاحظ أنها تتلقى سمات المستشفيات الحديثة في الكثير من المهام والوظائف، فبالإضافة إلى مهنة علاج المرضى وإيوائهم نجدها تقوم بتدريب وتعليم العاملين في المجالات الطبية، فالأطباء والمرضى والمساعدين الطبيين والشبه الطبيين.³

ففي البداية كان ينظر للمستشفى على أنه المكان المختص لتقديم نوعية واحدة فقط من الخدمات ألا وهي الخدمات العلاجية ثم اتسع نطاق هذا المفهوم لكي يشمل إلى جانب الخدمات العلاجية كل من الخدمات الوقائية والتعليمية والتدريبية، وبذلك يكون قد تم إغفال العديد من الخدمات الهامة التي تقدم حاليا من خلال المستشفى مثل الخدمات البحثية، وما يترتب عليها من نتائج يمكن الاستفادة منها في تطوير كفاءة نظم العمل، ورفع مستوى الخدمات الصحية التي يتلقاها المرضى فيما بعد، هذا إلى جانب الخدمات الاجتماعية كنزويد المعوقين بالأجهزة التعويضية والخدمات الترفيهية كإقامة حفلات للمرضى وتنظيم رحلات للعاملين في المستشفى والخدمات الهندسية والأخصائية والتأهيل المهني والإرشاد والتثقيف الصحي.⁴

ولقد قامت منظمة الصحة العالمية على تعريف المستشفى أنه «ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي

1 - زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات الصحية، 1، دار الحامة، عمان، الأردن، 1998، ص 186.

2 - عيسى غانم، المرجع السابق، ص 30.

3 - إقبال محمد مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات التطبيقية، دار المعرفة الجامعية، 1991، ص 131.

4 - عليوة السيد، إدارة الأزمات في المستشفيات، ط 1، دار الأتراك، القاهرة، مصر، 2000، ص 80.

والوقائي للمواطنين، ويصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية»¹، وبناء على ذلك يمكن تعريف المستشفى على أنه «نظام كلي يظم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية المعاونة، ونظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية، وتتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب، وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والباحثية للدارسين والعاملين في المجال الطبي»². وباعتبار المستشفى كمؤسسة علاجية ذات طابع إداري تعتبر كمنشأة بيروقراطية تظم مجموعة كبيرة من مراكز القرارات³، فهي تتركب من عدة جماعات الفاعلين كجماعة الإداريين المسيرين، الأطباء المستخدمين الشبه طبيين، المستخدمين غير الطبيين، كل من هذه الجماعات الفاعلين مهياً بأقل أو أكثر المعلومات وقدره لهذه الوظائف⁴، كما أنه أي من المستشفى منذ ظهوره، وهو يقدم خدمات عديدة ومتعددة في المجتمع والتي تطورت مع تطور حياة الأفراد وحياتهم وحتى عدد الأمراض ونوعها نجده يوفر للأطباء والعاملين به التدريب على طريقة العلاج فالأطباء يصادفون يوميا الكثير من الحالات التي تزور المستشفى طالبة العلاج، فهم في هذه الحالة يقومون بعلاج المريض وفي نفس الوقت التعليم والتدريب على كيفية العلاج.

إن معظم المستشفيات تقوم بشكل وآخر بوظيفة التعليم والتدريب للفئات المساعدة بالإضافة إلى مدارس التمريض الملحقه بالمستشفيات العامة، والمستشفى نفسه هو المكان الطبيعي للتعليم لمدارس التمريض وكذلك لتدريب خريجي المعاهد الصحية والأطباء الجدد، ويقوم المستشفى بثلاث أنواع من البحوث: البحوث العلمية الأكاديمية، البحوث التطبيقية، البحوث الميدانية، وبناء على ما تقدم فإن المستشفى من أكثر الوحدات الخدماتية التصاقا حقيقيا بالجمهور فالفرد العادي قلما يزور مركز شرطة أو وحدات أحداث اجتماعية، ولكنه يزور حتما إحدى المستشفيات في فترة ما

1 - نفس المرجع، ص71.

2 - نفس المرجع.

3- BEJEAM (S): *Economies du system de Santé du marché à L'organisation, Economica, paris, 1994, p61.*

4 - Ibid, pp213-214.

من عمره، ويطلع على ما يحدث فيها، ويحس بنوعية تنظيمها ومدى تحقيقها للأهداف، هذا إلى جانب أن أعدادا من المواطنين تتصل بالمستشفيات اتصالا مباشرا وتؤثر فيهم إدارة المستشفى تأثيرا بدنيا ونفسيا أو ماليا، فبجانب ما تستقبله المستشفيات من المرضى سنويا، نجد بأن الكثير من المواطنين يتصلون بالمستشفيات كزوار لهؤلاء المرضى أو مرافقين لهم.¹

وعلى الرغم من اعتبار المستشفى هو المنفذ الهام لتقديم الخدمات للمواطنين، فلا بد من تحديد التخطيط الهيكلي داخل المستشفى بنجاح، كأن يكون مثلا مكتب للطبيب بالقرب من صالات (غرف) المريض... لذلك يجب تحديد مكان تقديم كل خدمة من الخدمات بحيث يكون مناسباً للمريض والأطباء وجهاز التمريض، فاستراتيجية المكان المصمم جيدا والمبنية على معلومات تسويقية يمكنها أن تحسن إلى حد كبير من قدرة المستشفى على تقديم الخدمات المطلوبة، فحركة الدعاية العائلية ورعاية المرضى، ومراكز خدمات الإسعاف وخدمات الطوارئ، وبرنامج التدريب بالمدارس وبرنامج التغذية ومكاتب الأطباء القريبة من المستشفى وبرنامج التطوع كلها أمثلة لمجالات تتخذ منها قرارات الخدمة الصحية في المكان الصحيح.²

إن أسس اختيار مواقع المستشفيات الحديثة من الناحية العلمية والنظرية يخضع إلى عدة

عوامل صحي وفنية واجتماعية واقتصادية وتقنية والتي نذكر منها كالاتي:³

✓ يجب أن يكون المستشفى في متناول الأفراد في منطقة الخدمة لسهولة الوصول إليه، وأن يكون قريبا من مصادر التوريد للتقليل من التكاليف التشغيلية، بجانب بعده عن أماكن التلوث والضوضاء.

✓ يستحسن أن يكون مرتفعا بعض الشيء عن سطح الأرض لتأمين تصريف طبيعي لمياه السيول والأمطار.

✓ أن يسمح للمساحة التي يقوم عليها بالتوسعة المستقبلية فضلا عن التشجير الذي يعطي صورة جمالية تتيح جوا نفسا مريحا للمرضى والعاملين فيه على حد سواء.

1 - زكي خليل المساعد، المرجع السابق، ص 187.

2 - زكي خليل المساعد، المرجع السابق، ص 185.

3 - حسان محمد نذير خريستاني، المرجع السابق، ص 73، 77.

✓ أن يكون المستشفى ملائماً للاستفادة من أشعة الشمس للإنارة، فضلاً عن شروط الإنارة الصناعية وتكييف المبنى.

✓ توجيه غرف المرضى وحالات الخدمة والمعالجة نحو أكثر الجهات مناسبة (شمال، جنوب شرق، غرب).

ولكن ليست العبرة بعدد المستشفيات ومواقعها وتنظيمها فقط، بل ينبغي أن تكون هذه المراكز مزودة بالإمكانات المادية التي تمكنها من تقديم خدمة عالية الكفاءة، إذ ينبغي أن تكون مزودة بالوسائل المختلفة للعلاج والتي تناسب مختلف فئات المستفيدين والموارد والأجهزة ووسائل الرعاية الصحية إلى جانب القوى البشرية اللازمة.¹

ولقد دعت منظمة الصحة العالمية إلى الاعتماد المكثف على الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات في ظل إستراتيجية الصحة للمجتمع والخدمة الصحية المتكاملة، ووحدات الرعاية الأولية وعدم تجزئة الرعاية الصحية إلى علاجية ووقائية كمدخل وحيد للخروج من الأزمة في ظل الأوضاع الصحية الراهنة في العالم الثالث.²

وقد لاحظ الخبراء بأن المستشفيات والمراكز الصحية أو العيادات الخاصة غالباً ما تقام في الدول النامية في الأحياء الحديثة والراقية من المدينة عن الأحياء المزدهمة وأطراف المدن المكتظة بالسكان، ويمثل هذا صعوبة بالغة في الوصول إلى المنشآت الصحية بالنسبة للأغلبية العظمى من السكان، ويؤدي تكدين الطلب على هذه المنشآت إلى ازدحام هائل إلى أنها تصبح على حد قول الخبراء "مكان يتم فيه تبادل الأمراض المعدية بين الأطفال".³

ومن الأهداف الأساسية خدمة المريض ومداواته، وتكون هذه الخدمة من خلال ثلاث وحدات أساسية وهي:⁴

1 - زكي خليل المساعد، المرجع السابق، ص204.

2 - سليم الحسنية، المرجع السابق، ص28.

3 - نفس المرجع، ص30.

4 - عيسى غانم، المرجع السابق، ص30.

-وحدات العيادة الخارجية : حيث يتم التشخيص والعلاج خارج المستشفى ويدعى المريض آنذاك المريض الخارجي.

-وحدة الأقسام والشعب الداخلية : حيث يتم تشخيص المرضى وعلاجهم ضمن المستشفى ويدعى المريض آنذاك المريض الداخلي.

-وحدة الإسعاف: هذه تستقبل الحالات الإسعافية على مدار اليوم لتقديم الخدمة الضرورية سواء كانت آنية أو مستمرة، ويدعى المريض آنذاك المريض الإسعافي.

إذن لقد أصبحت المستشفيات في عصرنا الحالي مركزا لتنمية قدرات العاملين بها من أطباء وشبه طبيين وممرضين ذلك بما تتوفر عليه من وسائل تقنية وطبية هامة وضخمة تساهم في إمكانية تدريبهم وتعليمهم هذا من جهة، ومن جهة أخرى أصبحت من أهم المراكز التي يلجأ إليها المريض خاصة في حالة ما إذا كان المرض وبائي أو من الأمراض المزمنة الخطيرة المستعصية، وبذلك أصبحت هذه الهياكل الصحية سواء الخاصة أو العمومية تحتل مكانة هامة في المجتمع، حيث الأطباء العموميون لهم دور الاهتمام بالأمراض غير الخطيرة، يعود لها القرار في إدخال المرضى إلى المستشفى¹. إذن يعتبر المستشفى من المنشآت الهامة في المجتمع الحديث، حيث يولي تقديم مزيج متنوع من الخدمات العلاجية والوقائية والتعليمية والتدريبية والبحثية، ويساهم بذلك في رفع المستوى الصحي للبلاد، ومن ثم توفير الظروف المناسبة لتحقيق الأهداف الإنتاجية والاقتصادية بمستوى كفاءة مرتفع، ولذلك أصبح الإنفاق على الخدمات الصحية بمثابة إنفاق استثماري في الإنتاج حيث من الأهداف الاقتصادية للعلاج تحويل المريض غير المنتج إلى مواطن سليم منتج يضيف بمجهده إلى الإنتاج القومي، ويتغير المفهوم العلمي للمستشفى من حين لآخر نظرا لما يستجد له من وظائف، ومن خلال كل هذا نستطيع تلخيص أهداف المستشفى كالتالي:

- تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب حتى تتحسن حالته.

- تدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية المتعلقة بالعاملين في التخصصات المختلفة داخل المستشفى وذلك لاكتساب مهارات جيدة.

1 - LABORDETTE (A), op.cit, p57.

- يساهم أيضا المستشفى في تدعيم البحوث الإدارية والتي تتسم بالتعدد والتنوع تبعا للأقسام والتخصصات غير الطبية في المستشفى مثل البحوث المالية والبحوث الخاصة بالعاملين وتلك الخاصة بالشراء والتخزين والصيانة والمفاصل وشؤون المبنى.¹

- علاج الأمراض المعروفة بأنواعها كافة ومجانا.

- تقديم الأدوية والأشربة للمرضى وتأمين إقامتهم وإطعامهم وتمريضهم.²

بالإضافة لما تقدم توجد بحوث يشترك فيها فرق من الإداريين والأطباء وتخصصات أخرى في المستشفى كتلك التي تتعلق برعاية المرضى وتساهم البحوث الطبية والإدارية التي تتم في المستشفيات في تحقيق العديد من المزايا أهمها خلق مناخ مناسب للعمل داخل المستشفى وشعور العاملين باهتمام الإداري بكل جديد ومفيد فيما يتعلق بالخدمات المقدمة من المستشفيات للمجتمع المحيط به.

مما تقدم نقول أن المستشفى الحديث كالتب طب الحديث يتميز بدرجة عالية من التخصص الدقيق، فلم يعد الطب قاصرا على الطب الباطني وطب العيون وطب الجراحة بل أصبحنا اليوم نجد تخصصات وأكثر تخصصا فانقسم الطب إلى فروع وتخصصات.

ثانيا : أخلاقيات الطبيب الجزائري:

أ. المرجعيات الأساسية لأخلاقيات الطبيب الجزائري:

1. الشريعة الإسلامية:³

وهي ما شرعه الله لعباده عموما من أحكام وقواعد ونظم لإقامة الحياة العادلة وتصريف مصالح الناس وأمنهم في العقائد والعبادات والأخلاق والمعاملات ونظم الحياة، في شعبها المختلفة لتنظيم علاقة الناس برهم وعلاقاتهم ببعض بعض، وتحقيق سعادتهم في الدنيا والآخرة، فمن يحقق هذه الكليات أو يقترب منها من الأطباء أو غيرهم فهو على شريعة الله بصرف النظر عن هيوته ونوع انتمائه حالته يحاسب الناس على الأعمال والنيات.

1 - عليوة السيد، المرجع السابق، ص17.

2 - سليم الحسنية، المرجع السابق، ص28.

3 - د. حامد الرفاعي، كتاب شركاء ولا أوصياء، 1، 1997، دار النهضة، بيروت، لبنان، ص95.

ولقد جعل الطبيب المسلم الجزائري الشريعة مرجعية ذات دلالة موسوعية تتسع لكل جهدا إيجابيا يبذل في مهنته، ويستثمر مكنوناتها لصالح حياة الإنسان وكرامته، وتتسع لكل ما يحقق للإنسان صحته وغذائه وأمنه واستقراره، وذلك إيماناً بالأطباء أن الشريعة الإسلامية مع كل جهد بشري يبذل لبناء المجتمعات وتنظيم نشوات الناس، وتصريف مصالحهم، فهي لا يخس جهود الآخرين ومهاراتهم وارتقائهم في بناء مجتمعاتهم، وليس هي ناسخة - كما يظن البعض - لإبداعاتهم ومهارتهم الحضارية، كما تدعوا الشريعة إلى عمل جماعي للنهوض معا بمهمة التكيف الرباني المشترك لحفظ هذا الإنسان وما يحيط به.

ولقد عرفها الدكتور حامد الرفاعي¹: كما يعتبرها الإضاء في الإسلام هي انتظام شؤون الحياة وتصريف مصالح الناس وإقامة العدل بينهم، وهو ما يأتي في سياق قيم الإسلام ومبادئه التي تدعوا إلى عمارة الأرض وإقامة الحياة الحرة الكريمة الآمنة... وهي تجسيد فعلي لعمل الطبيب عملا بالقاعدة الذهنية التي تقول «حيثما تكون المصلحة فثم شرع الله»، فالشريعة ملازمة لعمل الطبيب ملازمتها لمصالح الناس وحفظ أنفسهم، فمصلحة الإنسان في أمنه العقلي، وفي أمنه الديني، وفي أمنه الحياتي، وفي أمنه الصحي، وفي أمنه الأخلاقي، وفي أمنه الاجتماعي، كل ذلك من مهام الشريعة ومن كليات مقاصدها الجليلة كأهم مرجعي أساسي للطبيب المسلم عموما.

أن الطبيب الجزائري جعل الشريعة أحد أهم أسس مرجعيته الأخلاقية بمعناها الواسع الذي يحث على أنها الطريق المستقيم القويم وذلك امتثالا لقوله تعالى: ﴿ثُمَّ جَعَلْنَاكَ عَلَىٰ شَرِيعَةٍ مِّنَ الْأَمْرِ فَاتَّبِعْهَا وَلَا تَتَّبِعْ أَهْوَاءَ الَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ﴾².

أي جعل نفسه على طريقة مستقيمة وواضحة من أمر الله في ممارسته لهذه المهنة النبيلة.

كما اقتبس منها القوانين التي تساعده على تطبيق مهنته وجعلها على نوعين:³

- القوانين الربانية، مقدسة وثابتة.

1 -

2 - سورة الجاثية، الآية 18.

3 - كتاب شركاء ولا أوصياء، المرجع السابق، ص 107.

- والقوانين الاجتهادية ، ما يسمى بقانون وضعي فهي عرضة للتغيير والانتقاد وفقا لمصالح الناس وتطورات الحياة ومستجدات الطب، وبناء على ذلك فإن القوانين الاجتهادية، ينبغي أن تكون منسجمة مع القوانين الإلهية ولا تتناقض مع مقاصدها.

ولقد اتسمت الشريعة الإسلامية كمرجعية للطبيب لمجموعة من المميزات نوردتها فيما يلي:

● الشريعة دستور لإقامة الحياة:¹

إن التعاليم الإلهية تركز على عمارة الأرض... وإقامة الحياة كمهمة أساسية مشتركة من أجل تحقيق ما يلي من القوانين الإلهية الثابتة:

- السلوك الأخلاقي.

- العدل.

- السلام.

- سلامة البيئة.

- قدسية الحياة.

- حرية الإنسان.

- مصلحة الإنسان.

- كرامة الإنسان.

لذا فإن كل جهد طبي يساهم في تحقيق الأهداف المذكورة أعلاه هو من الشريعة... لأنها

بكلمة واحدة هي دستور متكامل لإقامة الحياة... ولكن ما هو الفرق بين عمل الطبيب المسلم

والطبيب غير المسلم فيها يتعلق بتنفيذ هذا التكليف الإلهي المشترك؟

من حيث المبدأ جميع البشر متساوون في مهمة تحقيق هذا الواجب المشترك... ومعيار التفاضل

بينهما الدنيا، العلم والمهارة، في حين أن التفاضل بينهما في الآخرة يعتمد على نوع العلاقة مع الله

تعالى... ولكن الأهم هل يستوي عند الله عمل الطبيب المسلم وغير المسلم في إقامة الحياة...؟ بكل

تأكيد هم سواء من حيث الجزاء في الحياة الدنيا... فالله سبحانه يعدل بين المسلم وغيره في التمتع

1 - كتاب شركاء ولا أوصياء، المرجع السابق، ص107.

بالحياة الدنيا حيث يقول تعالى: ﴿كُلًّا نُّمِدُّ هَؤُلَاءَ وَهَؤُلَاءَ مِنْ عَطَاءِ رَبِّكَ وَمَا كَانَ عَطَاءُ رَبِّكَ مَحْظُورًا﴾.¹

ويعدل جلّ شأنه فيعطي كل جهد بشري يبذل في حفظ الحياة والنفس حقه كاملا غير منقوص ودون تمييز في الحياة الدنيا حيث يقول تبارك وتعالى: ﴿مَنْ كَانَ يُرِيدُ الْحَيَاةَ الدُّنْيَا وَزِينَتَهَا نُوَفِّ إِلَيْهِمْ أَعْمَالَهُمْ فِيهَا وَهُمْ فِيهَا لَا يُبْخَسُونَ﴾.² وقال تعالى: ﴿أُولَئِكَ الَّذِينَ لَيْسَ لَهُمْ فِي الْآخِرَةِ إِلَّا النَّارُ وَحَبِطَ مَا صَنَعُوا فِيهَا وَبَاطِلٌ مَّا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾.³

أما الجزء في الآخرة فهو قطعاً مرتبط بالحالة الإيمانية مع الله تعالى إن خيراً فيخيراً وإن شراً فشرّاً لقوله تعالى: ﴿وَوُضِعَ الْكِتَابُ فَتَرَى الْمُجْرِمِينَ مُشْفِقِينَ مِمَّا فِيهِ وَيَقُولُونَ يَا وَيْلَتَنَا مَا لِ هَذَا الْكِتَابِ لَا يُغَادِرُ صَغِيرَةً وَلَا كَبِيرَةً إِلَّا أَحْصَاهَا وَوَجَدُوا مَا عَمِلُوا حَاضِرًا وَلَا يَظْلِمُ رَبُّكَ أَحَدًا﴾.⁴

● الشريعة أحكام ضابطة:

تستمد الشريعة أحكامها كمرجعية للطبيب الجزائري من القرآن، ومن السنة النبوية ومن إجماع العلماء، على حكم من الأحكام في عصر من العصور بعد وفاة النبي ﷺ، مثل الإجماع على مبايعة أبي بكر بالخلافة ومن القياس في إثباته حكم فرعي قياساً على حكم أصلي لعله جامعة بينهما، ومن الاستحسان، والمصالح المرسلة، وسد الذرائع، والبرادة الأصلية، والعرف المستقر وقول الصاحب، حيث لم يخالف نصاً شرعياً، ولم يوجد ما يخالفه من قول صحابي آخر.⁵

● الشريعة قانون عام على الجميع:

أن الغرب وغير الغرب وكل مجتمع يبذل جهداً لإقامة حياة الناس والحفاظ عليها وينظم شؤونهم ويحقق مصالحهم وأمنهم هو بكل تأكيد تطبيقاً لشرعة الله، فشرعة الله تتكون من شقين:

1 - سورة الإسراء، الآية 20.

2 - سورة هود، الآية 15.

3 - سورة هود، الآية 16.

4 - سورة الكهف، الآية 49.

5 - كتاب شركاء ولا أوصياء، المرجع السابق، 200.

♦ شق اعتقادي وقيمي وأخلاقي.

♦ وشق مادي وإداري ووسائل ومهارات.

فالطب المعاصر أو القديم الذي يطبق في الغرب بكل تأكيد على درجة رفيعة في تطبيق الشريعة من حيث شقهما الديني بكل متطلباته، أما من حيث الشق الديني فيمكن القول أن لديها علل مثلما يعاني العالم الإسلامي من خلل في أداء الشق الديني من الشريعة¹. والدليل الشرعي من الكتاب والسنة على المعنى التطبيقي للشريعة هو ما جاء في القرآن في قوله تعالى: ﴿... لِكُلِّ جَعَلْنَا مِنْكُمْ شِرْعَةً وَمِنْهَاجًا وَلَوْ شَاءَ اللَّهُ لَجَعَلَكُمْ أُمَّةً وَاحِدَةً وَلَكِنْ لِيَبْلُوَكُمْ فِي مَا آتَاكُمْ فَاسْتَبِقُوا الْخَيْرَاتِ إِلَى اللَّهِ مَرْجِعُكُمْ جَمِيعًا فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ فِيهِ تَخْتَلِفُونَ²﴾، وقوله تعالى: ﴿... قُلْ يَا أَهْلَ الْكِتَابِ لَسْتُمْ عَلَى شَيْءٍ حَتَّى تُقِيمُوا التَّوْرَةَ وَالْإِنْجِيلَ وَمَا أُنْزِلَ إِلَيْكُمْ مِنْ رَبِّكُمْ...³﴾، وقوله تعالى: ﴿... وَلَا تَبْخَسُوا النَّاسَ أَشْيَاءَهُمْ وَلَا تَعَثُّوا فِي الْأَرْضِ مُفْسِدِينَ⁴﴾.

أما الدليل من السنة: «خير الناس من نفع الناس»، «والخلق كلهم عيال الله فأحب خلقه إليه نفعهم لعياله»⁵.

● شريعة متفق عليها من الشرائع السماوية السابقة:

وقد أجمع العلماء على أن الشرائع السماوية عند نزولها من الخالق متفقة على أمرين:

- الأمور الاعتقادية، من حيث الإقرار بوجود الله خالق وواضع لنواميسه، ومرسل للرسول وما يحملون من شرائع.

1 - كلمة الشيخ محمد عبده في زيارة للغرب في مطلع القرن العشرين حيث سئل كيف رأيت الغرب؟ قال: "رأيت الإسلام ولم أرى المسلمين".

2 - سورة المائدة، الآية 48.

3 سورة المائدة، الآية 68.

4 - سورة هود، الآية 85.

5 - تخريج الحديث.

- الدعوة على مكارم الأخلاق، مثل الوفاء بالعهود والعقود، والإخلاص في الأقوال والأفعال وأداء الأمانات، وغير ذلك مما تدعوا إليه هذه الشرائع.
ولكنها تختلف من حيث الأحكام العملية في العبادات والمعاملات، والأفضية، والشهادات وجزاء الخيانات، ونظم الموارث، فلكل شريعة أحكامها الخاصة بها.¹

● شريعة لها خصائصها:

الإسلام هو دين الدولة في المجتمع الجزائري والقرآن الكريم والسنة هما المصدر الأساس والوحيد لمنطلقات وثوابت الشريعة الإسلامية، ومرجعية هذا الطبيب ومن خصائص الشريعة الإسلامية.
- الوسطية والعدل.²
- شاملة لكل شؤون الحياة.
- حاكمة على كل تصرف من تصرفات الإنسان في هذه المهنة وغيرها.
- واقعية حيث أنها راعت كل جوانب الإنسان البدني والروحية الفردية، والجماعية، كما أنها راعت التدرج في مجال التربية.
- يجوز الاجتهاد والتجديد في الشريعة وفقا لظروف المكان والزمان والقضايا.
- الجزاء في الشريعة من حيث العمل.
وفي نهاية الأمر تبقى الشريعة الإسلامية مرجعا أساسيا للطبيب الجزائري وهي محفوظة بأمر الله لا يعتريها النقص ولا التحريف أو التعديل، ون أهدافها حفظ الضرورات الخمس، إلى جانب مراعاتها رفع الحرج والمشقة في مجال الحاجيات.

2. الضمير المهني:

هل تشكل ضمائر الأطباء المهنية بعيدا عن قيمهم الأخلاقية والتربوية والاجتماعية...؟
وهل تنفصل ممارساتهم المهنية في الحياة العملية عن مجموعة القيم الأخلاقية التي تحكم سلوكياتهم العامة...؟

1 - نفس المرجع، ص203.

2 - الشاطبي، الموافقات، المرجع السابق، ص19.

أسئلة مهمة يجب عن طريقها تحديد ماهية الضمير المهني الذي يعد أحد أهم العناصر المرجعية لدى الطبيب المسلم الجزائري.

إذا كان الضمير الأخلاقي هو قوة مفكرة عاقلة تميل إلى فعل الخير وتأتى عن اقتراف الشر فهو أيضا يتمتع بسلطان لا يحد لأنه يشرع ويصدر أوامر خلقية في مجال الأفعال وبنفس الوقت لا يكبل حرية الإنسان في التصرف وهو متأصل في طبائع البشر ومعصوم عن الخطأ ولا تؤثر فيه رغبات الإنسان أو مصلحة لأنه ضمير عام وليس ضميرا فرديا.¹

فالضمير المهني لدى الطبيب الجزائري لا يمكن أن يتعرض مع منظومة القيم الأخلاقية والاجتماعية لأنه يصب في خائنها ويرضع من ثديها أدبيات وأخلاقيات العمل المهني، فهل نبرر لأي طبيب أن يختلس الأموال العامة ليزداد عني وثرأ على حساب ضعف المرضى وفقيرهم. وهل تبرز لمن يدعي المهنية في الطب أن يبحث في الدهاليز المظلمة وفي خياله عن بعض الثغرات في بعض القضايا المخلة بالأخلاق ليعمل من خلالها على تشويه سمعة من يقومون بواجبهم الطبي بمنتهى الصدق والشفافية بدلا من البحث عن الحقيقة والتعامل في ظلها.

فأين ذلك من منظومة القيم الأخلاقية والمهنية... بتأكيد لأن ذلك لا يتوافق أبدا مع الأفعال الأخلاقية والقيم المهنية التي يقرها المنطق والعقل والدين، ولأن الفعل الأخلاقي لا يتجزأ ولا يمكن الفصل بأي شكل من الأشكال بين الضمير الأخلاقي والضمير المهني.²

وإذا كان ذلك واقع بعض الأطباء المعاش أو إن صح التعبير بعض ممتهني الطبابة وعليه تبنى ممارساتهم فرحة الله على ضمائرهم المهنية والأخلاقية، (لأن الضمير عندما يموت يصبح كل شيء مباحا).

3. الضبط الاجتماعي:

● مفهوم الضبط الاجتماعي:

إن الاجتماع للبشر ضروري ولا بد لهم في الاجتماع من وازع حاكم يرجعون إليه وحكمه

1 - د. خليل خلوف، كتاب الضمير المهني، طبعة 2011، دار المعارف، الأردن، ص 113.

2 - نفس المرجع، ص 116.

فيهم أما أن يستند إلى شرع منزل من عند الله يوجب انقيادهم إليه إيمانهم بالثواب والعقاب عليه، أو إلى سياسة عقلية يوجب انقيادهم إليه إيمانهم بالثواب والعقاب عليه، أو إلى سياسة عقلية يوجب فالأولى انقيادهم إليه ما يتوقعونه من ثواب ذلك الحاكم بعد معرفته بمصالحهم الدنيا فقط.¹ هو أو ضبط لمفهوم الضبط الاجتماعي أدلى به العلامة العربية ابن خلدون، الذي أشار إليه في مقدمته الشهيرة وذلك بعد اختلاف العلماء والمفكرين فيه.

كما أنه يرى أن الإنسان بحاجة إلى سلطة ضابطة لسلوكه الاجتماعي، وأن المدن بحاجة إلى تداخل ذوي الشأن والسلطان من أجل فاعلية النوازع العمران، ووسائل الضبط التي تحقق هذه الغاية تتمثل في الدين، وحماية الآداب العامة، الأعراف، والعادات والتقاليد.²

● الضبط ضرورة اجتماعية:

ترتكز المجتمعات في بنيتها على العناصر التالية:

قيم أخلاقية يؤمن بها أفراد المجتمع ومنهم الأطباء، وتمثل الأهداف والغايات التي يسعون إلى تحقيقها من خلال ممارستهم.

ترجمة قيم الجماعة إلى أنظمة وقوانين وأعراف تلزم بها الجماعة في نشاطهم وسلوكهم ويعتبرون من يخالفها مذنباً يستحق العقاب.

وفي كل جماعة مهنية من الجماعات تنشأ طائفة من الأفعال والممارسات والإجراءات التي يزاوئها الأفراد والأطباء والطاقم الصحي، لتنظيم أحوالهم والتعبير عن أفكارهم وما يجول في مشاعرهم، ولتحقيق الغايات التي يسعون إليها، وعندما تستقر هذه الأفعال وترسخ في عقول هؤلاء الأفراد تصبح قواعد ملزمة، وتكون نظماً مختلفة تؤدي إلى التنظيم الاجتماعي الذي يركز عليه استقرار مجتمع الأطباء خاصة والمجتمع على وجه العموم.³

وقد اعتبر العالم "هربرت سبنسر" المجتمع كائناً عضوياً يشبه من كل الأوجه الكائنات

1 - د.زي، كاتب إبعاد الضبط الاجتماعي وظائفه ومضامينه النظرية والعملية، طبع 1980، دار المعرفة، مصر، ص 273.

2 - نفس المرجع، ص 273 وما بعدها بتصرف.

3 - د. ديان فوزية، القيم والعادات الاجتماعية، طبع 1980، دار النهضة العربية، بيروت، ص 110.

وخصائصه ومقوماته ووظائفه الجسم الحي، كما أنه يتطور كما تتكور العضوية.¹

فكما أن للجسم العضوي بناء عام أو هيكل يضم مجموعة من الأعضاء الداخلية، ولكل عضو من هذه الأعضاء الداخلية، ولكل عضو من هذه الأعضاء وظيفة معينة تتفاعل مع وظائف الأعضاء الأخرى من أجل إبقاء الجسم أو البناء العضوي حيا، كذلك المجتمع بناء عام يضم مجموعة من النظم كالنظام الأساسي، أو الأسري، أو الصحي، أو الاقتصادي...² ويقوم كل نظام بأداء وظيفة محددة في إطار إشباع حاجات أعضاء المجتمع، وتتفاعل هذه النظم مع بعضها بحيث تبقى المجتمع قائما بذاته وإذا حدث خلل جوهري في وظائف أي نظم المجتمع يؤدي إلى ظهور الأمراض الاجتماعية المتمثلة في أي نظام من التفكك الأسري وانحراف الأحداث... القضايا الطبية الحديثة الخارجة عن المجتمع المسلم... الخ.

● نظريات الضبط الاجتماعي:

لاختلاف العلماء في ضبط وتحديد المفهوم الدقيق للضبط الاجتماعي، وثيقا لذلك ظهرت عدة نظريات في مجال الضبط الاجتماعي، كل نظرية تفسر وجهة نظر صاحبها وهي على النحو التالي:

✓ نظرية تطور وسائل الضبط الاجتماعي (روس Ross):

تقوم هذه النظرية على أساس الطبيعة الخيرة للإنسان، إذ يعتقد روس أن داخل النفس أربع غرائز هي المشاركة أو التعاطف، القابلية للاجتماع، الإحساس بالعدالة ورد الفعل الفردي، تشكل هذه الغرائز نظاما اجتماعيا، وللإنسان أن يقوم على تبادل العلاقات بين أفراد المجتمع بشكل ودي.³ ولكما تطور المجتمع ضعفت تلك الغرائز وظهرت المصلحة، وعليه وهنا يضطر المجتمع لوضع ضوابط مصطنعة تحكم العلاقات بين الذاتية وبين الأفراد.⁴

1 - نفس المرجع، ص 112.

2 - د. نبيل محمد توفيق السمالوطي، كتاب الدين والبناء الاجتماعي، طبع 1981، دار الشروق، جدة، ص 1، ص 234.

3 - د. خالد بن عبد الرحمن السالم، كاتب الضبط الاجتماعي والتماسك الأسري، طبع 2000، دار د.ت، الرياض، ص 61.

4 - د. محمد بن معجب الجامد الرومي، نايف بن هشال، كتاب الأسرة والضبط الاجتماعي، طبع 2001، الرياض، د.ت،

✓ نظرية الضوابط التلقائية (سمنر *Sumner*):

تنصب الفكرة الأساسية لنظرية سمنر على أن الصفة الرئيسية للواقع الاجتماعي تعرض نفسها بطريقة واضحة في تنظيم السلوك عن طريق العادات الشعبية، إذ تعمل على ضبط التفاعل الاجتماعي وهي ليست من خلق الإرادة الإنسانية وحيث يعتبرها الحد الفاصل بين الأعراف والقوانين.¹

✓ نظرية الضبط الذاتي (كولي *Cooley*):

ينظر كولي للمجتمع على أساس أنه كل لا يتجزأ يعتمد في تنظيمه الاجتماعي على الرمز والأنماط والمستويات الجمعية والقيم والمثل، فهو يرى أن الضبط الاجتماعي هو تلك العملية المثمرة التي تكمن في الخلق الذاتي للمجتمع أي أنه ضبط ذاتي يقوم به المجتمع، فالمجتمع هو الذي يضبط وهو الذي يتضبط في نفس الوقت، وبناء عليه فالأفراد ليسوا منعزلين عن العقل الاجتماعي والضبط الاجتماعي يفرض على الكل الاجتماعي وبواسطته.²

✓ النظرية البنائية الوظيفية (لانديز *Londis*):

يركز لانديز على مكونات البناء الاجتماعي ودورها في الضبط الاجتماعي، كما يركز على مفهوم التوازن الوظيفي بين النظم الاجتماعية وعلاقة هذه النظم بالضبط الاجتماعي، ويصور لانديز النظم الاجتماعية على شكل خط متصل يمثل أحد طرفيه التفكك الاجتماعي، والطرف الآخر التنظيم الاجتماعي الأكثر صرامة والذي يتميز بالاعتماد على السلطة المطلقة.³

✓ النظرية الثقافية التكاملية (جيروفيتش *Gurvitch*):

يركز جيروفيتش على ضرورة دراسة الضبط الاجتماعي على أسس وشروط تتمثل في:

- أن الضبط الاجتماعي ليس نتيجة لتطور المجتمع وتقدمه.
- أن الضبط الاجتماعي واقع اجتماعي وليس أداة للتقدم.

1 - د. عبد الله الرشدان، كتاب علم اجتماع التربية، طبع 1999، دار الشروق، عمان، ص 15.

2 - الرشدان، علم اجتماع التربية، المرجع السابق، ص 18.

3 - د. سامية محمد جابر، كتاب القانون والضوابط الاجتماعية، طبع 1984، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ص 100.

- عدم وجود صراع بين المجتمع والأفراد.

- أن كل نمط من أنماط المجتمعات هو عبارة عن عالم صغير.¹

ويذهب "جيروفيتش" إلى أن الضبط الاجتماعي إما أن يكون ضبطاً منظماً، أو ضبطاً عن طريق الممارسات الثقافية والرموز كالعادات والتقاليد، أو ضبطاً من خلال الخبرة تلقائياً ومن خلال القيم والأفكار المثالية.²

تلك هي أهم النظريات في الضبط الاجتماعي، ويتضح من التباين والاختلاف في نظرة علماء الاجتماع إلى طبيعة الضبط الاجتماعي، فقد اهتم روس بالغرائز الإنسانية ودورها الإيجابي والسلبي في الضبط الذاتي في حين ركز سمنر على أبرز الأعراف والتقاليد، واعتبرها الوسيلة الوحيدة والضابطة للمجتمع، بينما ضبط كولي دور المثل والقيم في تحقيق الضبط الذاتي فضبط الجماعة يتبع من الضبط الفرد لذاته، أما لانديز فقد اهتم بالنظم الاجتماعية باعتبارها أدوات دراسة الاجتماعي، ووضع جيروفيتش شروطاً ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند الضبط الاجتماعي.

• موقف الإسلام من الضبط الاجتماعي:³

الدين لدى الطبيب الجزائري هو وضع إلهي سائع لذوي العقول السليمة باختيارهم إلى الصلاح في الحال والفلاح في المال.

إن الإسلام منهج للحياة، ويعني طاعة الإنسان لربه وإسلام وجهه إليه وطرار خاص للتفكير والعمل، وأن يقبل الطبيب الجزائري المسلم المنهج الفكري والعملية الذي أنزله الله لهداية البشر، حتى يستقل بها كل ممارسته المهنية ويحسن علاقته مع مريضه ومع جميع محيطه الصحي.

كما يعني الضبط الاجتماعي في المجتمع الجزائري ككل الأمثال للقواعد والمعايير والقيم الإسلامية التي تحصل بها تقوى الله، وما مجموعة الأعراف والتقاليد الاجتماعية وطرائق التربية التي تنشأ في المجتمع الجزائري المسلم إلا أساليب ضابطة، والامتنال لها يدعم فإذا كانت حدود تعاليم

1 - د. الحاد والرومي، المرجع السابق، ص220.

2 - د. السلم خالد بن عبد الرحمن، المرجع السابق، ص70.

3 - السمالوطي، ج2، المرجع السابق، ص21.

الإسلام ومنفعة معه فهي مقبولة، أما إذا خالفت قواعد شرعية فيجب نبذها واستبدالها بما يتوافق مع تعاليم الدين الإسلامي ومرجعية هذا المجتمع المسلم.¹

إن مفهوم الضبط الاجتماعي لدى الطبيب الجزائري من منظور إسلامي يتضح في إدراك هذا الطبيب أن الإنسان لم يخلف في هذه الحياة عبثاً، وإنما جاء للقيام بمهمة تتمثل في العبادة الخالصة لله، وهذا يقتضي أن يلتزم الطبيب بالضوابط المحددة لسلوكه والتي تضمن له ولجتمعه الخير والسعادة وتحفظهم من الشرور وتحقق لهم الأمن والاستقرار وتقيهم من الانحراف والفوضى ويندرج الضبط الاجتماعي لدى الطبيب الجزائري ابتداء من الانضباط الذاتي الذي يراقب تصرفاته ويحسن سلوكه انطلاقاً من حقيقة ثابتة أقرها قول الرسول ﷺ «أن تعبد الله كأنك تراه فإن لم تكن تراه فإنه يراك».²

وخضوع الطبيب المسلم للنظام الإسلامي لمجرد انتمائه للإسلام يفرض عليه تنفيذ أوامره واجتناب نواهيه في السر والعلن ليس خوفاً من السلطة ولا نفاقاً للمجتمع، وإنما حبا في هذا النظام وإيمانا واقتناعاً بمبادئه وهذا بدوره يزيد من طاقته في عمله وانتمائه إلى الجماعة المطبقة لنفس النظام.³

• أساليب الإسلام في ضبط المجتمع:

ويمكن تقييم الضوابط الاجتماعية في الإسلام إلى أربعة مجالات، تشمل جميع جوانب حياة الفرد (الطبيب) وعلاقته بالجماعة (المريض، الطاقم الصحي، محيط العمل)، ويتضمن كل مجال مجموعة من الضوابط وهذه المجالات هي:

- العبادات.
- المعاملات.
- الآداب والأخلاق.
- العقوبات.

1 - السالم، المرجع السابق، ص74.

2 - الحامد والرومي، المرجع السابق، ص230.

3 - نفس المرجع، ص233.

وفيما يلي، نلقي الضوء على بعض ضوابط الإسلام في المجالات السابقة، ولا يمكن بأي حال من الأحوال حصر الضوابط الإسلامية كلها، فالإسلام لم يترك كبيرة ولا صغيرة إلا وضع لها ضابط يحميها.

✓ العبادات:

إن العبادات في الإسلام تعتبر ضوابط اجتماعية إيجابية، فهي ليست مقصورة أو معاملات مفروضة لمجرد التعبد، وإنما لتنظيم وضبط علاقة الفرد بالله، ولتنظيم علاقات أفراد الجماعة بعضهم ببعض الآخر.¹

✓ المعاملات:

إن الشريعة الإسلامية عرضت لقواعد وضوابط اجتماعية تتعلق بنظام الحكم والعلاقة بين الحاكم والمحكومين، وانطوت على كثير من الضوابط القانونية كالقتل التي تعتبر من طبعة مدنية مثل قواعد العقوبة على الجرائم الاجتماعية مثل قتل النفس، شهادة الزور... الخ وفي مجال الطب الجرائم الحديثة، بيع الأعضاء، الإجهاض، الموت الرحيم... الخ.²

✓ الآداب والأخلاق:

اهتم الإسلام بالمجتمع والتكافل الاجتماعي، فنهى عن البغيضة والظلم والعدوان بين المسلمين، ووضع لذلك ضوابط عديدة، وقبل كل ذلك شدد على الأخوة الإسلامية التي من خلالها ينبع كل حقل سليم، وكل خلق كريم، قال تعالى: ﴿إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصْلَحُوا بَيْنَ أَخَوَيْكُمْ وَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ﴾³، ورسم الإسلام الإطار العام لطبيعة العلاقة لقوله تعالى: ﴿وَالْمُؤْمِنُونَ وَالْمُؤْمِنَاتُ بَعْضُهُمْ أَوْلِيَاءُ بَعْضٍ يَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُقِيمُونَ الصَّلَاةَ وَيُؤْتُونَ الزَّكَاةَ وَيُطِيعُونَ اللَّهَ وَرَسُولَهُ أُولَئِكَ سَيَرْحَمُهُمُ اللَّهُ إِنَّ اللَّهَ عَزِيزٌ حَكِيمٌ﴾⁴.

1 - د. سليم سلوى، كتاب الإسلام والضبط الاجتماعي، طبع 1985، دار التوفيق النموذجية، القاهرة، ص 74.

2 - د. سليم سلوى، المرجع السابق، ص 80.

3 - سورة الحجرات، الآية 10.

4 - سورة التوبة، الآية 71.

كما يدعو الإسلام إلى مكارم الأخلاق وحسن التعامل مع الآخرين مهما اختلفت المرجعيات والمناصب... الخ كما بلغ النبي ﷺ: «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق».

✓ العقوبات:

يستخدم المجتمع الجزائري لحماية نفسه من الجريمة نوعين من الضوابط، المنع والردع وقد أقر الإسلام هاتين الوسيلتين واستخدامهما، ووسيلة المنع تمنع المجرم الاعتداء، فهي وسيلة حماية المجرم والمجتمع على السواء، فلا يصبح من المعتدي مجرماً، ولا ينال المجتمع اعتداءً، ويتضح اهتمام الطبيب الجزائري بهذه الوسيلة والتركيز على المنع عن طريق تكوين الضمير عند الطبيب الواعي لهذه الأمر المهم.

أما وسيلة الردع فيلجأ إليها الإسلام مع أصحاب النفوس المريضة والضمائر المتبلدة، وهنا جعل الإسلام العقوبات المتنوعة رادعة لأولئك النوع من البشر.¹

فالمجتمع الجزائري يعتمد ويستخدم أسلوب التهيب والترغيب فلا يركز على الترغيب وحده لأن ذلك قد يؤدي إلى التهاون ويفضي إلى السيطرة، بينما التهيب وحده قد يؤدي إلى طغيان على النفس والروح ويفضي إلى القنوط، لذلك يسلك المجتمع الجزائري لهذا الوسطية.²

ثالثاً : واقع المنظومة الصحية في الجزائر :

وأهم المشكلات التي يعاني منها الأطباء مع أهم الإصلاحات في ذلك:

أ. تقديم النظام الصحي في الجزائر:

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي، مورداً بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية والشخصية، وفي هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً كاملاً ومنسجماً وموحداً في إطار الميثاق الصحي، الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة، من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية

1 - د. مصطفى محمد حسنين، الضبط الاجتماعي في الإسلام، طبع 1394هـ، مجلة أضواء الشريعة، ج 5، الرياض، كلية الشريعة، ص 201-208.

2 - د. زكريا محمد إسماعيل، الحدود الشرعية وآثارها في القضايا الجنائية، مجلة الشروق، ج 4، ص 56، 59.

الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة.

وسنحاول من خلال هذه العنصر تقديم النظام الصحي في الجزائر بهدف فهم خصائصه الرئيسية:

1. النظام الصحي في الجزائر:

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر، وقد عرف القطاع الصحي انهيار في عدد العاملين حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000 ساكن متمركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من المرضيين لا يتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة وليست لديها شهادات وكذا انعدام التجربة للطاقم الإداري المسير.¹

واتسمت المؤشرات الصحية في ذلك الوقت بارتفاع معدلات الوفيات والإصابات بسبب انتشار الأمراض المعدية والمتقلة، على نطاق لم يسبق لها مثيل مما دفع الدولة بالانشغال، ونظرا لمحدودية الموارد وضعت وزارة الصحة اثنين من الأهداف الرئيسية لمعالجة هذا الوضع: مكافحة الأمراض المعدية وتحسين الحصول على الرعاية، وتميز العمل على أرض الواقع بتنفيذ برنامج الصحة لحماية الناس والمجتمع (التطعيم الإجباري لجميع الأطفال) والوقاية من الأمراض المنتشرة (القضاء على الملاريا والسل). ومن هنا أصبح لزاما انتهاج سياسة واضحة بتطبيق المشروع الاشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي خدمة عمومية والعيادات الخاصة تساهم في هذه الخدمة، والمهم بالنسبة لمسؤولي الصحة هو إبراز الجهود المبذولة لبناء المستشفيات، والإصرار على الزيادة في تكوين عدد الأطباء والاستقلال الذاتي النسبي الذي يتمتع به الممارسين في مجال الرعاية الصحية لأن العديد من الحكومات لا تريد تشغيل مستشفياتها على أساس تجاري لأنها جزء من ميراثها القومي.

وقد تميز النظام الصحي في العق الثاني بعد الاستقلال بثلاث ميزات رئيسية هي:

1 - حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بالقائد، تلمسان 2009-2010، ص133.

تقديم الرعاية المجانية وإقرارها رسميا من يناير 1974، تطبيقا للمرسوم التنفيذي في ديسمبر 1973 والذي يتضمن مشروع كل الوثائق التاريخية للثورة الجزائرية وهذا ما عزز من وضعية السكان في الحصول على رعاية صحية.

1. إصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات.

2. إنشاء قطاع الصحة ومحاولة تطويره بتوسيع نطاق التغطية الصحية بإنجاز العديد من المرافق الصحية، وخصوصا المستشفيات والهياكل الخفيفة الوزن كالعيادات الشاملة والمراكز الصحية وذلك لتحقيق ثلاثة مهام أساسية وهي الرعاية، التدريب والبحث. وخلال عقدين الثمانينات والتسعينات وبسبب انخفاض عائدات النفط من جهة ومرور بلادنا بالعشرية السوداء من جهة أخرى، اضطر النظام للرضوخ إلى التعديل الهيكلي منذ 1994 بعد أن شهد نظام الرعاية الصحية انهيارا جعله يعاني من نقص في المجالين التقني والعلاجي. وخلال الفترة ما بين 1989-1998 شهد المجال الطبي انتكاسات قوية الحجم تسبب في العديد من الممارسات تمثلت في تدهور وضعية مختلف الهياكل الاستشفائية وتدهور الخدمات المقدمة بها بالإضافة إلى تدمير العديد من الأطباء بسبب سوء الوضعية المهنية والاجتماعية، وظهور العيادات الخاصة المنافسة.¹

رابعا : التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر :

فقد تم تقسيمه إلى ثلاث مراحل وتمثل في:²

أ. مراحل التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر :

1. المرحلة الأولى (1962-1965):

ورثت الجزائر سنة 1962 م حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى كالجائر، وهران، قسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقديم المساعدات الطبية المجانية. ومراكز

1 - حوالف رحيمة، المرجع السابق، ص133.

2 - نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 12009، ص132.

الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيا ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.

لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينات وما بعدها، تطورات كبيرة من خلال المستخدمين والهياكل القاعدية لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد. وكذا بجملة من النصوص والقوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر.

قبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلى على 1319 طبيب منهم 285 جزائريا فقط وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و 264 صيدليا، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة. أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات، وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بنسبة 1962.

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات والهياكل التي خلفها الاستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عاجزة على تنمية سياسة على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية.

هذه المرحلة امتازت من جهة بطلب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء، والتي تسير من طرف وزارة الصحة، والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن والبلديات، والتي تسير من البلديات. وأخيرا مراكز النظافة المدرسية والتي تسير من طرف وزارة التعليم. ومن جهة أخرى، هناك قطاع صحي يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة وذلك في إطار تعاقد، وهذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة.

2. المرحلة الثانية (1965-1979):

ميز هذه المرحلة مضاعفة قاعات العلاج في الفترة ما بين 1969 إلى 1979، وهذا محاولة إعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي.¹

والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك لإنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974.

من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية، فنجد تركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية والشبه الريفية، هذه الأخيرة التي تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للمريض.

ولقد كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني²، كخطوة أولى عن طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، وضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، ولذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني. وانطلاقا من ذلك أصبحت العلاجات مهمة وطنية يستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من أجل تدعيمها، خاصة في مجال التعليم والتكوين، والزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك. أما بشأن تطور الموارد المالية ففي هذه المرحلة تميزت بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، ومع هذا نسجل ارتفاعا محسوسا في عدد العيادات المتعددة الخدمات، حيث أن هذه الهياكل التي هي بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج من جهة، والمستشفيات والقطاعات الصحية من جهة أخرى.

1 - نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص135.

2 - الجريدة الرسمية، ع1، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28/12/1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادرة بتاريخ 01 جانفي 1974، ص02.

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة، ومنذ 1975، شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية، وهي كما يلي:

- المشكلات الصحية: كمكافحة الأمراض المتقلة، مثل الملاريا، السل، الرمد، الأمراض المعدية... الخ.

- مكافحة الأمراض غير متقلة: القلب، الأمراض العقلية... الخ.

- المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل.

- المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها، في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور.

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة الدولة بـ 60% من مجموع النفقات و 30% من طرف الضمان الاجتماعي، والباقية 10% من طرف السكان أو الأسر، بحيث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها، وتضطلع الدولة بالسكان المعوزين عن طريق الإعانة الطبية المجانية AMG.

وما يقدم كانتقاد لهذه المرحلة التاريخية هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها، وانعدام أهداف واضحة موضوعة لهذا النظام أن لنا تسميته بنظام، بحيث كان الهدف هو تلبية الطلب قدر الإمكان. وفي النهاية نشير إلى المقترحات الهامة الخاصة بوضع نظام وطني للصحة في الجزائر من خلال مقترحات اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني، علما بأنها مرتبطة بالمرحلة القادمة التي نتناولها في دراسة خاصة بها.¹

3. المرحلة الثالثة (1979-2007):

اعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني يجب أن يدمج ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على ما يلي:

1 - نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 136.

- توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني **1976**. إلزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأدوار ليست فقط وزارة الصحة وإنما القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة، لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.
- تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة.
- البطاقة الصحية¹، كوسيلة فعالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية.
- التسلسل في العلاج وإعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.
- جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودية ونجاعة.
- بالإضافة إلى إعادة النظر في جملة المشكلات المتعلقة بالجانب الاجتماعي للموظفين من أجور ونقل وتكوين وغيرها.
- ونواصل دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهميته وذلك في مرحلتي الثمانينيات وبداية التسعينات، وما نسجله في هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة **1986** وهي المراكز الاستشفائية الجامعية، وكذا المنشور الوزاري سنة **1995** والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي. بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية سنة **1993** أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعى وهذا الأخير "النظام أو المنهج التعاقدى" الذي يشرع في عملية التحريب بداية من سنة **1997** من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية، وفي سنة **2007** يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية

1 – *Ministre de la santé et de la population, les fondements de la carte sanitaire national, novembre, 1981, p2.*

الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن.

كما عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية وكذا عدد المستخدمين.

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة **2005**، فقد عرفت بعض التحسن دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدر بـ **9.1%** من الميزانية العامة، إلا أن الخدمات الصحية لا سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة استراتيجية ناجعة، وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج.¹

وفي الأخير نقول أن موضوع الصحة والسكان كان دوما ذو أولوية وذلك من استقلال البلاد، فإذا كان الدستور الجزائري ينص في مادته **67** «أن جميع المواطنين لهم الحق في الصحة وتضمن الدولة هذا الحق من خلال الوقاية ومكافحة الأمراض البائية والمستوطنة»، ولقد منحت الأولوية في السنوات التي تلت استقلال الوطن إلى غاية **1980** ما يلي:

-إعادة بناء الوطن الذي دمرته الحرب.

-تشديد الاقتصاد الوطني بتنصيب شبكة صناعية واستجابة الحاجيات الاجتماعية والثقافية للسكان، كالتعليم والشغل والصحة.

-تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية للسكان لتحقيق الهدف، وهو التحكم في النمو الديمغرافي وتنظيم النسل في السبعينات.

لكن الانطلاقة الفاعلية جاءت من خلال المصادقة سنة **1983** على البرنامج الوطني للتحكم

في النمو السكاني، حيث يركز هذا البرنامج على مبادئ تحريضية واختبارية للانضمام الإداري للأزواج إلى التخطيط العائلي واحترام القيم الاجتماعية والدينية. وكانت للبرامج الوقائية والأعمال

1 - نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص138.

الصحية المطبقة انعكاسا طيبا على صحة السكان، ويدل ذلك واضحا من خلال مؤشرات الوفيات بصفة عامة، ووفيات الأطفال بصفة خاصة، ولا بد من القول أن تحسين الظروف العامة لمعيشة السكان الناجمة عن التقدم والتطور في مجال ظروف السكن (التزويد بالماء الصالح للشرب، والكهرباء، وقنوات صرف المياه... الخ)، وتحسين شروط النظافة، وطريقة التغذية قد أدت إلى اختفاء أمراض متنتقلة، وتراجعهم لبعض الأمراض الأخرى. وخلاصة القول، هذه بعض المعطيات العلمية والميدانية المتعلقة بالسياسات الصحية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، إن ما نسجله بشأنها أن هناك تغيرات جذرية مرتبطة بالتوجه الإيديولوجي للجزائر انعكس على القطاع الصحي، والذي يحتاج إلى تغيير جذري حتى يكون حق الصحة لكل المواطنين.

ب. هيكلية النظام الصحي في الجزائر:

تعتبر وزارة الصحة والسكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لهذا.¹ ويشمل ثلاثة مستويات أساسية وتمثل في:

1. المستوى المركزي:

يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتكون من:

• الوزير:

يقوم وزير الصحة والسكان بوضع استراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال:²

-وقاية صحة السكان ورعايته،

-التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي،

-التنظيم الصحي والخريطة الصحية،

1 – *Ministre de la santé de la population, développement du system national de santé :*

stratégie perspective, mai 2001 http://www.Ands.DZ./Système_de_santé.htm.

2 - بموجب المرسوم التنفيذي رقم (90-124)، المؤرخ في 30 أفريل 1990.

- العلاج الطبي في الهياكل الصحية،
 - تحديد أنماط تكوين الممارسين والشبه طبيين،
 - العمل على تنمية الموارد البشرية في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات،
 - ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها.
 - دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة،
 - التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها،
 - الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي.
- وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية:
- ديوان الوزير:

يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة (07) وملحقون بالديوان وعددهم أربعة (04)، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.

● الأمانة العامة:

تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده إثنان (02) من مديري الدراسات، ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابع لها وتقييمها وتوجيهها.

● المفتشية العامة:

- يشرف عليها ستة (06) مفتشين يقومون بالمهام التالية:¹
- الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية،
- توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية،
- العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد،

1 - بموجب المرسوم التنفيذي رقم (90-188) المؤرخ في 23 جوان 1990.

- ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

● المديرية المركزية:

وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:

مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلية والدواء، مديرية السكان مديرية التكوين، مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.

2. على المستوى الولائي:

يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزيرة الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما ومتوازيا ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والموارد الصيدلانية وتقد ظروف خزنها وإعداد التلاخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، كما أنها تهتم بإعداد جدول المواطنين (النمو الديمغرافي) وضبطها باستمرار ودراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، والتكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والاجتماعية كما أنها تهتم بالمراكز الطبية التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية (CMS) الاجتماعية ليستفيد منها العمال وعائلاتهم. كما أنها لا تنهون في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

✓ المراكز الاستشفائية الجامعية:

أنشأت المستشفيات الجامعية في 13 جوان 1974¹، وهي نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهوي (660 إلى 700 سرير) ومعهد طبي، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة. يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم

1 - بموجب قانون رقم 74-100) الصادرة في 13 جوان 1974.

إنشائها بموجب موسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي¹ بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية، وبصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنها ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي:

✓ الميدان الصحي،

✓ الميدان التكويني،

✓ ميدان الدراسة والبحث.

يدير المركز الاستشفائي مجلس إدارة، ويسيره مدير عام ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي.

3. على المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة² ووحدات صحية قاعدية)، تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية. وللحد من الضغط على المراكز الاستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج (*hiérarchisation des soins*) تم إنشاء قطاعات صحية فرعية (*sous secteurs sanitaire*) المسماة قاعدية أو أولوية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث أوكلت لها مهمة انتقاء

1 - المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 12/12/1997.

2 - المنشأة الاستشفائية المتخصصة: هي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تتكفل بمرض معين أو مرض أصاب جهاز عضوي معين أو مجموعة ذات عمر معين. مثل مستشفى الأمراض العقلية، مستشفى أمراض السرطان، أمراض الأطفال... .

الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطيرة منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة. وهي تتكون على الترتيب من:

– عيادة متعددة الخدمات (*Polyclinique*): مهمتها

- ♦ تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة،
- ♦ الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية،
- ♦ تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

– المركز الصحي (*Centre de santé*):

ينشأ عن كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

– قاعات العلاج (*Salles de soin*):

وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل 1000-2000 ساكن.

ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007¹ تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى:

– المؤسسات العمومية الاستشفائية (*EPH*) *établissement publics Hospitalier*.

– المؤسسات العمومية للصحة الجوارية *établissements publics de santé de*

proximité (EPSP).

– المؤسسات الاستشفائية المتخصصة *établissements Hospitaliers spécialisé*

(EHS).

وقد ألغيت المراكز الصحية (*Centre de santé*) لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة

الخدمات (*Polycliniques*)، أو إلى قاعات علاج (*Salles de soin*) حسب المرسوم التنفيذي

السابق ذكره هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي

وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل

1 - قرار المرسوم التنفيذي رقم (140-07) المؤرخ في 2 جمادي الأول عام 1428 هـ الموافق لـ مايو سنة 2007.

الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات. تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

✓ ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.

✓ تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

✓ ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

✓ ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي

والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة (EPSP) أما المؤسسة العمومية للصحة

الجوارية العمومية الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج.

تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة.¹

أما مهامه حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

✓ الوقاية والعلاج القاعدي،

✓ تشخيص المرض،

✓ العلاج الجوارى،

✓ الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي،

✓ الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي،

✓ تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة

والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

1 - قرار المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 02 جمادي الأول عام 1428 هـ الموافق ل مايو سنة 2007.

ت. عرض الخدمة الاستشفائية في الجزائر:

تم إسناد النظام الصحي في الجزائر إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، التي تسير العنايات الاستشفائية والصحة في الوسط العمومي وتراقب شروط الممارسة في القطاع الخاص وتسير التغطية الاجتماعية من قبل ثلاث صناديق وطنية تحت وصاية وزارة العمل والضمان الاجتماعي، وهي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء *CNAS*، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الغير أجراء *CASNOS* والصندوق الوطني للتقاعد *CNR* ويغطي نظام الحماية الاجتماعية الضمانات الاجتماعية (المرض، الأمومة، العطب، الوفاة...) والتقاعد، وحوادث العمل والأمراض المهنية، والخدمات الاجتماعية، والتأمين على البطالة والتقاعد المسبق.¹

حيث سجل السلك الطبي نموا قدرت نسبته بحوالي **70%** خلال العشرية السابقة في الهياكل العمومية، بتسجيل ارتفاع في عدد الأطباء الممارسين من **21000** (**4000** منهم أخصائيون) سنة **1999**، إلى **35000** طبيب ممارس (منهم **13000** أخصائيون) في سنة **2007**، وقد تمت مرافقة ذلك بتدعيم حضور أطباء أخصائيين في المدن الداخلية بالبلاد. وعليه فإن عدد الأطباء الأخصائيين العاملين في هياكل الصحة العمومية عبر ولايات الهضاب العليا، قد ارتفع من **307** في سنة **1999** إلى **2174** في سنة **2007**. أما بالنسبة لولايات الجنوب، ارتفع عدد الأطباء الأخصائيين الذين لم يكن يتجاوز **80** في سنة **1999** إلى **1000** في سنة **2007**.²

وبهدف تلبية طلبات المواطنين، تمت مرافقة سياسة الصحة العمومية بجهود هامة للاستثمار من طرف الدولة، بغية توسيع وتدعيم شبكة المنشآت الصحية من أجل تكفل أفضل بالمريض ومن أجل تحقيق تغطية طبية أفضل. وعليه، فبالنسبة للفترة الممتدة من **2005** إلى **2008** فقد استفاد القطاع الصحي من **244** مليار دينار جزائري من الاستثمارات العمومية من أجل إنجاز مجموعة من المنشآت الصحية منها **152** تم استكمالها، وحوالي **400** منشأة في طور الإنجاز.

1 - الوكالة الوطنية الجزائرية لتطوير الاستثمار <http://www.andi.dz>

2 - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 15 سبتمبر 2007.

أما بالنسبة لسنة 2009 قد قدرت الإحصائيات الإجمالية المتعلقة بالهيكل الاستفائية ب:¹

1. القطاع العام:

✓ 268 مستشفى منها (31 مركز استشفائي متخصص، 13 مركز استشفائي جامعي ببطاقة استقبال مقدرة بـ 54000 سرير.

✓ 504 عيادة متعددة الخدمات، 5368 مركز ذبي ومستوصف.

✓ 515 مركز طبي اجتماعي، 1121 وحدة طبية للكشف ومتابعة الصحة المدرسية.

✓ 80 وحدة طبية وقائية في الوسط الجامعي إضافة إلى 12 مركز لنقل الدم.

✓ الهيئات التابعة للقطاع العسكري منها: مستشفى مركزي، 06 مستشفيات جهوية 03 عيادات متعددة الخدمات، عيادتين للتوليد.

2. القطاع الخاص:

✓ 221 عيادة عاملة، تستخدم ما يقرب من 500 أخصائي، و 200 طبيب عام، و 1200

عون شبه طبي، ببطاقة استقبال مقدرة بـ 3400 سرير.

الموارد البشرية:

من خلال الجدول رقم (1.3): يوضح تطور مؤشرات التغطية الطبية في الجزائر:

السنوات	طب عام	طب خاص	طب أسنان	صيادلة	شبه طبيين
1962	1 من 25643	من عدد السكان	72848/1	41667/1	2979/1
1999	1750/1	3594/1	3752/1	6134/1	364/1
2009	1457/1	2052/1	3241/1	4492/1	370/1

الجدول رقم (01): يوضح تطور مؤشرات التغطية الطبية في الجزائر

Source : Communication de Monsieur le Ministre de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière Septembre 2009, p16.

1 - الوكالة الوطنية الجزائرية لتطوير الاستثمار <http://www.andi.dz>

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد الأطباء العاملين والخاصين، ارتفع عددهم بشكل ملحوظ وهذا تناسبا مع ارتفاع عدد السكان من سنة 1962 بعد الاستقلال إلى غاية 2009 مما يدل أن سياسة التي انتهجتها الدولة لتحسين الخدمات الصحية كان لها أثر واضح، أما بالنسبة لأطباء الأسنان والصيدلة فلم يكن هناك ارتفاع كبير ما بين سنة 1999 و 2009، بينما سجل ارتفاع في عدد الشبه الطبيين ما بين سنة 1962 و 1999 ليعاود الانخفاض في عددهم خلال سنة 2009.

خامسا :إصلاح النظام الصحي في الجزائر:

يعتبر العنصر المميز لسنة 2002، في مجال الصحة في الجزائر، تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، والتي مست العديد من القطاعات.

أ. أهداف مشروع الإصلاح وملفاته:

لقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وتتمثل في الآتي:¹

1. إحصاء عروض العلاج والاستفتاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.
2. ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.
3. التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.
4. إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.
5. توفير الإمكانيات الضرورية لمحتري الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية.
6. تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي كان للمؤسسات الصحية.

1 - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003.

ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحية وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

أما بما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي:¹

● ملفات الحاجيات الصحية وطلاب العلاج:

تمحور هذا الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي الوبائي، المالي والتنظيمي.

وتم التعرض إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى. ملف الهياكل الاستشفائية:

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

✓ تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.

✓ المساهمة الفعالية للمريض والجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بآرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها.

✓ استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

● ملف الموارد البشرية:

اهتم هذا الملف بعنصر أساسية في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقية في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين،

1 – les 6dossiers de la reforme hospitalière.

<http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm>

شبه الطبيب، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

● ملف الموارد المادية:

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية. وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتكوين عناصر مكمل لهذا الملف.

● ملف التمويل:

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكيف القوانين الأساسية التي تدير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.¹

● ملف اشتراك القطاعات:

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئة، الصناعة والفلاحة فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجال على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، ولم تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة

1 – les 6dossiers de la reforme hospitalière, op.cit.

والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذي يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أما بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثا معمقا على نتائج التحقيق الجاري حاليا، والذي يتكلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.

● مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة:

تظهر مكانة الجودة في القانون التنفيذي رقم 07-140 من ناحية التنظيم وتسيير هذه المؤسسات. فيسير كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة تحت إشراف مدير المؤسسة، وتزودان بهيئة استشارية تعدى المجلس الطبي. فمنذ المرسوم التنفيذي لسنة 2007 والذي دخل حيز التنفيذ منذ بداية 2008 أعطى أولوية لتحسين جودة الخدمات المقدمة، من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.¹

وقد أعطت سياسة الإصلاح الجديدة مكانة للقطاع الخاص حيث بلغ عدد الأسر في القطاع الخاص إلى ما يزيد على 3000 سرير، ووصل في القطاع العام إلى أكثر من 62000 سرير. أما بخصوص الاستثمارات في هذا المجال فقد فتحت الجزائر أمام المستثمرين الأجانب مثل بعض الشركات الأجنبية في إصلاح العتاد وصيانتها، ومنهم مهندسين جزائريين إضافة إلى بعض الأجانب في حرية الانتقال عبر جميع التراب الوطني بهدف إصلاح العتاد وصيانتها. وقد تم إنشاء مؤسسات كويبة متخصصة وخاصة في طب العيون في بعض ولايات الوطن الشبيء الذي يفتح ويحث المؤسسات الجزائرية على الاهتمام أكثر بالجودة في تقديم الخدمات وبلوغ الجودة العالية.

ب. أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها:

لم يدع التقدير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، أنه وضع قائمة كاملة للمشاكل التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، وخصوصا المستشفى، وإنما قدم حوصلة عن العقبات والمشاكل الأكثر بروزا، وتمس جوانب جد مهمة.

1 - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 30 ماي 2007، العدد 30، ص 11، ملحق رقم 02.

وفيما يلي عرض للاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والتدابير المتخذة لمعالجتها:

1. الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها:

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة اختلالات تتمثل في نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى، ويمكن إرجاع ذلك إلى ما يلي:

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية.
- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
- مديونية ثقيلة.
- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.

وعلى ضوء ما سبق، تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرضها فيما يلي:¹

- ✓ البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استيراد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
- ✓ إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال مدونة الأعمال الطبية والتسعير.
- ✓ قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين، حيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
- ✓ الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري.
- ✓ تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى، كإخراج المصالح الاقتصادية والعامة عن المستشفى.

1 – Centre For administrative innovation in the Euro-Mediterranean Region, Assistance social dans la region Méditerranéenne, Algérie.

<http://www.unpanl.un.org/intraddoc/groups/public/document/CAIMED/unpan018927.pdf>

- ✓ وضع مخطط حسابات المستشفيات.
 - ✓ ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات.
 - ✓ إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات.
 - ✓ إعفاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
 - ✓ الانتقال من منظومة ميزتها تمويلًا الهيكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
 - ✓ نقل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستعجالات، التعليم، البحث والوقاية) تستفيد من تخصيصات الميزانية الإجمالية.
 - ✓ جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية.
 - ✓ تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
 - ✓ وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى.
 - ✓ مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.
- وتجدر الإشارة إلى أن القطاع الخاص يستثني الفئات المعوزة من العلاج، بالإضافة إلى عشوائية تحديد أتعاب الأعمال وتكاليفها، وعلى هذا الأساس توجد محاولات التفكير مع المؤسسات المعنية بالتأمين على المرض في طريقة تمويل هذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية بدون أن يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف المترتبة عن العلاج، بالإضافة على اعتماد الشفافية بخصوص أتعاب الأعمال وتكاليفها.¹
- 2. الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها:**
- لا يمكن التكلم عن تمويل أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية والموارد البشرية، وكذلك في غياب نظام إعلامي موثوق فيه وتكوين فعال للمستخدمين، وعلى هذا الأساس ارتأينا إلقاء نظرة على ما أقره مشروع الإصلاح في كل جانب على حدى:

1 – Centre For administrative innovation in the Euro-Mediterranean Region, Assistance social dans la region Méditerranéenne, Algérie

• العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية وتدابير معالجتها:

- لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، سنبرزها في الآتي:
- تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة.
 - تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة.
 - تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها.
 - نقص في صيانة العتاد الطبي.
 - نفاذ الموارد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطئتها الاختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية.
 - تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.
 - وبالطبع لم تترك هذه النقاط بدون معالجة، بل حاول ذات المجلس وضع بعض الحلول والاقتراحات بشكل موازي للاختلالات السابقة كما يلي:
 - الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهم الإدارة المركزية وهيكلتها غير المركزة.
 - مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز.
 - لقد تم توحيد الوسائل المادية والموارد البشرية.
 - إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.
 - جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلًا وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤولياتها.
 - تزويد المستشفيات بالهيكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.
 - أما فيما يخص القطاع الخاص، فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية.

• العراقيل المرتبطة بالإعلام وأوجه معالجتها:

- أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة (العمومي، الخاص) وذلك لعدة اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:
- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
- التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية والشبه طبية.
- مدارس التكوين شبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
- تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات.
- كما خص ذات المجلس أهمية أكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة والسكان على العمل بها، والتي سنهتم بإبرازها في النقاط الآتية:¹
- إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات التعليم المقدم وذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي.
- وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.
- أما فيما يخص المتدربين الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة للحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.
- إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.

1 – Centre For administrative innovation in the Euro-Mediterranean Region, Assistance social dans la region Méditerranéenne, Algérie, op.cit.

- جعل الترخيص لممارسة شبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطا بالقيام بتكوين مؤهل لمدة ثلاث سنوات في المؤسسات العمومية للصحة.
- وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج مع التعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.
- مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة بالإضافة إلى أن الاهتمام بالبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء "جامعة لعلوم الصحة" في المستقبل القريب.
- واستنادا على ما سبق يمكن استخلاص أن هذه التدابير المقترحة في شتى الجوانب ليست جامعة مانعة، ولكي يتم تجسيدها في الواقع الميداني يجب إثراء التفكير حول إصلاح المستشفيات في مختلف الجوانب المذكورة سابقا قصد بناء هيكل قانوني، إداري، مالي واجتماعي متين على المدى المتوسط والبعيد.
- تمثل الخدمات الصحية مؤشرا للتنمية البشرية لأنها ترتبط بالتنمية والتخطيط التنموي، وهي تشكل أحد القطاعات الاجتماعية المهمة التي تسعى كل دولة لتطويرها وتحقيق جودة منتجها الخدمي وتوفيرها لجميع أفراد المجتمع.¹
- ويهدف هذا البحث إلى توضيح واقع جودة الخدمات الصحية وأثرها على رضا المريض في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، من حيث المكونات الأساسية للكشف عن أهم الفروقات والتباينات الموجودة من أجل اتخاذ التدابير والإجراءات الضرورية التي تساهم في تحقيق توازنا مجالية وضمان كفاءة وكفاية المكونات الصحية.

خلاصة الفصل:

لقد كان هدفنا من خلال هذا الفصل هو التعرف على مهنة الطب في الجزائر والمراحل التاريخية التي مر بها هذا القطاع الحساس.

1 – Centre For administrative innovation in the Euro-Mediterranean Region, Assistance social dans la region Méditerranéenne, Algérie, op.cit.

كما تطرقنا إلى أهم التطورات التي طرأت على المستشفى عبر التاريخ، كما كان من المهم التحدث عن أخلاقيات الطبيب الجزائري التي يعتمد عليها خلال ممارسته لهذه المهنة. وما هي المرجعيات الأساسية التي يستمد منها الطبيب الجزائري هذه الأخلاقيات والتي بدورها تعينه على التصرف المثالي في حل المشكلات الصحية أو الأخلاقية التي يتعرض لها الطبيب يوميا. كما وجب الحديث على أهم المشكلات التي تعاني منها المنظومة الصحية ككل وأهم الإصلاحات المطروحة والمطبقة في إصلاح هذا القطاع، حتى تصل الجزائر به إلى طب هادف وراقي وفعال.

الباب الثاني

الجانب الميداني

الفصل السابع : الدراسة الاستطلاعية والأساسية للبحث .

ـ أولاً : الدراسة الاستطلاعية .

ـ ثانيا : الدراسة الأساسية .

■ أولاً : الدراسة الاستطلاعية :

سنحاول من خلال هذا المبحث معرفة الهدف من الدراسة الاستطلاعية و التعريف بأداة الدراسة ثم نقوم بحساب الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة في البحث الحالي .

أ - **هدفها :** من بين الأهداف التي سعيها لأجلها في الدراسة الاستطلاعية هي كالتالي :

1. التحقق من ملائمة استمارة الاستبيان للبحث الحالي ومدى فهم الأطباء لفقراته ومصطلحاته .

2. اكتشاف بعض جوانب القصور في استمارة الاستبيان .

3. تحديد الوقت المستغرق في عملية التطبيق .

4. التمرن على إجراءات تطبيق استمارة الاستبيان .

ب - **التعريف بأداة البحث :** لقد استخدمنا في دراستنا الحالية استمارة استبيان وقد تضمنت

أربع محاور هي على النحو التالي :

1. معلومات خاصة بالتكوين الطبي .

2. أسئلة حول إلزام الطبيب بأخلاقيات المهنة .

3. أسئلة حول المنظومة القانونية والتشريعية في تنظيم مسؤولية الطبيب .

4. أسئلة حول تأثير الحادثة و المستجدات الطبية على أخلاقيات الطبيب .

بحيث تشكلت الاستمارة في شكلها النهائي من 46 عبارة ، كل محور له مجموعة من العبارات

التي تتبعه كما هو موضح في الجدول التالي :

وسنحاول التعريف بالاستمارة من خلال هذا البحث :

المحاور	مضمون المحور	أرقام الفقرات التي تقيسها
المحور الأول	معلومات خاصة بالتكوين الطبي	11-10-09-08-07-06-05-04-03-02-01
المحور الثاني	أسئلة حول إلزام الطبيب بأخلاقيات المهنة	25-24-23-22-21-20-19-18-17-16-15-14-13-12
المحور الثالث	أسئلة حول المنظومة القانونية والتشريعية في تنظيم مسؤولية الطبيب	37-36-35-34-33-32-31-30-29-28-27-26
المحور الرابع	أسئلة حول تأثير الحادثة و المستجدات الطبية على أخلاقيات الطبيب	-45-44-43-42-41-40-39-38

جدول رقم (01) يوضح : عبارات استمارة الاستبيان ومضمون محورها

طريقة الإجابة على استمارة الاستبيان :

تكون الإجابة عن فقرات المقياس المكونة من " 46" فقرة إما بـ "نعم" أو "لا" وذلك حينما يوافق المفحوص على العبارة ويقبلها ، أو بـ "لا" حينما لا يوافق المفحوص على العبارة . بعدها ينتقل الى الخيارات الموجودة ، وتم فتح باب الإضافة إن لم تكن الخيارات كافية بعبارة " أخرى "

• طريقة تصحيح استمارة الاستبيان :

تعطى القيمة 01 للإجابة التي تدل على قبول المفحوص للعبارة 00 للإجابة التي تدل على رفض المفحوص للعبارة ، أما الخيارات المقترحة فهي تعبير عن وجهة النظر التي يرى الطبيب أنها أكثر شيوعا ، لتحسب في شكل نسبة مئوية فيما بعد تعطينا صورة عن الواقع الذي وضعت من أجله العبارة

خصائصه استمارة الاستبيان :

استخدمنا استمارة الاستبيان لأغراض تشخيصية ، فهو يكشف عن أخلاقيات مهنة الطب لدى الطبيب الجزائري في ضوء الشريعة الإسلامية

إعادة حساب الخصائص السيكمترية لأداة البحث :

حرصنا منا على أن تكون الأداة المستخدمة في بحثنا هذا ملائمة لأهداف البحث ، ولها الموصفات العلمية التي تجعل من نتائجها تتمتع بالمصداقية، أعدنا حساب الخصائص السيكمترية لأداة البحث وقد كانت النتائج على النحو التالي :

1. صدق وثبات استمارة الاستبيان في الدراسة الحالية:

للتأكد من توافر الخصائص السيكمترية للمقياس في الدراسة الحالية فقد تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قدرها 175 طبيب وتنوعت العينة بين الطب العام والطب الخاص وكانت النتائج كالتالي :

• صدق استمارة الاستبيان:

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي وذلك على جانبين :ارتباط كل عبارة مع المحور التابع لها ، وكذا ارتباط العبارة مع الاستمارة ككل ، وكذا ارتباط المحور مع استمارة الاستبيان ككل.

ارتباط كل عبارة مع المحور التابع لها ومع المقياس ككل ، وكذا ارتباط المحور مع استمارة الاستبيان ككل:

و يوضح الجدول رقم (02) ذلك :

القيم الارتباطية بين :					
المحور الأول	العبارة 04	العبارة 03	العبارة 02	العبارة 01	الدرجة الكلية لـ
	0.304	0.338	0.270	0.298	للمقياس
	0.698	0.427	0.452	0.789	المحور الأول
	العبارة 08	العبارة 07	العبارة 06	العبارة 05	الدرجة الكلية لـ
	0.274	0.370	0.421	0.314	للمقياس
	0.608	0.432	0.585	0.499	المحور الأول
		العبارة 11	العبارة 10	العبارة 09	الدرجة الكلية لـ
		0.321	0.356	0.412	للمقياس
		0.632	0.462	0.502	المحور الأول
المحور الثاني	العبارة 15	العبارة 14	العبارة 13	العبارة 12	الدرجة الكلية لـ
	0.475	0.313	0.420	0.343	للمقياس
	0.424	0.567	0.5780	0.622	المحور الثاني
	العبارة 19	العبارة 18	العبارة 17	العبارة 16	الدرجة الكلية لـ
	0.375	0.320	0.420	0.377	للمقياس
	0.731	0.710	0.446	0.580	المحور الثاني
	العبارة 23	العبارة 22	العبارة 21	العبارة 20	الدرجة الكلية لـ
	0.398	0.377	0.840	0.372	للمقياس
	0.534	0.457	0.505	0.447	المحور الثاني
			العبارة 25	العبارة 24	الدرجة الكلية لـ
			0.361	0.266	للمقياس
			0.670	0.807	المحور الثاني
المحور الثالث	العبارة 29	العبارة 28	العبارة 27	العبارة 26	الدرجة الكلية لـ
	0.446	0.374	0.578	0.529	للمقياس

	المحور الثالث	0.570	0.734	0.705	0.677
	الدرجة الكلية لـ	العبارة 30	العبارة 31	العبارة 32	العبارة 33
	للمقياس	0.418	0.325	0.472	0.361
	المحور الثالث	0.752	0.701	0.713	0.548
	الدرجة الكلية لـ	العبارة 34	العبارة 35	العبارة 36	العبارة 37
	للمقياس	0.353	0.477	0.331	0.392
	المحور الثالث	0.593	0.551	0.646	0.641
	الدرجة الكلية لـ	العبارة 38	العبارة 39	العبارة 40	العبارة 41
	للمقياس	0.402	0.398	0.475	0.338
	المحور الرابع	0.832	0.593	0.756	0.728
	الدرجة الكلية لـ	العبارة 42	العبارة 43	العبارة 44	العبارة 45
	للمقياس	0.492	0.241	0.324	0.378
	المحور الرابع	0.772	0.520	0.653	0.806
	الدرجة الكلية لـ	العبارة 46			
	للمقياس	0.416			
	المحور الرابع	0.679			

جدول رقم (02) : يوضح قيم الاتساق الداخلي ارتباط كل عبارة مع المحور التابع لها ، وكذا ارتباط العبارة مع الاستمارة ككل ، وكذا ارتباط المحور مع استمارة الاستبيان ككل لعينة الدراسة الاستطلاعية (ن = 175)

يتضح من الجدول رقم (02) أن قيم الارتباط بين العبارة والمحور الأول تتراوح بين 0.789 للعبارة رقم (01) - هل واجهتك مشاكل أثناء فترة التكوين - مع المحور الأول - معلومات خاصة بالتكوين الطبي - في الحد الأعلى ، وبين 0.432 للعبارة رقم (07) - هل تفهم جميع الدروس التطبيقية - و العبارة رقم (03) - هل للطبيب مصادر توعية من منظورك الخاص - مع المحور الأول في حدها الأدنى .

أما قيم الارتباط بين العبارات و استمارة الاستبيان ككل في المحور الأول فقد تراوحت بين 0.421 للعبارة رقم (06) - هل تعتقد أن الدروس التطبيقية كافية خلال الأسبوع - في الحد الأعلى ، وما بين 0.274 للعبارة رقم (02) - هل سبق و أن درست مواد حول أخلاقيات الطب -

والعبارة رقم (08) - إذا نقص أحد المقاييس التي برمجت في تكوينك خلال سنوات الدراسة هل ياثّر ذلك على مردودك المهني كطبيب بعدها - مع استمارة الاستبيان ككل في المحور الأول في حدها الأدنى.

ضف إلى هذا فقد تحدد ارتباط المحور الأول مع استمارة الاستبيان ككل 0.386

كما يتضح من الجدول رقم (02) أن قيم الارتباط بين العبارة و المحر الثاني تتراوح بين 0.807 للعبارة رقم (24) - هل هناك أخطاء مهنية وأخلاقية في الممارسات الطبية - مع المحور الثاني - أسئلة حول إلزام الطبيب بأخلاقيا ت المهنة - في الحد الأعلى، وبين 0.446 للعبارة رقم (17) - هل تفحص الكثير من المرضى - مع المحور الثاني في حدها الأدنى .

أما قيم الارتباط بين العبارات و استمارة الاستبيان ككل في المحور الثاني فقد تراوحت بين 0.840 للعبارة رقم (21) - هل واجهتك مشاكل مع زملائك في العمل - في الحد الأعلى، وما بين 0.266 للعبارة رقم (24) - هل هناك أخطاء مهنية وأخلاقية في الممارسات الطبية مع استمارة الاستبيان ككل في المحور الثاني في حدها الأدنى.

ضف إلى هذا فقد تحدد ارتباط المحور الثاني مع استمارة الاستبيان ككل 0.425

ويؤكد الجدول رقم (02) أن قيم الارتباط بين العبارة و المحر الثالث تتراوح بين 0.752 للعبارة رقم (30) - هل تراعي المنظومة التشريعية القانونية في نصوصها الجوانب الشرعية - مع المحر الثالث - أسئلة حول المنظومة القانونية والتشريعية في تنظيم مسؤولية الطبيب - في الحد الأعلى، وبين 0.570 للعبارة رقم (26) - هل سبق وأن أدت القسم الطبي - مع المحور الثاني في حدها الأدنى .

أما قيم الارتباط بين العبارات و استمارة الاستبيان ككل في المحور الثالث فقد تراوحت بين 0.578 للعبارة رقم (27) - هل هناك ضوابط تحكم القسم - في الحد الأعلى، وما بين 0.325 للعبارة رقم (31) - هل للمجالس الأخلاقية دور في ضبط ممارسات الطبيب الجزائري - مع استمارة الاستبيان ككل في المحور الثاني في حدها الأدنى.

ضف إلى هذا فقد تحدد ارتباط المحور الثالث مع استمارة الاستبيان ككل 0.399

كما يتضح من الجدول رقم (02) أن قيم الارتباط بين العبارة و المحور الرابع تتراوح بين 0.832 للعبارة رقم (38) -هل المشروع الجزائري يساير كل المستجدات الطبية ويخضعها لرأي القانون - مع المحور الرابع - أسئلة حول تأثير الحادثة و المستجدات الطبية على أخلاقيات الطبيب - في الحد الأعلى، وبين 0.250 للعبارة رقم (42) - هل يشارك الأطباء في جريمة الإجهاض - مع المحور الرابع في حدها الأدنى .

أما قيم الارتباط بين العبارات و استمارة الاستبيان ككل في المحور الرابع فقد تراوحت بين 0.492 للعبارة رقم (42) - هل يشارك الأطباء في جريمة الإجهاض - في الحد الأعلى، وما بين 0.241 للعبارة رقم (43) - هل هناك حالات معروضة لا يخضعها الطبيب لرأي الفقه (الشرع) - مع استمارة الاستبيان ككل في المحور الرابع في حدها الأدنى.

ضف إلى هذا فقد تحدد ارتباط المحور الرابع مع استمارة الاستبيان ككل 0.247

ويتضح من الجدول رقم (02) أن قيم الارتباط بين كل عبارة والعبارة التابعة لها وبين العبارات والمجموع الكلي للمقياس تتمتع بدرجة جيدة من الصدق إذ كانت كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01

ارتباط كل محور بالمحاور الأخرى وكل محور مع الاستمارة ككل : والجدول (03) :

رقم العبارة	المحور الأول	المحور الثاني	المحور الثالث	المحور الرابع	المجموع
المحور الأول		0.261	0.256	0.373	0.439
المحور الثاني			0.330	0.263	0.471
المحور الثالث				0.530	0.481
المحور الرابع					0.425
المجموع	0.432	0.299	0.554	0.477	0.239

جدول رقم (03) :يوضح قيم الاتساق الداخلي لمحاور استمارة الاستبيان و المحاور مع الاستمارة ككل

لعينة الدراسة الاستطلاعية (ن = 175)

يتضح من الجدول السابق أن قيم الارتباط بين كل محور مع المحاور الأخرى تتراوح بين 0.261 لارتباط العبارة الثاني- أسئلة حول إلزام الطبيب بأخلاقيات المهنة - مع المحور الأول - معلومات خاصة بالتكوين الطبي - في حدها الأعلى ، وبين 0.260 لارتباط المحور الرابع - أسئلة حول تأثير الحادثة و المستجدات الطبية على أخلاقيات الطبيب - مع المحور الثاني - أسئلة حول إلزام الطبيب بأخلاقيات المهنة - في حده الأدنى .

ويتضح من الجدول (03) أن القيم الارتباطية بين المحاور واستمارة الاستبيان ككل تراوحت بين 0.432 في حدها الأعلى مع المحور الأول - معلومات خاصة بالتكوين الطبي - وفي حدها الأدنى 0.329 مع المحور الرابع - - أسئلة حول تأثير الحادثة و المستجدات الطبية على أخلاقيات الطبيب -

إلى هنا يمكننا القول ان الارتباط المحاور فيما بينها ومع الدرجة لكلية لاستمارة الاستبيان تتمتع بدرجة جيدة من الصدق عند مستوى الدلالة 0.01

• صدق المحكمين :

قمنا بعرض استمارة الاستبيان على مجموعة من المحكمين وكانت النتائج كما يوضح الجدول

رقم (04) للنسب المئوية :

النسب المئوية				
المرتبة الأولى	المرتبة الثانية	المرتبة الثالثة	المرتبة الرابعة	
76.00	72.00	98.00	86.00	المحكم 01
57.00	87.00	92.00	69.00	المحكم 02
77.00	76.00	77.00	61.00	المحكم 03
94.00	73.00	100	96.00	المحكم 04
80.00	92.00	66.00	82.00	المحكم 05
88.00	100.00	61.00	92.00	المحكم 06
97.00	92.00	96.00	90.00	المحكم 07
97.00	62.00	92.00	72.00	المحكم 08
82.00	87.00	81.00	65.00	المحكم 09
100	70.00	96.00	97.00	المحكم 10
86.00	90.00	68.00	65.00	المحكم 11
91.00	61.00	69.00	74.00	المحكم 12
93.00	90.00	73.00	95.00	المحكم 13
57.00	96.00	85.00	94.00	المحكم 14
95.00	62.00	91.00	77.00	المحكم 15

جدول رقم (04) : يوضح النسب المئوية لمحكمي استمارة الاستبيان

لعينة الدراسة الاستطلاعية (ن = 175)

• ثبات استمارة الاستبيان :

للتأكد من ثبات استمارة الاستبيان قمنا بخطوتين هما :

• إعادة تطبيق الاختبار :

طبّقنا الاختبار على العينة الاستطلاعية ثم أعدنا التطبيق بعد فترة زمنية قدرها شهران ووجدنا أن معامل الثبات هو **0.941** وهو معامل ثبات جيد .

• قمنا بحساب معامل " ألفا كرونباخ " والتجزئة النصفية على عينة الدراسة الاستطلاعية وكانت النتائج كما يلي :

الثبات بطريقة التجزئة النصفية					الثبات ألفا كرونباخ	عدد بنود المقياس		
ألفا للجزء 01	ألفا للجزء 01	جتمان	سبرمان براون	ارتباط الجزئين		للجزء 02	للجزء 01	إجمالي
0.669	0.674	0.609	0.730	0.933	0.963	30	30	60

جدول رقم (05): قيم الثبات الكلي لاستمارة الاستبيان

المحسوبة بطريقة " الفا كرونباخ " والتجزئة النصفية لعينة الدراسة الاستطلاعية (ن = 175) يتضح من الجدول السابق أن قيم الثبات بطريقتي " ألفا كرونباخ " والتجزئة النصفية تدل على ثبات جيد لاستمارة الاستبيان مما يجعلنا مطمئنين لاستخدامه في الدراسة الحالية .

ثانيا : الدراسة الأساسية :

من خلال هذا البحث سنحاول التعرف على المنهج المستخدم وعينة الدراسة و الأدوات المستخدمة وكذا الأساليب الإحصائية التي تم إتباعها .

أ - المنهج المستخدم :

بما أن طبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث إتباع منهج معين يساعده على كشف ما ذهب إليه في فرضيات بحثه ، وبما أن المراد في دراستنا استطلاع رأي كان المنهج الوصفي هو الأنسب لبحثنا هذا، و الذي يعبر عنه " محمود عبد منسي " ب: " الطريقة التي ترتبط ظاهرة معاصرة بقصد وصفها وصفا دقيقا وتفسيرها تفسيراً علمياً " . (محمود عبد المنسي. 2002. ص201)

ب مجتمع البحث:

1. كيفية إجراء اختيارها :

إن مجتمع البحث يتكون من الأطباء سواء كان طب عاما أو خاصا ، حيث بلغ تعداد المجتمع الأصلي للدراسة 1100 طبيبا ، وبطريقة عرضية كانت العينة قد تشكلت من الأطباء طب عام وخاص ، بواقع 225 طبيب عام ، و 75 طبيب خاص . فكان عدد العينة 300 طبيب . وبالتالي تمثيلها بحسب المعادلة يكون على النحو التالي :

$$\begin{array}{l} 1100 \longleftarrow 300 \\ \text{س} \longleftarrow \% 100 \\ \text{س} = \frac{1100 \times 100}{300} = \% 36.66 \end{array}$$

2. خصائص العينة :

- الجنس : حيث اعتبرنا عامل الجنس ضروري حتى تكون النتائج قابلة للتعميم .
- العمر الزمني : تراوح بين 39 - 45 بالنسبة للطب الخاص بمتوسط قدره 43.15 أما بالنسبة للطب العام فهو أيضا يتراوح بين 32 - 53 بمتوسط قدره 46.85
- التخصص : تنوع تشكيل العينة بين الطب العام و الطب الخاص ، والجدول التالي يوضح مجتمع دراسة:

العدد	ذكور	إناث
225	139	86
75	30	45
300	169	131
الطب العام		
الطب الخاص		
المجموع العام		

الجدول رقم (06): يوضح تشكيل عينة الدراسة

ت أدوات البحث :

بما أن متغيرات الدراسة قد أخذ حيز كبير في التراث السيكلوجي فقد تم استخدام استمارة استبيان لدراسة فرضيات موضوعنا

وقد تم إعادة حساب خصائصها السيكومترية على عينة استطلاعية وأشارت النتائج إلى أن صدقها وثباتها مما يسمح لنا باستخدامها للتحقق من الفرضيات التي نحن بصدد دراستها والوقوف على نتائجها .

ث - الأساليب الإحصائية :

لقد تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية وهي :

1. المتوسط الحسابي .
2. معامل الارتباط لـ "كارل برسون" .
3. معامل الارتباط " ألفا كرونباخ " .

وقد استخدمنا نظام spss في عملية الحساب . كما قام الطالب بتفريغ وتحليل الاستبيان من

خلال برنامج التحليل الإحصائي

(SPSS V23) ، ، حيث قام الطالب باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:

4. اختبار ألفا كرونباخ لمعرفة ثبات أسئلة استمارة الاستبيان .
5. التكرارات والنسب المئوية لتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة وتعرف على اتجاهاتهم نحو أسئلة وعبارات أداة الدراسة .
6. اختبار كاي تربيع لدلالة الإحصائية على وجود فروق في إجابات العينة على أسئلة أداة الدراسة

$$x^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

fo: التكرارات المشاهدة

fe: التكرارات النظرية وهي ناتج قسمة مجموع التكرارات المشاهدة على عدد فئات المتغير النوعي وهي نفسها بالنسبة لكل الخانات .

✓ والقاعدة العامة في تحليل إجابة أفراد العينة الدراسة أي في دلالة الإحصائية لإجابات

على الأسئلة الاستبيان في وجود فروق بين الإجابات

دالة إذا كان 2 ك المحسوبة أكبر من 2 ك الجدولة

غير دالة إذا كانت 2 ك المحسوبة أقل من الجدولة

درجة الحرية ل (نعم ، لا) هي : عدد البدائل 1 مثلا هنا 1

درجة الحرية ل (نعم ، لا ، نوعا ما) هي : عدد البدائل -1 مثلا هنا 2

كـ2 المجدولة عند درجة حرية 1 ومستوى الدلالة 0.05 هي 3.84

كـ2 المجدولة عند درجة حرية 2 ومستوى الدلالة 0.05 هي 5.99

7. الرسوم والإشكال البيانية لتوضيح اتجاهات أفراد العينة

الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج وتفسيرها

.

ـ أولاً : عرض وتحليل نتائج فرضيات البحث .

ـ ثانيا : مناقشة النتائج وتفسيرها .

أولاً: عرض وتحليل نتائج فرضيات البحث :

عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرضية العامة: نصت الفرضية العامة على :

يلتزم الطبيب الجزائري في ممارسته لمهنة الطب بما تفرضه طبيعة هذه المهنة من أخلاقيات متعارف عليها .
و الجدول التالي يوضح نتائج المعالجة الإحصائية للفرضية العامة فكانت النتائج كالتالي :

المحور الأول				المحور الثاني				المحور الثالث				المحور الرابع				
رقم العبارة	النسبة	البديل أكثر تكرار	نتيجة دلالة 2ك	رقم العبارة	النسبة	البديل أكثر تكرار	نتيجة دلالة 2ك	رقم العبارة	النسبة	البديل أكثر تكرار	نتيجة دلالة 2ك	رقم العبارة	النسبة	البديل أكثر تكرار	نتيجة دلالة 2ك	
1	75.00	لا	دال	12	68.67	نعم	دال	25	68.67	نعم	دال	.37	70.67	نعم	دال	
2	72.00	نعم	دال	13	92.00	نعم	دال	26	63.67	لا	دال	.38	56.00	نعم	دال	
3	71.00	نعم	دال	14	85.00	نعم	دال	27	68.67	نعم	دال	39	68.67	نعم	دال	
4	54.70	لا	—	15	77.00	نعم	دال	28	53.33	لا	-	40	52.00	نعم	—	
5	62.70	نعم	دال	16	86.33	نعم	دال	29	64.00	نعم	دال	41	83.00	لا	دال	
6	50.00	-	—	17	87.67	نعم	دال	30	52.00	لا	-	42	56.00	لا	دال	
7	69.30	نعم	دال	18	77.67	نعم	دال	31	52.00	نعم	-	43	54.67	لا	—	
8	62.00	نعم	دال	19	83.00	نعم	دال	32	73.33	نعم	دال	44	52.33	نعم	—	
9	60.67	نعم	دال	20	53.33	لا	دال	33	53.00	نعم	-	45	61.00	نعم	دال	
10	55.00	نعم	—	21	53.33	لا	-	34	70.67	نعم	دال					
11	74.33	نعم	دال	22	61.00	لا	دال	35	69.67	نعم	دال					
				23	55.00	لا	-	36	63.67	نعم	دال					
				24	68.33	لا	دال									
نسبة الدلالة			% 81.81		% 84.61				% 66.66				% 66.66			
نسبة الدلالة للفرضية العامة			% 73.33													

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (07) : نتائج المعالجة الإحصائية للفرضية العامة .

من خلال الجدول رقم (07) نجد أن نسبة الدلالة لعبارات الاستمارة على العينة كانت على النحو التالي :

- الفرضية الأولى - توجد علاقة بين البرامج التكوينية في المسار التكويني للطبيب الجزائري وأخلاقياته أثناء الممارسة
- كانت 81.81 % ، أما الفرضية الثانية - هل يعطي الطبيب الجزائري الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في

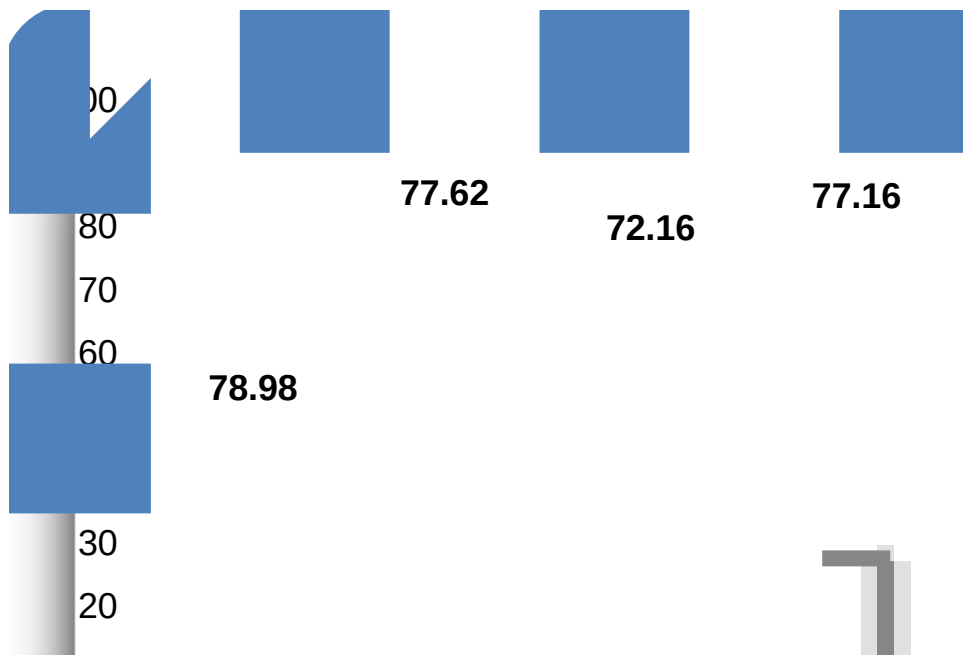
التزامه بممارسة مهنة الطب -84.61%، والفرضية الثالثة - تؤثر المنظومة القانونية في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري - وصلت 66.66%، و الفرضية الرابعة - يتأثر الطبيب الجزائري بالمستجدات الحديثة في التزامه بأخلاقيات مهنة الطب - بنسبة 66.66%، لتكون الفرضية العامة - يلتزم الطبيب الجزائري في ممارسته لمهنة الطب بما تفرضه طبيعة هذه المهنة من أخلاقيات متعارف عليها - بنسبة 73.33%

أما النسب المئوية للفرضية من محورها وكذا الفرضية من الفرضية العامة فكانت النتائج كالتالي :

الفرضية العامة	الفرضية الرابعة	الفرضية الثالثة	الفرضية الثانية	الفرضية الأولى	
76.41	77.16	72.16	77.62	78.98	نسبة الفرضية من محورها
	16.99	21.19	24.69	21.26	نسبة الفرضية من الفرضية العامة

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (08) : يمثل نسبة الفرضية من محورها و نسبة الفرضية من الفرضية العامة .



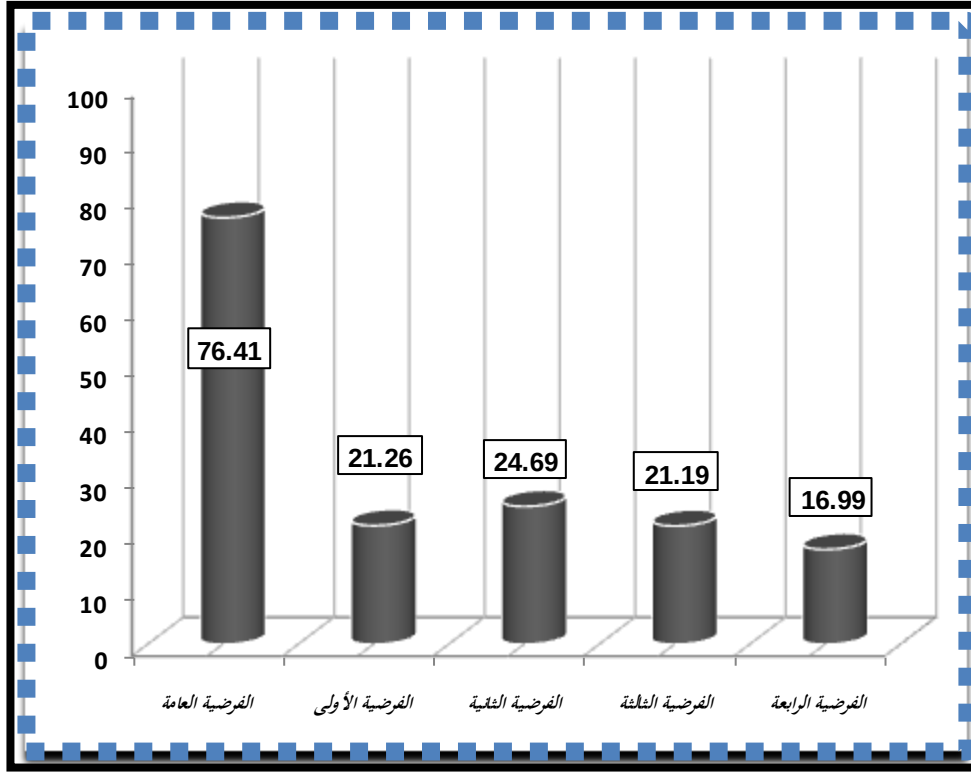
المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

رسم بياني (02) : نسبة الفرضيات الجزئية من الفرضية محورها .

من خلال الجدول أعلاه و الرسم البياني أدناه نجد أن نسبة الفرضيات من محورها لعبارات الاستمارة على العينة كانت على النحو التالي :

- الفرضية الأولى - توجد علاقة بين البرامج التكوينية في المسار التكويني للطبيب الجزائري وأخلاقياته أثناء الممارسة
- كانت 78.98%، أما الفرضية الثانية - هل يعطي الطبيب الجزائري الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في

- التزامه بممارسة مهنة الطب -77.62 %، والفرضية الثالثة - تؤثر المنظومة القانونية في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري -72.16 %، و الفرضية الرابعة - يتأثر الطبيب الجزائري بالمستجدات الحديثة في التزامه بأخلاقيات مهنة الطب - بنسبة 77.16 %، لتكون الفرضية العامة - يلتزم الطبيب الجزائري في ممارسته لمهنة الطب بما تفرضه طبيعة هذه المهنة من أخلاقيات متعارف عليها - بنسبة 76.41 % .



المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23
رسم بياني (03) : نسبة الفرضيات الجزئية من الفرضية العامة .

- من خلال الجدول أعلاه و الشكل أدناه نجد أن نسبة الفرضيات من الفرضية العامة لعبارات الاستمارة على العينة كانت على النحو التالي :
- الفرضية الأولى - توجد علاقة بين البرامج التكوينية في المسار التكويني للطبيب الجزائري وأخلاقياته أثناء الممارسة كانت 21.26 %، أما الفرضية الثانية - هل يعطي الطبيب الجزائري الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في التزامه بممارسة مهنة الطب -77.62 %، والفرضية الثالثة - تؤثر المنظومة القانونية في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري -72.16 %، و الفرضية الرابعة - يتأثر الطبيب الجزائري بالمستجدات الحديثة في التزامه بأخلاقيات مهنة الطب - بنسبة 77.16 %، لتكون الفرضية العامة - يلتزم الطبيب الجزائري في ممارسته لمهنة الطب بما تفرضه طبيعة هذه المهنة من أخلاقيات متعارف عليها - بنسبة 76.41 % .
 - فالتائج الفرضيات أكدت أن البرنامج التكويني للطبيب له تأثير على أخلاقيته أثناء الممارسة وأن الطبيب الجزائري يعطي الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في إلتزامه بمهنة الطب ، كما أن المنظومة القانونية تؤثر في تنظيم

مسؤوليات الطبيب ، وأن الطبيب الجزائري لا يتأثر بالمستجدات الحديثة في ممارسته لمهنة الطب وبالتالي فالطبيب الجزائري يلتزم في ممارسته لمهنة الطب بما تفرضه طبيعة هذه المهنة من أخلاقيات متعارف عليها .

استنتاج :

من خلال النتائج المبينة في الجداول (07) (08) و الرسم البياني نقبل الفرضية القائلة :
يلتزم الطبيب الجزائري في ممارسته لمهنة الطب بما تفرضه طبيعة هذه المهنة من أخلاقيات متعارف عليه ١

✓ أ : عرض وتحليل إجابات أفراد العينة لأسئلة **المحور الأول :**

نص المحور الأول على مايلي :- توجد علاقة بين البرامج التكوينية في المسار التكويني للطبيب الجزائري وأخلاقياته أثناء الممارسة -.

• **عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (01) :**
هل واجهتك مشاكل أثناء فترة التكوين للتخصص ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كا ^٢ "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	75.000	75.00	225	لا
					25.00	75	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23
الجدول رقم (09) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (01) من المحور الأول

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل واجهتك مشاكل أثناء فترة التكوين للتخصص ؟" كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 225 وبنسبة 75.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم لصالح " نعم " بقيم مشاهدة: 75 أي بنسبة 25.00 % .

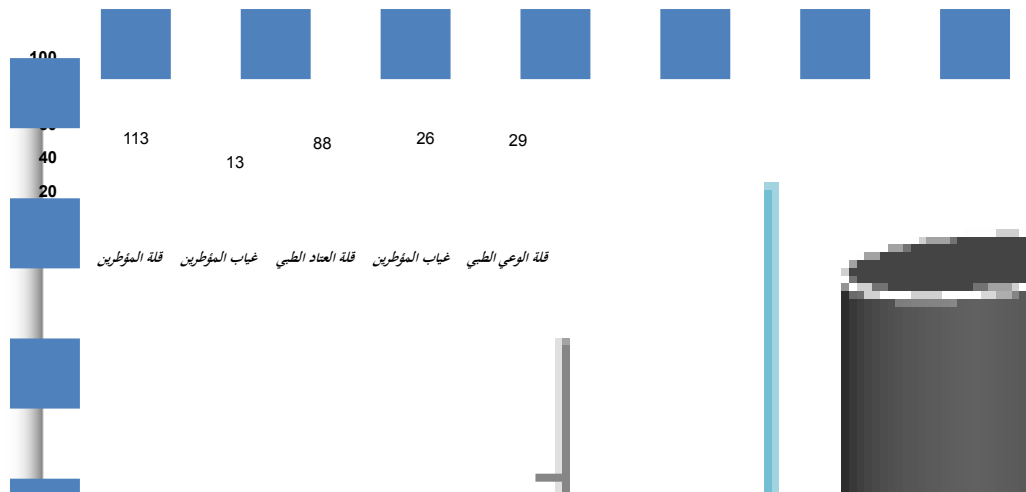
وأن كا² المحسوبة بلغت 75.000 وهي **أكبر** من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر تكرار : لا** وبنسبة 96.70 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون وبنسبة 75.00 % في إجاباتهم على السؤال الأول أنه لا توجد هناك مشاكل واجهتهم أثناء فترة التكوين

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الأول و التي توضح أسباب تلك المشاكل التي واجهت الأطباء أثناء التكوين فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية%	التكرارات العبارة01	الإجابات
37,70 %	113	قلة المؤطرين
4,30 %	13	غياب المؤطرين
29,3 %	88	قلة العتاد الطبي
8,7 %	26	غياب المؤطرين
9,7 %	29	قلة الوعي الطبي

جدول رقم (10) : يوضح أسباب المشاكل التي اعترضت الاطباء في تكوينهم



رسم بياني (04) : يوضح أسباب المشاكل التي اعترضت الاطباء في تكوينهم

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (04) : أما الإجابة على المؤشرات السؤال الأول و التي توضح أسباب تلك المشاكل التي واجهت الأطباء أثناء التكوين فكانت أعلاها قلة المؤطرين بنسبة 37,70 % أما أدناها غياب المؤطرين 8,7 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (02) :

هل سبق لك وأن درست مواد حول أخلاقيات الطب؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	84	28.00	3.841	58.080	0.000	2	دال
نعم	216	72.00					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (11) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (02) من المحور الأول

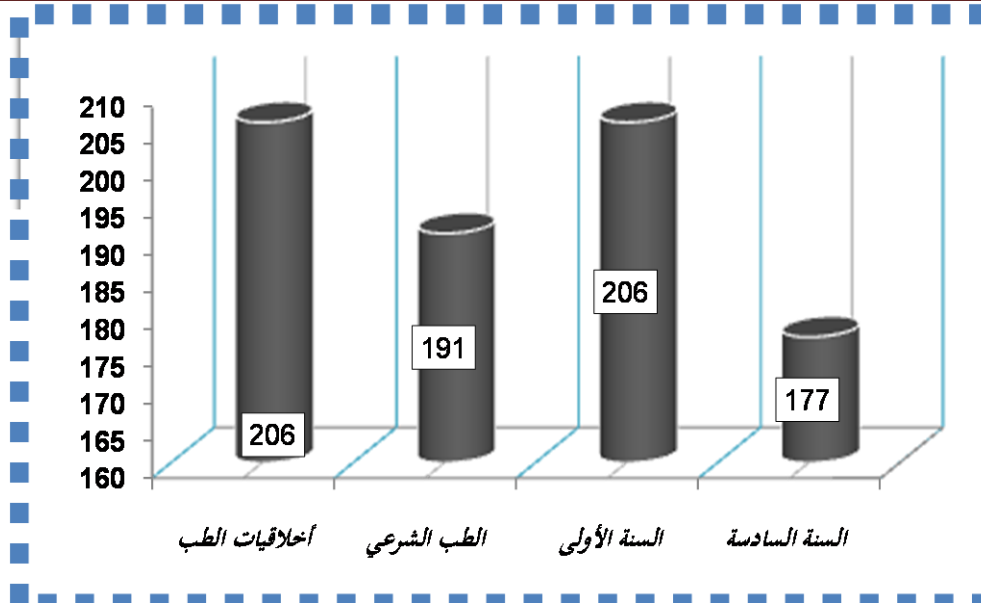
التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل سبق لك وأن درست مواد حول أخلاقيات الطب؟" كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 84 ونسبة 28.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم لصالح " نعم " بقيم مشاهدة: 216 أي نسبة 72.00 % . وأن كا² المحسوبة بلغت 58.080 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 02 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000) ، وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر تكرار : نعم** ونسبة 72.00 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 72.00 % في إجاباتهم على السؤال الثاني أن معظم الأطباء درسوا مواد حول أخلاقيات الطب .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الأول و التي توضح أسباب تلك المشاكل التي واجهت الأطباء أثناء التكوين فكانت على النحو التالي :

الإجابات	02 التكرارات العبارة	النسبة المئوية%
أخلاقيات الطب	206	% 68.70
الطب الشرعي	191	% 63.70
السنة التي طبقت هي :		
السنة الأولى	206	% 68,70
السنة السادسة	177	% 59,00

جدول رقم (12) : يوضح المواد التي درسها الأطباء تحوي أخلاقيات المهنة و السنة التي درست فيها



رسم بياني (05) : يوضح المواد التي درسها الأطباء تحوي أخلاقيات المهنة والسنة التي درست فيها يتضح من خلال الرسم البياني رقم (05) : أما الإجابة على المؤشرات السؤال الثاني و التي توضح المواد التي تحوي أخلاقيات المهنة فلقد تراوحت إجابة الأطباء بين من درسها في مادة الطب الشرعي وكانت بنسبة 63.70 % ومن درسها كمادة أخلاقيات الطب بنسبة 68.70 % . في حين تراوحت إجابات الأطباء بين من درس مادة أخلاقيات الطب في السنة الأولى جامعي وكانت النسبة 68.70 % وبين من درسها في السنة السادسة 59.00 %

- عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (03) : هل للطبيب مصادر توعية في منظورك الخاص ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كاي "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	52.920	29,0	87	لا
					71,0	213	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (13) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (03) من المحور الأول

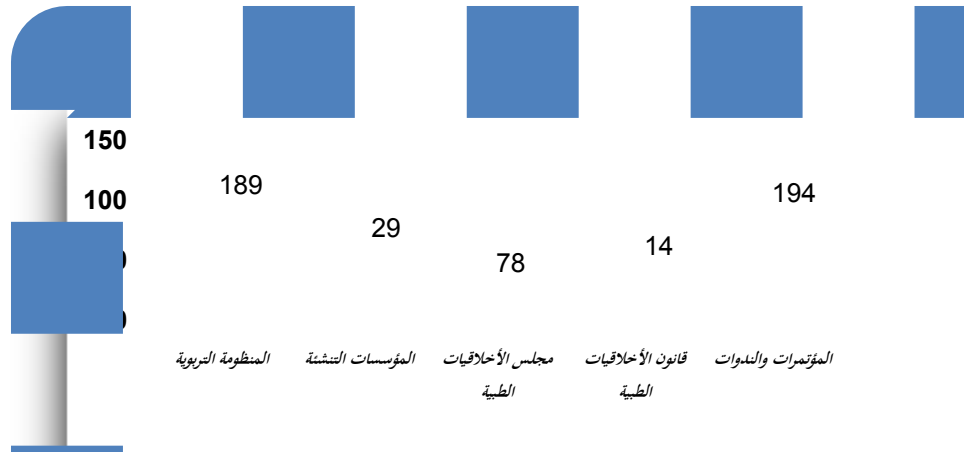
التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل للطبيب مصادر توعية في منظورك الخاص ؟" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 213 وبنسبة 71.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم لصالح " لا " بقيم مشاهدة: 87 أي بنسبة 29.00 % .

وأن كا2 المحسوبة بلغت 52.920 وهي أكبر من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : **نعم** ونسبة 71.00 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 71.00% في إجاباتهم على السؤال الثالث أنه تتوفر للطبيب مصادر توعية أما الإجابة على المؤشرات السؤال الأول و التي توضح مصادر توعية للأطباء فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية%	التكرارات العبارة03	الإجابات
63,00 %	189	المنظومة التربوية
09,70 %	194	المؤسسات التنشئة
26,00 %	78	مجلس الأخلاقيات الطبية
04,70 %	14	قانون الأخلاقيات الطبية
59,00 %	177	المؤتمرات والندوات

جدول رقم (14) : يوضح مصادر توعية الطبيب



رسم بياني (06) : يوضح مصادر توعية الطبيب

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (06) : أما الإجابة على المؤشرات السؤال الثالث و التي مصادر توعية للطبيب فكانت أعلاها المنظومة التربوية بنسبة 63.00 % أما أدناها فكان قانون أخلاقيات المهنة 04.70 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (04) :

هل تكوينك العلمي في مهنة الطب تؤهلك لمعالجة كافة الحالات المعروضة عليك ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	164	54,70	3.841	2.613	0.000	2	—
نعم	136	45,30					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (15) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (04) من المحور الأول

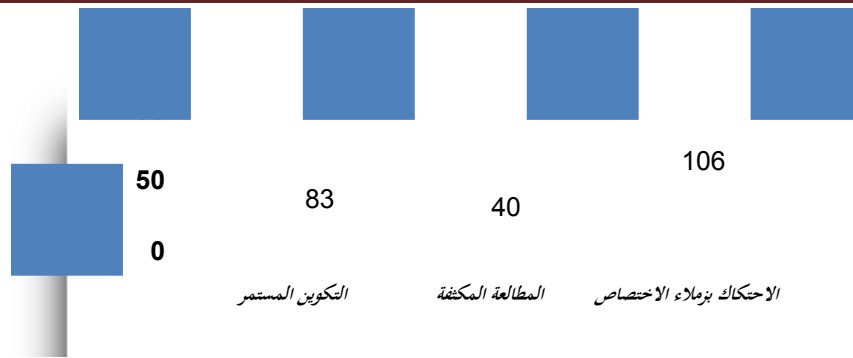
التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل تكوينك العلمي في مهنة الطب تؤهلك لمعالجة كافة الحالات المعروضة عليك؟ " كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 164 ونسبة 54.70 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 136 أي بنسبة 45.30 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 2.613 وهي **أقل** من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.106)، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي لا توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء كان متقارب في إجاباتهم على السؤال الرابع - هل تكوينك العلمي في مهنة الطب يؤهلك لمعالجة كافة الحالات المعروضة عليك ؟- في حين أكدت النسبة المئوية أن ما نسبته 54.70 % أجابوا بـ " لا " أما ما نسبته 45.30 % أجابوا بـ " بنعم " أما الإجابة على المؤشرات السؤال الرابع و التي توضح مدى مساهمة التكوين العلمي للأطباء في معالجة جميع الحالات المعروضة عليه فكانت على النحو التالي :

الإجابات	التكرارات العبارة 04	النسبة المئوية%
التكوين المستمر	83	27,70 %
المطالعة المكثفة	40	13,30 %
الاحتكاك بزملاء الاختصاص	106	35,30 %

جدول رقم (16) : يوضح مدى مساهمة التكوين العلمي للأطباء في معالجة جميع الحالات المعروضة



رسم بياني (07) : يوضح مدى مساهمة التكوين العلمي للأطباء في معالجة جميع الحالات المعروضة يتضح من خلال الرسم البياني (07) أما الإجابة على المؤشرات السؤال الرابع و التي توضح مدى مساهمة التكوين العلمي للأطباء في معالجة جميع الحالات المعروضة فلقد عبر معظم أفراد العينة و الذين أجابوا " لا " أن أفضل الآليات لتدارك هذا النقص هو الاحتكاك بزملاء الاختصاص بنسبة 35.30 % كحد أعلى ام المستوى الادنى فقد عبر بنسبة 13.30 % مؤكدا على ضرورة المطالعة المكثفة

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (05) :

هل توجد صعوبات ناجمة عن ممارسة هذه المهنة وهذا التخصص ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	المجدولة			
لا	112	37,30	19.253	3.841	0.000	2	دال
نعم	188	62,70					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (17) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (05) من المحور الأول

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل واجهتك مشاكل أثناء فترة التكوين للتخصص ؟" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 188 وبنسبة 62.70 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم لصالح " لا " بقيم مشاهدة: 112 أي بنسبة 37.30 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 19.253 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : **نعم** وبنسبة 62.70 % الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون وبنسبة 62.70% في إجاباتهم على السؤال الخامس أنه توجد صعوبات ناجمة عن ممارسة هذه المهنة وهذا التخصص .

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (06) :

هل تعتقد أن الدروس التطبيقية كافية في الأسبوع ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	150	50.00	3.841	1.000	0.000	2	—
نعم	150	50.00					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (18) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (06) من المحور الأول

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل تعتقد

أن الدروس التطبيقية كافية في الأسبوع ؟" كانت متكافئة بحيث " لا " القيم مشاهدة 150 وبنسبة 50.00 % وبقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 150 أي بنسبة 50.00 % .

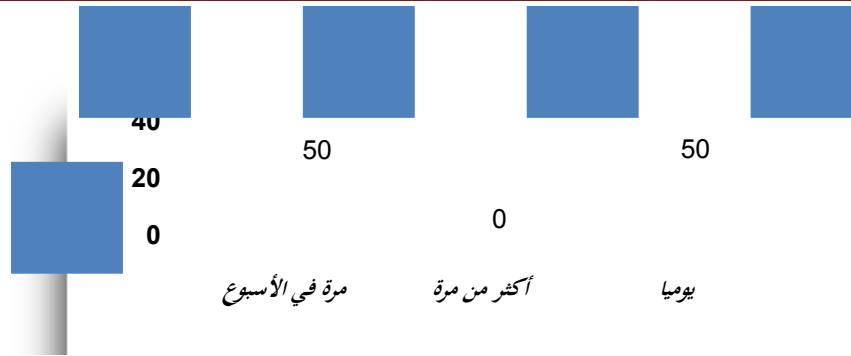
وأن كا² المحسوبة بلغت 0.000 وهي **اقل** من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 1.000)، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي لا توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء قد توزع و بالتساوي بنسبة 50.00% في إجاباتهم على السؤال السادس حول كفاية الدروس التطبيقية في الأسبوع وهذا ما يعكس الاختلاف في الرأي بين الأطباء .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الأول و التي توضح عدد المرات التي يتلقى فيها الأطباء للدروس التطبيقية فكانت على النحو التالي :

الإجابات	التكرارات العبارة 06	النسبة المئوية%
مرة في الأسبوع	50	50.00%
أكثر من مرة	00	00.00%
يومية	50	50.00%

جدول رقم (19) : يوضح عدد المرات التي يتلقى فيها الأطباء للدروس التطبيقية



رسم بياني (08) : يوضح عدد المرات التي يتلقى فيها الأطباء للدروس التطبيقية

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (08) : أما الإجابة على المؤشرات السؤال السادس و التي توضح مدى كفاية الدروس التطبيقية في الأسبوع، فقد توزعت بالتساوي بين من أكد عدم كفايتها مرة في الأسبوع بنسبة 50.00 % وبين من أكد أنه يتلقى دروس تطبيقية يوميا بنسبة 50.00 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (07) :

هل تفهم جميع الدروس التطبيقية ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	44.520	30,70	92	لا
					69,30	208	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (20) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (07) من المحور الأول

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل تفهم

جميع الدروس التطبيقية ؟ " كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 208 ونسبة 69.30 % بينما

بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 92 أي بنسبة 30.70 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 44.520 و هي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة

حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (Sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05

أي توجد دلالة إحصائية لصالح القيمة أكثر تكرار : نعم ونسبة 69.30 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 69.00 % في إجاباتهم على

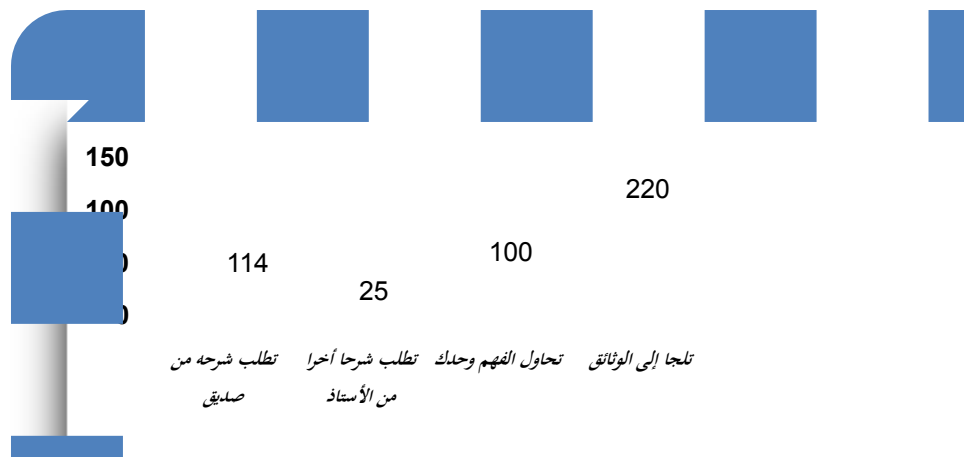
السؤال السابع أنهم كانوا يفهمون جميع الدروس التطبيقية .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال السابع -إذا لم تفهم درسا من الدروس التطبيقية ماذا تفعل

؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية%	التكرارات العبارة 07	الإجابات
38.00%	114	تطلب شرحه من صديق
8.33%	25	تطلب شرحا آخر من الأستاذ
33.33%	100	تحاول الفهم وحدك
73.33%	220	تلجأ إلى الوثائق

جدول رقم (21) : يوضح آليات استدراك الأطباء للدروس الخصوصية



رسم بياني (09) : يوضح آليات استدراك الأطباء للدروس الخصوصية

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (09) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال السابع و التي توضح آليات استدراك الأطباء للدروس الخصوصية فقد توزعت في حدها الأدنى على طلب الشرح من الأستاذ بنسبة 8.33 % وبين اللجوء إلى الوثائق 73.33 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (08) :

إذا كان ينقص أحد المقاييس التي برجت لتكوينك خلال سنوات الدراسة هل يؤثر ذلك على مردودك المهني كطبيب بعدها ؟.....

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	14.520	39.00	117	لا
					62.00	183	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (22) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (01) من المحور الأول

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " إذا كان ينقص أحد المقاييس التي برمجت لتكوينك خلال سنوات الدراسة هل يؤثر ذلك على مردودك المهني كطبيب بعدها ؟ كانت لصالح " نعم " بـ 183 مشاهدة 62.00 % وبنسبة 39.00 % .

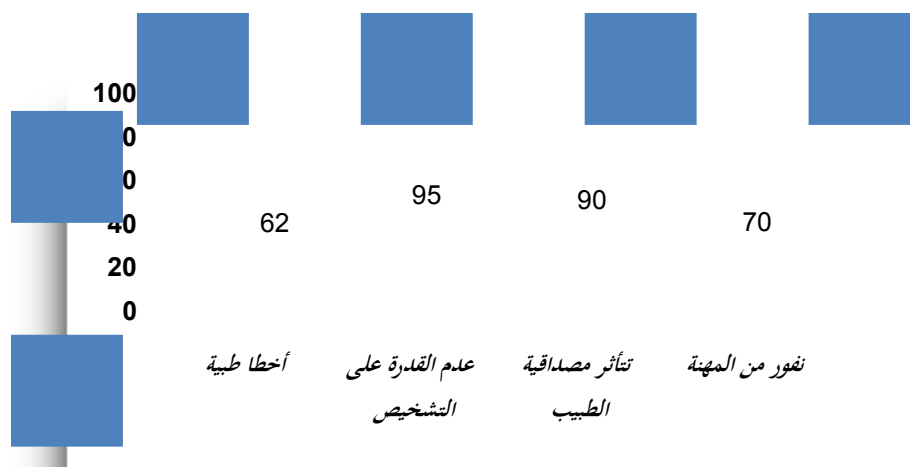
وأما 2 المحسوبة بلغت 14.520 وهي أكبر من 2 المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (Sig = 0,000) ، وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر تكرر : نعم** وبنسبة 62.00 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون وبنسبة 62.00% في إجاباتهم على السؤال الثامن أن أي نقص في أي مقياس من المقاييس التي برمجت لتكوين الأطباء خلال سنوات الدراسة لها تأثير على المردود المهني للطبيب بعدها .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الثامن -إذا كان الجواب إيجابيا : كيف يكون هذا التأثير ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية%	التكرارات العبارة 08	الإجابات
20.67%	62	أخطا طبية
31.67%	95	عدم القدرة على التشخيص
30.00%	90	تأثر مصداقية الطبيب
23.33%	70	نفور من المهنة

جدول رقم (23): يوضح اجابات العينة حول تأثير غياب مقياس على تكوين الطبيب فيما بعد



رسم بياني (10) : يوضح اجابات العينة حول تأثير غياب مقياس على تكوين الطبيب فيما بعد

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (10) : أما الإجابة على المؤشرات السؤال الثامن و التي توضح أن اي نقص في أي مقياس من المقاييس التي برمجت لتكوين الأطباء خلال سنوات الدراسة لها تأثير على المردود المهني للطبيب بعدها . وقد عبر إيجاباً أي بـ " نعم " ما نسبته 62.00 % وبينوا أن هناك تداعيات لفقدان مقياس من المقاييس يؤثر على تكوين الطبيب فيما بعد حيث وضع الأطباء أن هذا تأثير يظهر في شكل - عدم القدرة على التشخيص - كانت أعلى نسبة بـ 31.67% ، أما أقل نسبة فعبّر الأطباء بنسبة 23.33% عن هذا التأثير بـ - النفور من المهنة - .

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (09) :

هل تعالج غياب مقياس من برنامج تكوينك ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	المجدولة			
لا	118	39.33	13.653	3.841	0.000	2	دال
نعم	182	60.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (24) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (09) من المحور الأول

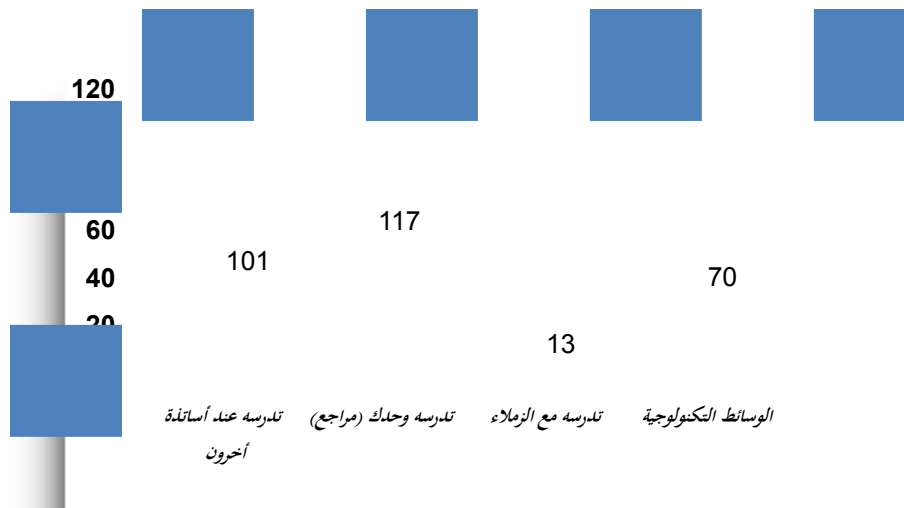
التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل واجهتك مشاكل أثناء فترة التكوين للتخصص ؟" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 182 ونسبة 60.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم " لا " بقيم مشاهدة: 118 أي بنسبة 39.33 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 13.653 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية لصالح القيمة أكثر تكرار : نعم وبنسبة 60.67 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 60.60% في إجاباتهم على السؤال التاسع أنه توجد معالجة و تدارك لغياب مقياس من المقاييس في البرنامج التكويني للأطباء . أما الإجابة على المؤشرات السؤال التاسع - كيف تعالج غياب هذا المقياس من برنامج تكوينك ؟ - فكانت على النحو التالي :

الإجابات	التكرارات العبارة 09	النسبة المئوية%
تدرسه عند أساتذة آخرون	101	33.67%
تدرسه وحدك (مراجع)	117	39.00%
تدرسه مع الزملاء	13	4.33%
طرق أخرى	70	23.33%

جدول رقم (25) : يوضح كيفية معالجة الاطباء لغياب مقياس من برنامجهم التكويني



رسم بياني (11) : يوضح كيفية معالجة الاطباء لغياب مقياس من برنامجهم التكويني

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (11) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال التاسع و التي توضح كيفية معالجة الاطباء لغياب مقياس من برنامجهم التكويني فكانت أعلاها- تدرسه وحدك (مراجع) - بنسبة 39.00% أما أدناها - تدرسه مع الزملاء - بنسبة 4.33% .

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (10) :

هل غياب مقياس أخلاقيات المهنة الطبية له نفس تأثير المقاييس السابقة ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
—	2	0.083	3.841	3.000	45.00	135	لا
					55.00	165	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (26) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (10) من المحور الأول

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل غياب مقياس أخلاقيات المهنة الطبية له نفس تأثير المقاييس السابقة ؟" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 165 ونسبة 55.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 135 أي بنسبة 45.00 % .

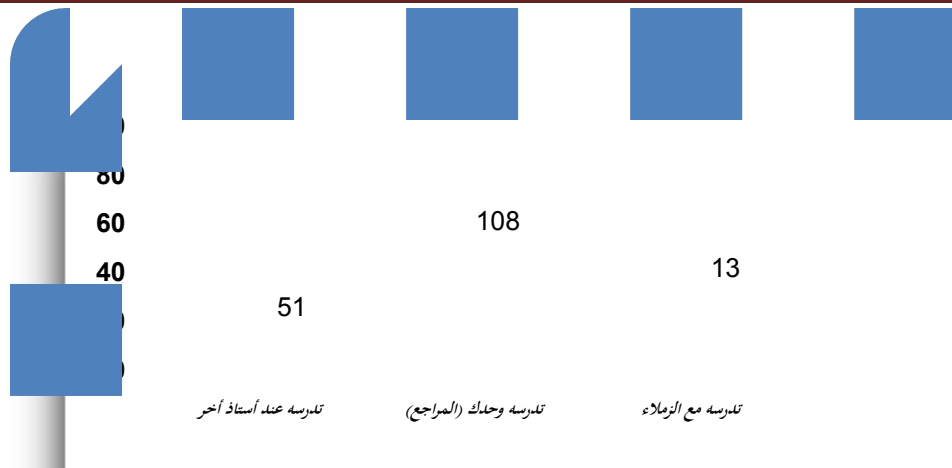
وأن كا² المحسوبة بلغت 3.000 وهي **اقل** من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.083)، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه قد توزع بين الأطباء حول ما إذا كانت غياب مقياس أخلاقيات المهنة الطبية له نفس تأثير المقاييس السابقة العام لدى الأطباء وكانت النتائج متقاربة بفارق بسيط لا يسمح لنا إحصائياً بالحسم رغم أن النسبة الأكبر كانت قد أجابة بـ " نعم " بنسبة 55.00 %

أما الإجابة على المؤشرات السؤال العاشر - كيف تعالج غياب هذا المقياس في رأيك ؟ - فكانت على النحو التالي :

الإجابات	التكرارات العبارة 10	النسبة المئوية%
تدرسه عند أستاذ آخر	51	18.00%
تدرسه وحدك (المراجع)	108	36.00%
تدرسه مع الزملاء	13	4.33%

جدول رقم (27): يوضح كيفية معالجة غياب مقياس من المقاييس



رسم بياني (12) : يوضح كيفية معالجة غياب مقياس من المقاييس

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (12) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال العاشر و الذي يوضح كيفية معالجة غياب مقياس من المقاييس ، فكانت أعلاها - تدرسه وحدك (المراجع) - بنسبة 36.00 % أما أدناها - تدرسه مع الزملاء - بنسبة 04.33%

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (11) :

هل أنت راضي على تكوين الأطباء في معاهد الطب بالجزائر ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	71.053	25.67	77	لا
					74.33	223	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (28) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (11) من المحور الأول

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل واجهتك مشاكل أثناء فترة التكوين للتخصص ؟" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 223 وبنسبة 74.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 77 أي بنسبة 25.67 % .

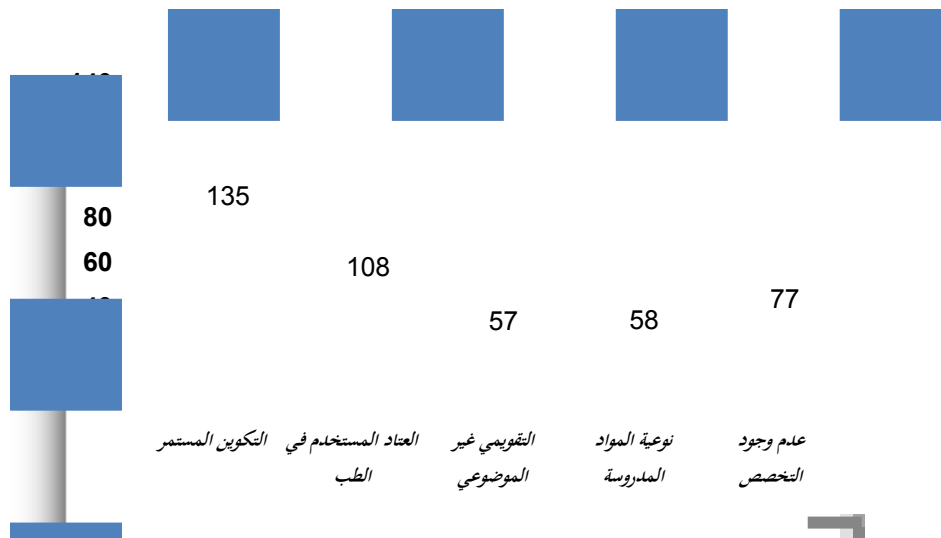
وأن كا² المحسوبة بلغت 71.053 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية لصالح القيمة أكثر تكرار : نعم وبنسبة 74.00 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون وبنسبة 74.00 % في إجاباتهم على السؤال الحادي عشر بالرضي على تكوين الأطباء في معاهد الطب بالجزائر .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الحادي عشر - إذا كان الجواب سلبيا لماذا (أي عدم الرضى على تكوين الأطباء في الجزائر) ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية%	التكرارات العبارة 11	الإجابات
45.00%	135	التكوين المستمر
36.00%	108	العتاد المستخدم في الطب
19.00%	57	التقويمي غير الموضوعي
19.33%	58	نوعية المواد المدروسة
25.67%	77	عدم وجود التخصص

جدول رقم (29) : يوضح أسباب عدم رضى البعض على تكوين الأطباء في الجزائر



رسم بياني (13) : يوضح أسباب عدم رضى البعض على تكوين الأطباء في الجزائر

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (13) : أما الإجابة على المؤشرات السؤال الحادي عشر و التي توضح أسباب عدم رضى البعض على تكوين الأطباء فكانت أعلاها - التكوين المستمر - بنسبة 45.00 % أما أدناها - التقويمي غير الموضوعي - 19.00%

• تحليل الفرضية الفرعية الأولى:

وبصفة عامة من خلال عرض تحليل إجابات أفراد العينة على أسئلة المحور 01 : والمتعلقة كلها بسؤال المحور

الأول: توجد علاقة بين البرامج التكوينية في المسار التكويني للطبيب الجزائري وأخلاقياته أثناء الممارسة..؟

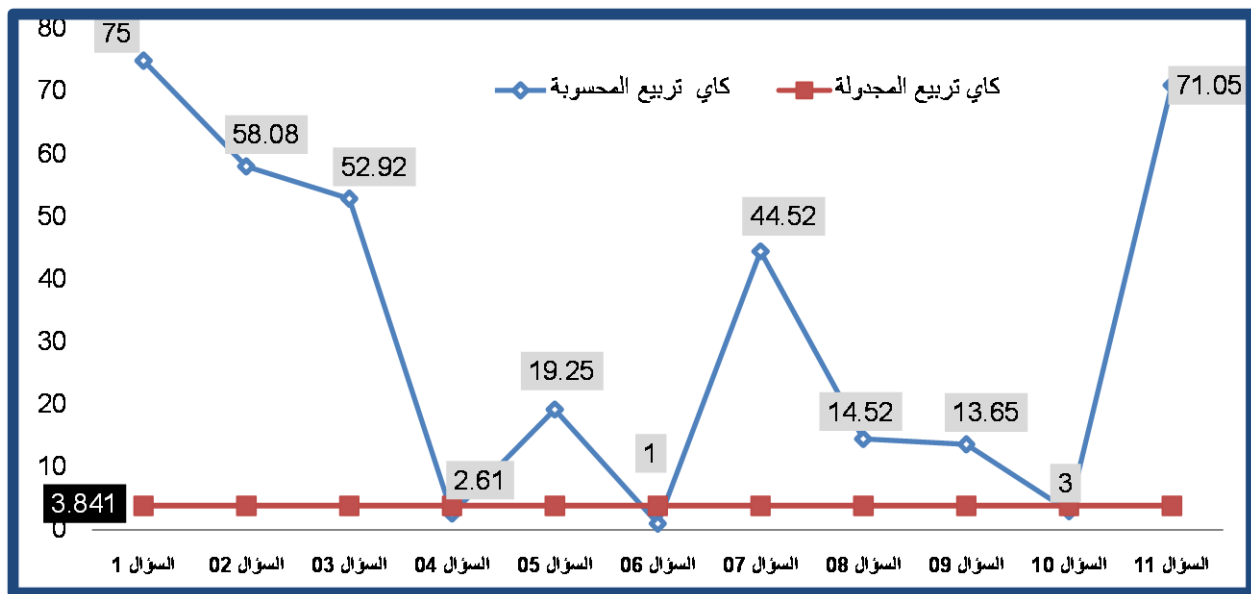
يمكن أن نلخص إجابات الأطباء في الجدول التالي :

رقم	السؤال	البديل أكثر تكرار	النسبة	نتيجة دلالة كا
1.	هل واجهتك مشاكل أثناء فترة التكوين للتخصص ؟	لا	75.00%	دال
2.	هل سبق لك وأن درست مواد حول أخلاقيات الطب؟	نعم	72.00%	دال
3.	هل للطبيب مصادر توعية في منظورك الخاص ؟	نعم	71.00%	دال
4.	هل تكوينك العلمي في مهنة الطب تؤهلك لمعالجة كافة الحالات المعروضة عليك؟	لا	54.70%	—
5.	هل توجد صعوبات ناجمة عن ممارسة هذه المهنة وهذا التخصص ؟	نعم	62.70%	دال
6.	الأسبوع؟ كم تعتقد أن الدروس التطبيقية كافية في	نعم / لا	50.00%	—
7.	هل تفهم جميع الدروس التطبيقية ؟	نعم	69.30%	دال
8.	إذا نقص أحد المقاييس التي برحت لتكوينك خلال سنوات الدراسة هل يؤثر ذلك على مردودك المهني كطبيب بعدها ؟	نعم	62.00%	دال
9.	هل تعالج غياب مقياس من برنامج تكوينك ؟	نعم	60.67%	دال
10.	هل غياب مقياس أخلاقيات المهنة الطبية له نفس تأثير المقاييس السابقة؟	نعم	55.00%	—
11.	هل أنت راضي على تكوين الأطباء في معاهد الطب بالجزائر؟	نعم	74.33%	دال
النسبة العامة للدلالة 81.81 %				

جدول رقم(30): بين ملخص تحليل عبارات المحور الأول

من خلال الجدول أعلاه والشكل أدناه نجد أن معظم أسئلة المحور الأول دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، حيث كا 2 المحسوبة أكبر من الجدولة في معظمها وبلغت نسبة الدلالة العامة للمحور الاول 81.81 %، وذلك ما يثبت أن وجود علاقة بين البرامج التكوينية في المسار التكويني للطبيب الجزائري وأخلاقياته أثناء الممارسة دالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة ، أي أن الأطباء لم تواجههم مشاكل أثناء تكوينهم وسبق لهم وأن درسوا مواد حول أخلاقيات المهنة . ضف إلى هذا أن الأطباء لديهم مصادر للتوعية كما لا توجد صعوبات ناجمة عن ممارسة المهنة نظر إلى أن الأطباء يعالجون نقص تكوينهم بطرقهم الخاصة وقناعتهم أكدت أن مقياس أخلاقيات المهنة له نفس التأثير مع باقي المقاييس السابقة وصرح الأطباء عن رضاهم على تكوينهم الجامعي .

المصدر: من إعدادنا بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.v23 وبرنامج EXCEL.v2010



رسم بياني رقم (14) : يوضح قيم كاي مربع المحسوبة و المجدولة لعبارات الفرضية الأولى

إذن استنتاج :

نقبل الفرضية القائلة بأنه : توجد علاقة بين البرامج التكوينية في المسار التكويني للطبيب الجزائري وأخلاقياته أثناء الممارسة

● عرض وتحليل إجابات أفراد العينة لأسئلة المحور الثاني :

نص على مايلي :- يعطي الطبيب الجزائري الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في التزامه بممارسة مهنة الطب.

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (12) :

هل هناك ضوابط للفحص الطبي في رأيك الخاص ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	94	31.33	3.841	41.813	0.000	2	دال
نعم	206	68.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (31) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (12) من المحور الثاني

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : هل هناك ضوابط للفحص الطبي في رأيك الخاص ؟ " كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 206 ونسبة 68.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم لصالح " لا " بقيم مشاهدة: 94 أي نسبة 31.33 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 41.813 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : نعم ونسبة 96.70 %
الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 68.67% في إجاباتهم على السؤال الثاني عشر أنه توجد ضوابط للفحص الطبي .

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (13) :

هل كل ممارسات الطبيب تترك لضميره؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	20	06.67	3.841	225.333	0.000	2	دال
نعم	276	92.00					
المجموع	296	99.00					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (32) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (13) من المحور الثاني

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة: "هل كل ممارسات الطبيب تترك لضميره؟" كانت لصالح "نعم" القيم مشاهدة 276 ونسبة 92.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم "لا" بقيم مشاهدة: 20 أي بنسبة 6.67 % .
وأن كا2 المحسوبة بلغت 225.333 وهي أكبر من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : **نعم** ونسبة 92.00 %

الاستنتاج: نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 92.00% في إجاباتهم على السؤال الثالث عشر أن كل ممارسات الطبيب تترك لضميره .

- **عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (14):**
هل للمريض الحرية في اختيار الطبيب الذي يعالجه ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	الجدولة			
لا	32	10.67	185.653	3.841	0.000	2	دال
نعم	225	85.00					
المجموع	287	96.00					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (33): يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (14) من المحور الثاني

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة: "هل للمريض الحرية في اختيار الطبيب الذي يعالجه ؟

" كانت لصالح "نعم" القيم مشاهدة 225 ونسبة 85.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم لصالح "نعم" بقيم مشاهدة: 32 أي بنسبة 10.67 % .

وأن كا2 المحسوبة بلغت 653.185 وهي أكبر من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : **نعم** ونسبة 85.00 %

الاستنتاج: نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 85.00 % في إجاباتهم على السؤال الرابع عشر أن للمريض الحرية في اختيار الطبيب الذي يعالجه

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (15) :

هل تبني علاقة الثقة مع مرضاك؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	32	10.67	3.841	185.653	0.000	2	دال
نعم	231	77.00					
المجموع	263	88.00					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (34) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (15) من المحور الثاني

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل

تبني علاقة الثقة مع مرضاك؟

" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 231 ونسبة 77.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم لصالح " لا " بقيم مشاهدة: 32 أي بنسبة 10.67 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 653.185 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : نعم ونسبة 77.00 %
الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 77.00 % في إجاباتهم على السؤال الخامس عشر أن الأطباء يبنون علاقة الثقة مع مرضاهم .

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (16) :

هل تسهل لمرضاك عملية الاستشارة مهما كان نوعها ودرجت الإحراج فيها ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	17	05.67	3.841	235.853	0.000	2	دال
نعم	259	86.33					
المجموع	276	92.00					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (35) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (16) من المحور الثاني

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل تسهل لمرضاك عملية الاستشارة مهما كان نوعها ودرجت الإحراج فيها ؟ " كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 259 ونسبة 86.33 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بـقيم مشاهدة: 17 أي بنسبة 05.67 % .

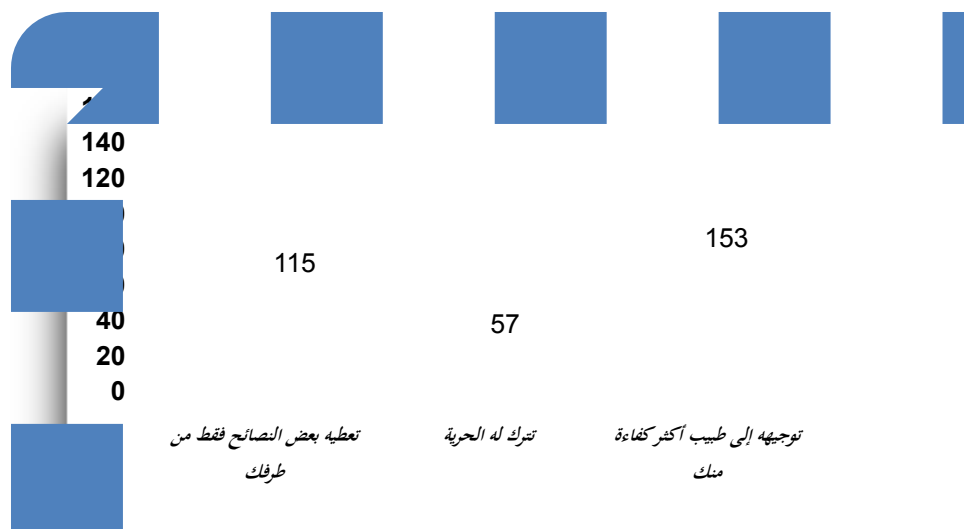
وأن كا2 المحسوبة بلغت 853.235 وهي أكبر من كا2 المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (Sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : لا ونسبة 86.33 %

الاستنتاج: نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 86.33 % في إجاباتهم على السؤال السادس عشر حيث أن الأطباء هل يسهلون لمرضاكهم عملية الاستشارة مهما كان نوعها ودرجت الإحراج فيها .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال السادس عشر و التي توضح - إذا كان الجواب " نعم " كيف تكون هذه التسهيلات؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية%	التكرارات العبارة 16	الإجابات
38.33%	115	تعطيه بعض النصائح فقط من طرفك
19.00%	57	ترك له الحرية
51.00%	153	توجيهه إلى طبيب أكثر كفاءة منك

جدول رقم (36): يوضح نمط التسهيلات التي يقدمها الأطباء لمرضاكهم



رسم بياني (15) : يوضح نمط التسهيلات التي يقدمها الأطباء لمرضاكهم

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (15) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال السادس عشر و التي توضح نمط التسهيلات التي يقدمها الأطباء لمرضاها فكانت أعلاها - توجيهه إلى طبيب أكثر كفاءة منك - بنسبة 51.00 % أما أدناها - تترك له الحرية - 19.00 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (17) :

هل تفحص الكثير من المرضى يوميا ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	المجدولة			
لا	37	12.33	170.253	3.841	0.000	2	دال
نعم	263	87.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (37) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (17) من المحور الثاني

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل تفحص الكثير من المرضى يوميا ؟" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 263 وبنسبة 87.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 37 أي بنسبة 12.33 % .

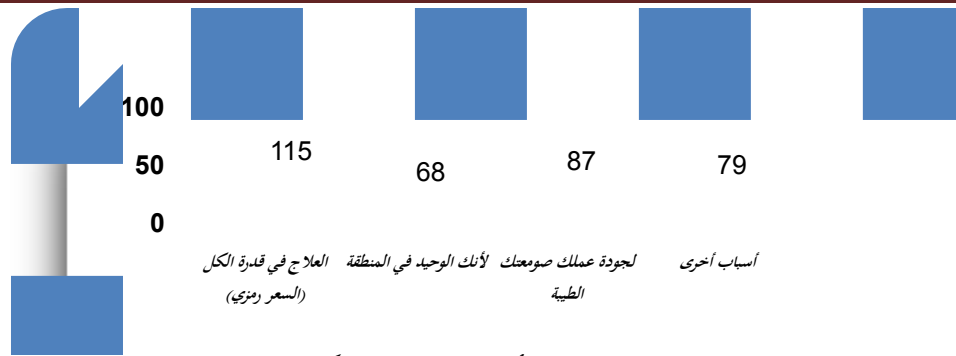
وأن كا² المحسوبة بلغت 253.170 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : **نعم** وبنسبة 87.67 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون وبنسبة 87.67% في إجاباتهم على السؤال السابع عشر أن الأطباء يفتحصون الكثير من المرضى يوميا .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال السابع عشر - إذا كان الجواب " نعم " ، ما هي الأسباب ؟ - فكانت على النحو التالي :

الإجابات	التكرارات العبارة 17	النسبة المئوية %
العلاج في قدرة الكل (السعر رمزي)	115	38.33%
لأنك الوحيد في المنطقة	68	22.67%
لجودة عملك صومعتك الطيبة	87	29.00%
أسباب أخرى	79	26.33%

جدول رقم (38): يوضح أسباب الفحص الكثير للمرضى يوميا



رسم بياني (16) : يوضح أسباب الفحص الكثير للمرضى يوميا

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (16) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال السابع عشر و التي توضح أسباب الفحص الكثير للمرضى يوميا فكانت أعلاها - العلاج في قدرة الكل (السعر رمزي)- بنسبة 38.33% أما أدناها - لأنه الوحيد في المنطقة - بنسبة 22.67%

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (18) :

عندما يكون كثير من المرضى . هل هناك تعاون بين الأطباء ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	المجدولة			
لا	67	22.33	91.853	3.841	0.000	2	دال
نعم	233	77.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (39) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (18) من المحور الثاني

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : عندما يكون كثير من المرضى . هل هناك تعاون بين الأطباء ؟ كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 233 ونسبة 77.67% بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 67 أي بنسبة 22.33%

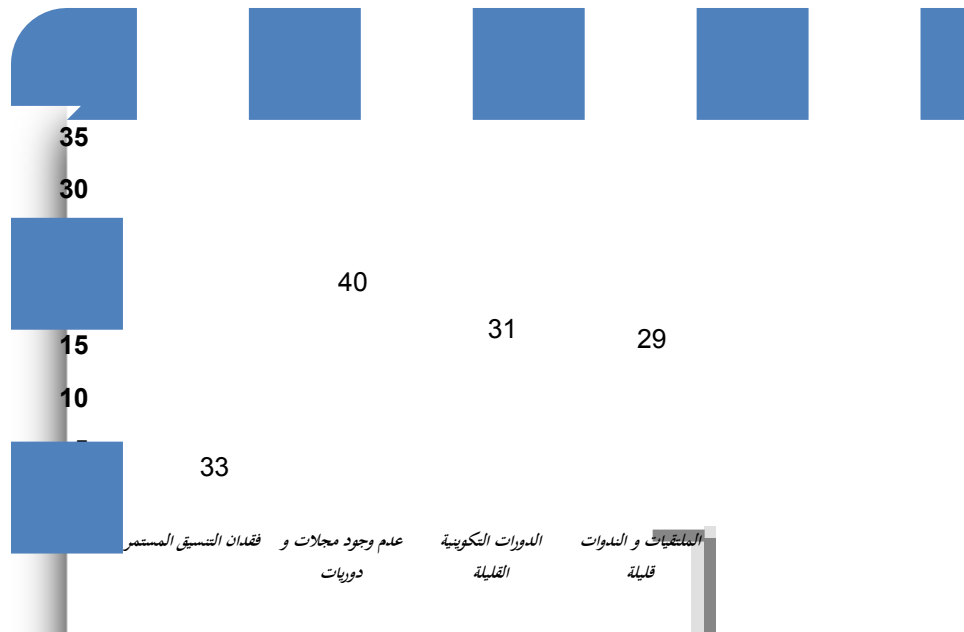
وأن كا² المحسوبة بلغت 91.853 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : **نعم** ونسبة 77.67%

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 77.67% في إجاباتهم على السؤال الثامن عشر أن هناك تعاون بين الأطباء في حالة وجود عدد كثير من المرضى . أما الإجابة على مؤشرات السؤال الثامن عشر - إذا كان الجواب " لا " ما هي

الأسباب ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية	التكرارات العبارة 18	الإجابات
11.00%	33	عدم وجود مجالات و دوريات
13.33%	40	فقدان التنسيق المستمر
10.33%	31	الدورات التكوينية القليلة
9.67%	29	الملتقيات و الندوات قليلة

جدول رقم (40): يوضح أسباب عدم التعاون بين الأطباء



رسم بياني (17) : يوضح أسباب عدم التعاون بين الأطباء

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (17) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال الثامن عشر و التي توضح أسباب عدم التعاون بين الأطباء فكانت أعلاها - فقدان التنسيق المستمر - بنسبة 13.33 % أما أدناها - قلة الملتقيات و الندوات - بنسبة 9.67%

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (19) :

هل هناك علاقة بين الأطباء ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	130.680	17.00	51	لا
					83.00	249	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (41) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (19) من المحور الثاني

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل هناك

علاقة بين الأطباء؟" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 249 ونسبة 83.00 % بينما بقية أفراد

العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 51 أي بنسبة 17.00 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 130.680 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة

حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05

أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : **نعم** ونسبة 83.00 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 83.00 % في إجاباتهم على

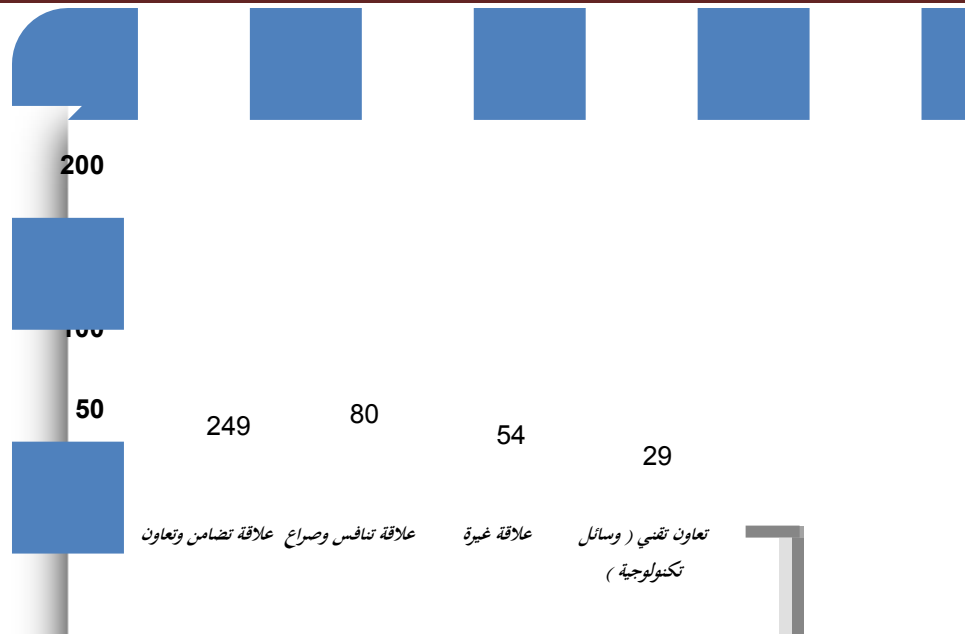
السؤال التاسع عشر حيث أقر الأطباء أن هناك علاقة بينهم .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال التاسع عشر - ما طبيعة هذه العلاقة ؟ - فكانت

على النحو التالي :

النسبة المئوية %	التكرارات العبارة 19	الإجابات
83.00%	249	علاقة تضامن وتعاون
26.67%	80	علاقة تنافس وصراع
18.00%	54	علاقة غير
9.67%	29	تعاون تقني (وسائل تكنولوجية)

جدول رقم (42) : يوضح طبيعة هذه العلاقة بين الأطباء



رسم بياني (18) : يوضح طبيعة هذه العلاقة بين الأطباء

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (18) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال التاسع عشر و التي توضح طبيعة هذه العلاقة بين الأطباء فكانت أعلاها - علاقة تضامن وتعاون - بنسبة 83.00 % أما أدناها - تعاون تقني (وسائل تكنولوجيا) - بنسبة 9.67 %

- عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (20) : هل واجهتك مشاكل مع زملائك في العمل ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كا " كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	17.280	53.33	160	لا
					4.67	14	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (43) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (20) من المحور الثاني

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل واجهتك مشاكل مع زملائك في العمل ؟

؟" كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 160 وبنسبة 53.33 % بينما بقية أفراد العينة كانت

إجاباتهم بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 14 أي بنسبة 4.67 % .

وأن كا2 المحسوبة بلغت 17.280 وهي أكبر من كا2 المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة

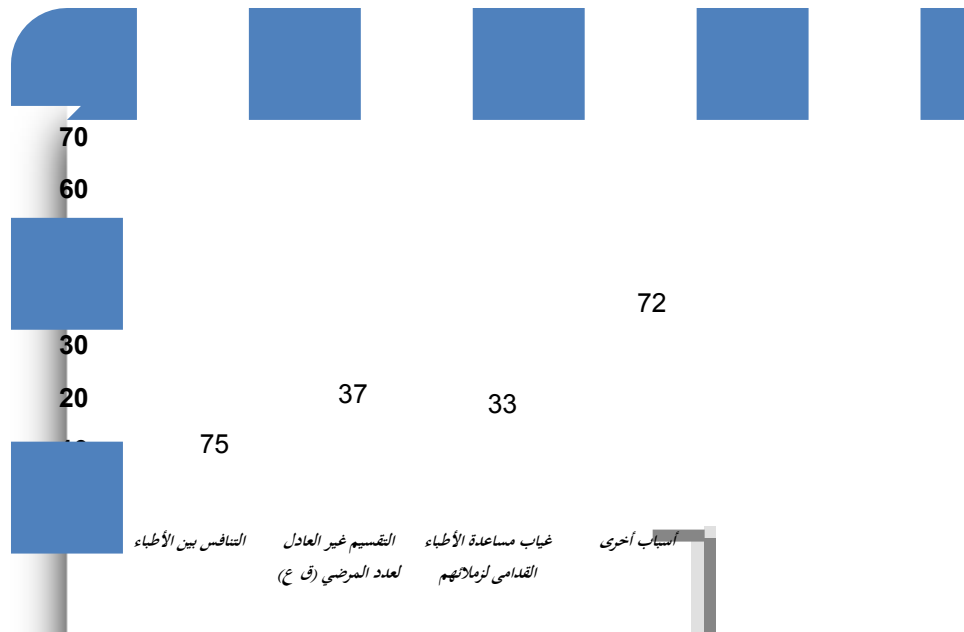
حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (Sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05

أي توجد دلالة إحصائية لصالح القيمة أكثر تكرار : نعم وبنسبة 53.33 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 53.33 % في إجاباتهم على السؤال العشرين أن لا مشاكل واجهتهم مع زملائهم في العمل.
أما الإجابة على المؤشرات السؤال العشرين - إذا كان الجواب " نعم " ، ما هي الأسباب ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية %	التكرارات العبارة 20	الإجابات
25.00%	75	التنافس بين الأطباء
12.00%	37	التقسيم غير العادل لعدد المرضى (ق ع)
11.00%	33	غياب مساعدة الأطباء القدامى لزملائهم
24.00%	72	أسباب أخرى

جدول رقم (44) : يوضح أسباب المشاكل بين الأطباء



رسم بياني (19) : يوضح أسباب المشاكل بين الأطباء

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (19) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال العشرين و التي توضح أسباب المشاكل بين الأطباء أعلاها - التنافس بين الأطباء - بنسبة 25.00 % أما أدناها - غياب مساعدة الأطباء القدامى لزملائهم - بنسبة 11.00 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (21):

هل واجهتك مشاكل مع بعض المرضى؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	المجدولة			
لا	160	53.33	1.333	3.841	0.000	2	—
نعم	140	46.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (45): يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (21) من المحور الثاني

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة: "هل

واجهتك مشاكل مع بعض المرضى؟" كانت لصالح "لا" القيم مشاهدة 160 ونسبة 53.33%

بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ "نعم" بقيمة مشاهدة: 140 أي بنسبة 46.67% .

وأن كا² المحسوبة بلغت 1.333 وهي أقل من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة

حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.248)، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05

أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار: **نعم** ونسبة 87.67%

الاستنتاج: نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء قد تنوعت لدرجة توزعت بشكل يكاد

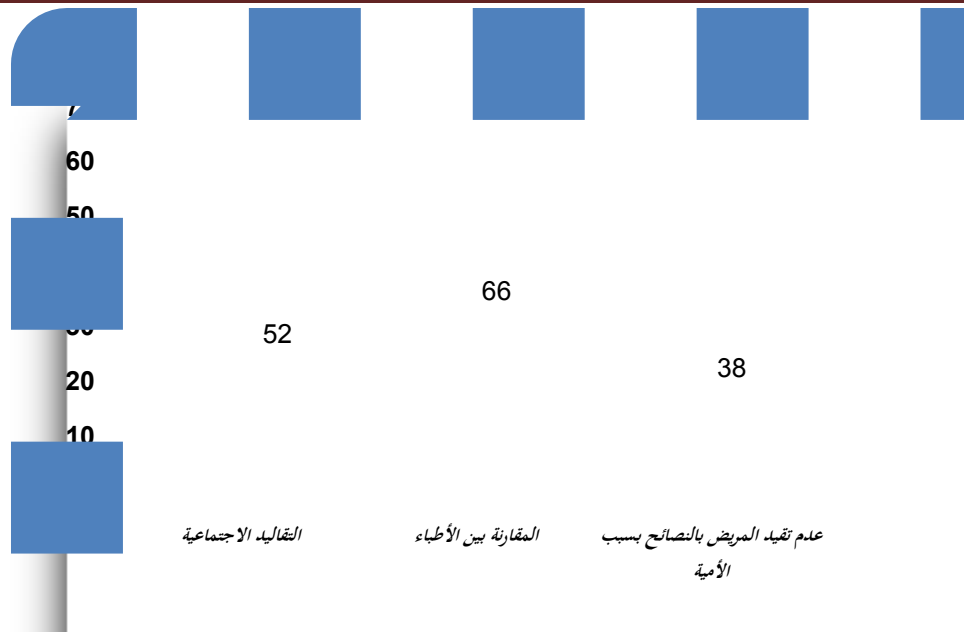
يكون متساوي على السؤال الواحد والعشرين - هل واجهتك مشاكل مع بعض المرضى؟ -

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الواحد والعشرين - إذا كان الجواب "نعم"، ما

هي الأسباب؟ - فكانت على النحو التالي:

النسبة % المتوية	التكرارات العبارة 21	الإجابات
17.33%	52	التقاليد الاجتماعية
22.00%	66	المقارنة بين الأطباء
12.67%	38	عدم تقيد المريض بالنصائح بسبب الأمية

جدول رقم (46): يوضح أسباب مشاكل الأطباء مع المرضى



رسم بياني (20) : يوضح أسباب مشاكل الأطباء مع المرضى

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (20) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال الواحد والعشرين و التي توضح أسباب مشاكل الأطباء مع المرضى فكانت أعلاها - المقارنة بين الأطباء - بنسبة 22.00 % أما أدناها - عدم تقييد المريض بالنصائح بسبب الأمية - بنسبة 12.67%

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (22) :

هل هناك كثرة للأخطاء المهنية في الممارسات الطبية ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كاي تربيع "Chi-Square"		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	14.520	61.00	183	لا
					39.00	117	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (47) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (22) من المحور الثاني

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل هناك كثرة للأخطاء المهنية في الممارسات الطبية ؟

" كانت لصالح "لا" القيم مشاهدة 183 وبنسبة 61.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بـ 117 بـ 39.00 % .

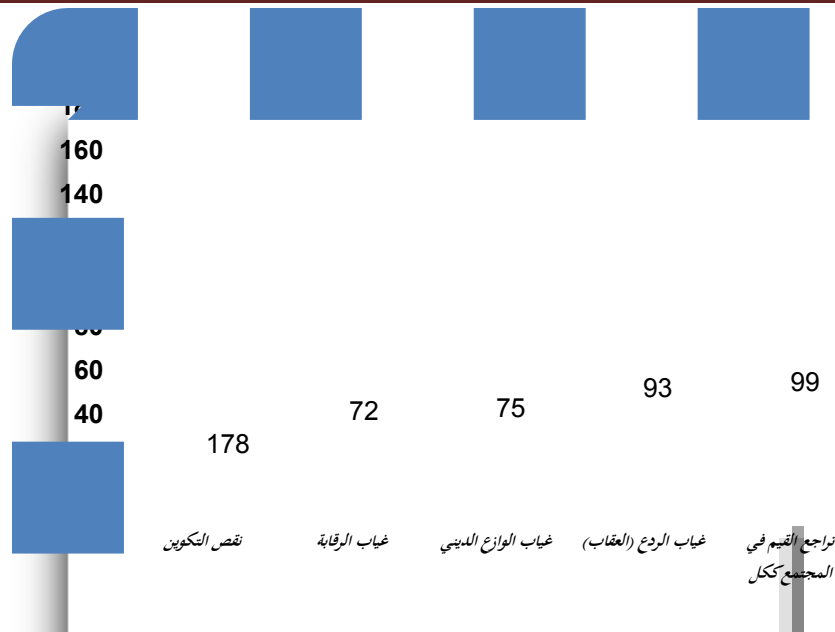
وأن كا2 المحسوبة بلغت 14.520 وهي أكبر من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (Sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : " لا " وبنسبة 61.00 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون وبنسبة 61.00 % في إجاباتهم على السؤال الثاني والعشرين على عدم وجود كثرة للأخطاء المهنية في الممارسات الطبية .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الثاني والعشرين - إذا كان الجواب " نعم " ، ما هي الأسباب ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة % المئوية	التكرارات العبارة 22	الإجابات
59.33%	178	نقص التكوين
24.00%	72	غياب الرقابة
25.00%	75	غياب الوازع الديني
31.00%	93	غياب الردع (العقاب)
33.00	99	تراجع القيم في المجتمع ككل

جدول رقم (48): يوضح أسباب كثرة الأخطاء المهنية في الممارسات الطبية



رسم بياني (21) : يوضح أسباب كثرت الأخطاء المهنية في الممارسات الطبية

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (21) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال الثاني والعشرين والتي توضح أسباب كثرت الأخطاء المهنية في الممارسات الطبية فكانت أعلاها - نقص التكوين - بنسبة 59.33% أما أدناها - غياب الردع (العقاب) - بنسبة 31.00%

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (23) :

هل هناك أخطاء في الممارسات الطبية ناتجة عن عدم تحلي الطبيب بأخلاق المهنة ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كاي "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	3.000	55.00	165	لا
					45.00	135	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (49) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (23) من المحور الثاني

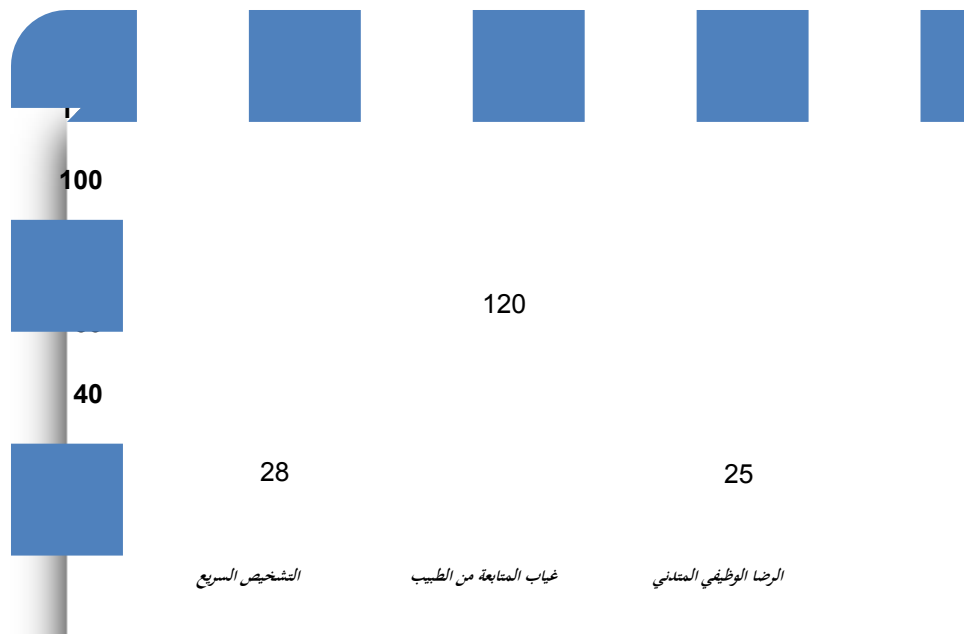
التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل هناك أخطاء في الممارسات الطبية ناتجة عن عدم تحلي الطبيب بأخلاق المهنة ؟" كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 165 وبنسبة 55.00% بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 135 أي بنسبة 45.00% . وأن كاي 2 المحسوبة بلغت 3.000 وهي أقل من كاي 2 المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (Sig = 0.83)، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي لا توجد دلالة إحصائية لصالح القيمة أكثر تكرارا .

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء قد تنوعت لدرجة توزعت بشكل يكاد يكون متساوي على السؤال الثالث والعشرين و الذي يشير إلى أن الطبيب الذي لا يتحلى بأخلاقيات المهنة يرتكب أخطاء طبية .

أما الإجابة على المؤشرات الثالث والعشرين عشر - إذا كان الجواب " نعم " ، ما نوعها ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية %	التكرارات العبارة 23	الإجابات
09.33%	28	التشخيص السريع
40.00%	120	غياب المتابعة من الطبيب
08.33%	25	الرضا الوظيفي المتدني

جدول رقم (50) : يوضح نوع الأخطاء في الممارسات الطبية الناتجة عن عدم تحلي الطبيب بأخلاق المهنة



رسم بياني (22) : يوضح نوع الأخطاء في الممارسات الطبية الناتجة عن عدم تحلي الطبيب بأخلاق المهنة

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (22) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال الثالث والعشرين و التي توضح نوع الأخطاء في الممارسات الطبية الناتجة عن عدم تحلي الطبيب بأخلاق المهنة فكانت أعلاها - غياب المتابعة من الطبيب - بنسبة 40.00 % أما أدناها - الرضا الوظيفي المتدني - بنسبة 08.33%

- عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (24) :
هل يتم علاج الأخطاء المهنية في رأيك ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	المجدولة			
لا	205	68.33	40.333	3.841	0.000	2	دال
نعم	95	31.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (51) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (24) من المحور الثاني

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل يتم علاجها الأخطاء المهنية في رأيك ؟

" كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 205 ونسبة 68.33 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 95 أي بنسبة 31.67 % .

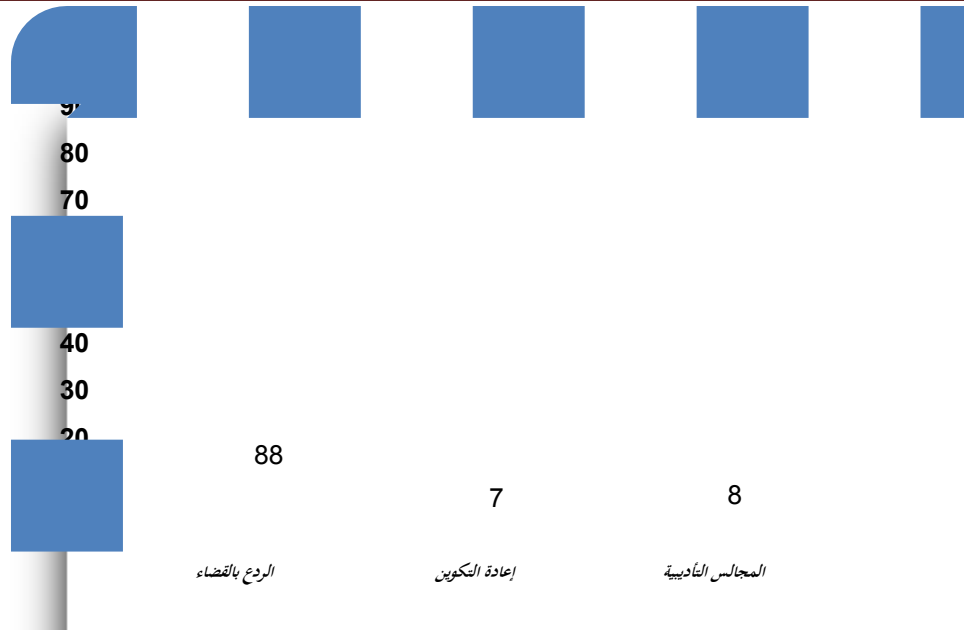
وأن كا² المحسوبة بلغت 40.333 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر تكرار : لا** ونسبة 68.33 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 68.33 % في إجاباتهم على السؤال الرابع العشرين أن لا يتم علاج الأخطاء المهنية .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الرابع العشرين - إذا كان الجواب " نعم " ، كيف يتم علاجها ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية %	التكرارات العبارة 24	الإجابات
%29.33	88	الردع بالقضاء
%02.33	07	إعادة التكوين
%02.67	08	المجالس التأديبية

جدول رقم (52) : يوضح كيفية علاج علاجها الأخطاء المهنية



رسم بياني (23) : يوضح كيفية علاج أخطاء المهنة

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (23) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال الرابع العشرين و التي توضح كيفية علاج أخطاء المهنة فكانت أعلاها - الردع بالقضاء - بنسبة 29.33% أما أدناها - إعادة التكوين - بنسبة 02.33%

• تحليل الفرضية الفرعية الثانية :

وبصفة عامة من خلال عرض تحليل إجابات أفراد العينة على أسئلة المحور 02: والمتعلقة كلها بسؤال المحور الثاني: هل يعطي الطبيب الجزائري الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في التزامه بممارسة مهنة الطب.....؟

يمكن أن نلخص إجابات الأطباء في الجدول التالي للفرضية الثانية :

يعطي الطبيب الجزائري الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في التزامه بممارسة مهنة الطب .

رقم	السؤال	البديل أكثر تكرار	النسبة	نتيجة دلالة كا2
12.	هل هناك ضوابط للفحص الطبي في رأيك الخاص؟	نعم	68.67%	دال
13.	هل كل ممارسات الطبيب تترك لضميره؟	نعم	92.00%	دال
14.	هل للمريض الحرية في اختيار الطبيب الذي يعالجه؟	نعم	85.00%	دال
15.	هل تبني علاقة الثقة مع مرضاك؟	نعم	77.00%	دال
16.	هل تسهل لمرضاك عملية الاستشارة مهما كان نوعها ودرجت الإحراج فيها؟	نعم	86.33%	دال
17.	هل تفحص الكثير من المرضى يوميا؟	نعم	87.67%	دال
18.	حينما يكون كثير من المرضى . هل هناك تعاون بين الأطباء؟	نعم	77.67%	دال
19.	هل هناك علاقة بين الأطباء؟	نعم	83.00%	دال
20.	هل واجهتك مشاكل مع زملائك في العمل؟	لا	53.33%	دال
21.	هل واجهتك مشاكل مع بعض المرضى؟	لا	53.33%	—
22.	هل هناك كثرة للأخطاء المهنية في الممارسات الطبية؟	لا	61.00%	دال
23.	هل هناك أخطاء في الممارسات الطبية ناتجة عن عدم تحلي الطبيب بأخلاق المهنة؟	لا	55.00%	—
24.	هل يتم علاجها الأخطاء المهنية في رأيك؟	لا	68.33%	دال
النسبة العامة للدلالة 84.61 %				

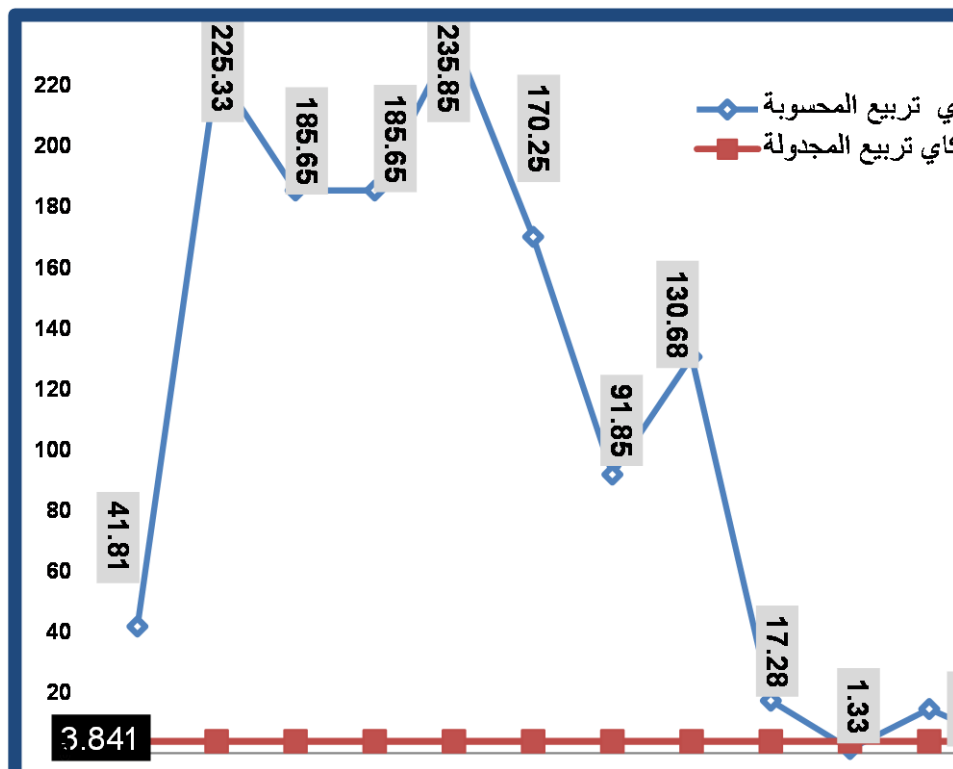
جدول رقم (53) : بين ملخص تحليل عبارات الفرضية الثانية .

من خلال الجدول أعلاه والشكل أدناه نجد أن معظم أسئلة المحور الأول دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، حيث كا2 المحسوبة أكبر من الجدولة في معظمها وبلغت نسبة الدلالة العامة للمحور الاول 84.61 % وذلك ما يثبت أن الطبيب الجزائري يعطي الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في التزامه بممارسة مهنة الطب.

دلالة إحصائي بين إجابات أفراد عينة الدراسة ، أي أن الأطباء لهم ضوابط تحكمهم في الفحص الطبي ، وأن أغلبية الممارسات الطبية تخضع لضمير الطبيب الأخلاقي ، كما أن الأطباء يتركون حرية الاختيار لمرضاهم ، وهم دائماً يقومون ببناء علاقة الثقة بينهم وبين مرضاهم ، وهم يسهلون عملية الاستشارة مهما كان نوعها ودرجت الإحراج فيها ، ضف إلى هذا أن هناك تعاون بين الأطباء ، و لا توجد أي مشاكل تواصل بين الأطباء أو مع مرضاهم و أن الأخطاء الطبية قليلة بالنظر إلى عمليات الفحص الكثيرة يوميا وهي غير ناتجة عن عدم تحلي الطبيب بالأخلاق الطبية و إذا ما حدثت يصعب تداركها .

المصدر: من إعدادنا بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.v23 وبرنامج EXCEL.v2010

رسم بياني رقم (24) : يوضح قيم كاي المجدولة و المحسوبة مربع لعبارات الفرضية الثانية



إذن استنتاج : نقبل الفرضية القائلة بأنه : أن الطبيب الجزائري يعطي الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في التزامه بممارسة مهنة الطب .

عرض وتحليل إجابات أفراد العينة لأسئلة **المحور الثالث** :

• **عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (25) :**

هل سبق لك وأن أدت القسم الطبي ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	94	31.33	3.841	41.813	0.000	2	دال
نعم	206	68.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (54) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (25) من المحور الثاني

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل

سبق لك وأن أدت القسم الطبي ؟

" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 206 ونسبة 68.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت

إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 94 أي بنسبة 31.33 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 41.813 وهي **أكبر** من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة

حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05

أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : **نعم** ونسبة 68.67 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 68.67 % في إجاباتهم

على السؤال الخامس والعشرون أن الأطباء أدوا القسم الطبي .

• **عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (26) :**

هل للقسم ضوابط تحكمه ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	191	63.67	3.841	22.413	0.000	2	دال
نعم	109	36.33					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (55) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (26) من المحور الثالث

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل للقسام ضوابط تحكمه ؟ " كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 191 ونسبة 63.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 109 أي بنسبة 36.33 % .

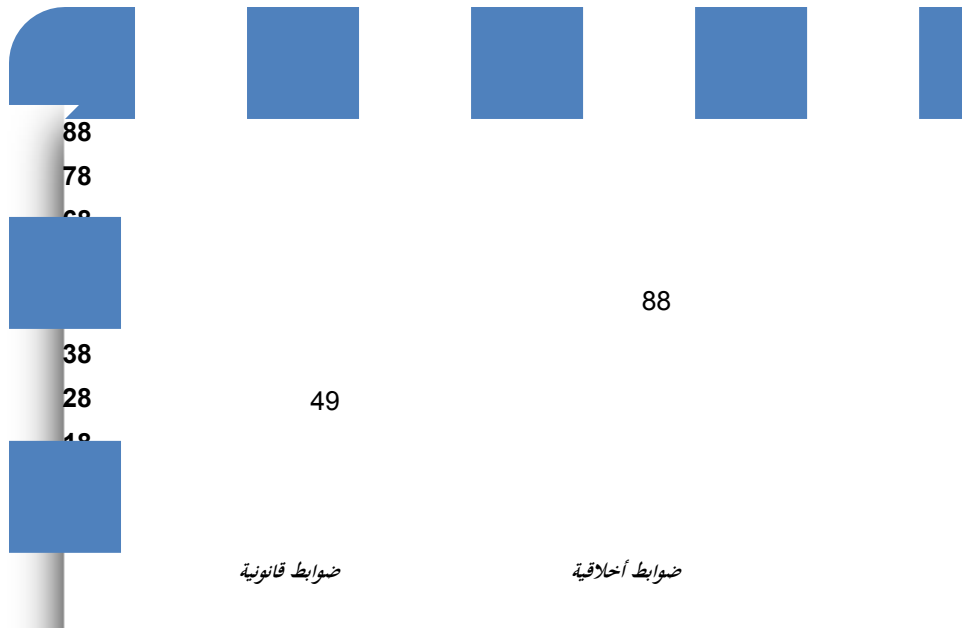
وأن كا2 المحسوبة بلغت 22.413 وهي أكبر من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر تكرار : لا** ونسبة 63.67 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 63.67 % في إجاباتهم على السؤال السادس العشرين أنه لا توجد للقسام ضوابط تحكمه .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال السادس العشرين - فإذا كان الجواب " نعم " ، ومن أي نوع هي ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة % المئوية	التكرارات العبارة 26	الإجابات
31.33%	49	ضوابط قانونية
29.33%	88	ضوابط أخلاقية

جدول رقم (56..): يوضح نوع الضوابط التي تحكم القسم الطبي



رسم بياني (25) : يوضح نوع الضوابط التي تحكم القسم الطبي

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (25) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال السادس العشرين و التي توضح نوع الضوابط التي تحكم القسم الطبي فكانت أعلاها - ضوابط أخلاقية - بنسبة 29.33 % أما أدناها - ضوابط قانونية - بنسبة 31.33 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (27) :

هل تعتبر المنظومة القانونية الجزائرية واضحة في تحديد الممارسات الطبية ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	المجدولة			
لا	94	31.33	41.813	3.841	0.000	2	دال
نعم	206	68.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (57) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (27) من المحور الثالث

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل تعتبر المنظومة القانونية الجزائرية واضحة في تحديد الممارسات الطبية ؟" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 206 وبنسبة 68.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بـ 94 مشاهدة أي بنسبة 31.33 % .

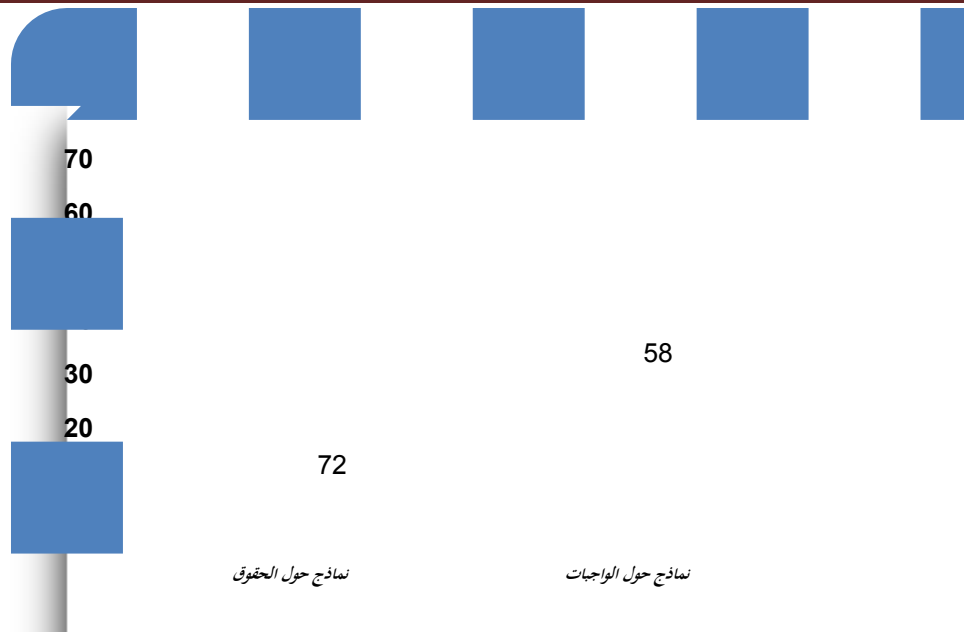
وأن كا² المحسوبة بلغت 41.813 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (Sig = 0,000) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية لصالح القيمة أكثر تكرار : نعم وبنسبة 68.67 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون وبنسبة 68.67 % في إجاباتهم على السؤال السابع و العشرون أن المنظومة القانونية الجزائرية واضحة في تحديد الممارسات الطبية.

أما الإجابة على المؤشرات السؤال السابع و العشرون - إذا كان الجواب " نعم " ، أذكر بعض النماذج إن أمكن ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة % المتوقعة	التكرارات العبارة 27	الإجابات
24.00%	72	نماذج حول الحقوق
19.33%	58	نماذج حول الواجبات

جدول رقم (58...): يوضح بعض النماذج الدالة على وضوح المنظومة القانونية الجزائرية



رسم بياني (26) : يوضح بعض النماذج الدالة على وضوح المنظومة القانونية الجزائرية

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (26) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال السابع و العشرون و التي توضح يوضح بعض النماذج الدالة على وضوح المنظومة القانونية الجزائرية فكانت أعلاها - نماذج حول الحقوق - بنسبة 24.00% أما أدناها - نماذج حول الواجبات - بنسبة 19.33%

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (28) :

هل يسعى مجلس أخلاقيات المهنة لإيجاد طرق ووسائل حديثة تساهم في تطوير مهنة الطب بالجزائر؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	1.333	53.33	160	لا
					46.67	140	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23
الجدول رقم (59) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (28) من المحور الثالث

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة: " هل يسعى مجلس أخلاقيات المهنة لإيجاد طرق ووسائل حديثة تساهم في تطوير مهنة الطب بالجزائر؟ " كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 160 ونسبة 53.33 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 140 أي بنسبة 46.67 % .

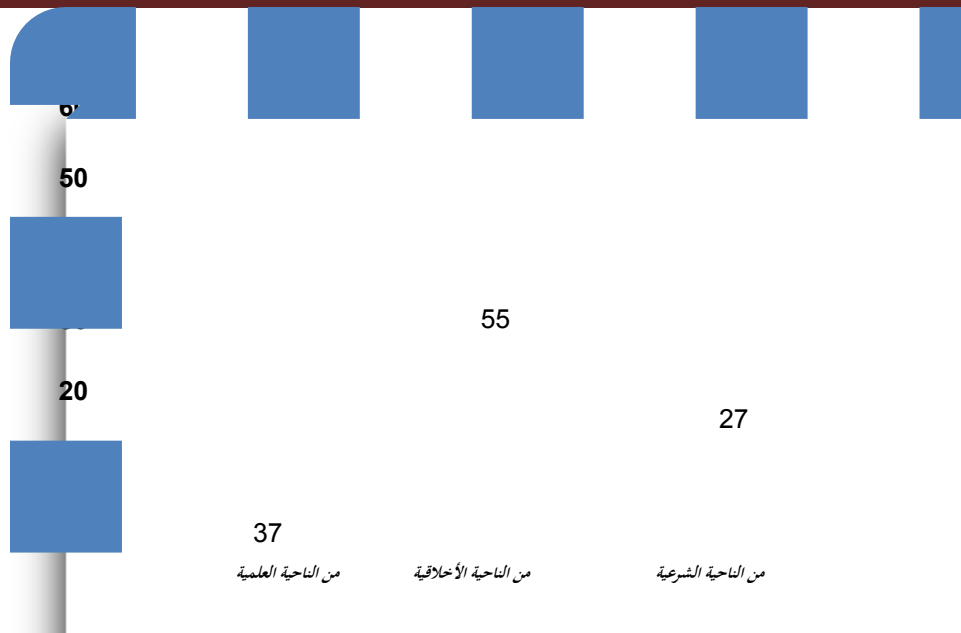
وأن كا2 المحسوبة بلغت 1.333 وهي **اقل** من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.248)، وهي اكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي لا توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار .

الاستنتاج: نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام توزع على نحو يكاد يكون متساوي لدى الأطباء في إجاباتهم على السؤال الثامن العشرين حول إذا كان مجلس أخلاقيات المهنة يبحث عن طرق ووسائل حديثة تساهم في تطوير مهنة الطب بالجزائر.

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الثامن العشرين - إذا كان الجواب " نعم "، ما هي النواحي التي يسعى مجلس أخلاقيات المهنة لإيجاد طرق ووسائل حديثة تساهم في تطوير مهنة الطب بالجزائر؟- فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية %	التكرارات العبارة 24	الإجابات
12.33%	37	من الناحية العلمية
18.33%	55	من الناحية الأخلاقية
09.00%	27	من الناحية الشرعية
29.00%	87	من جميع النواحي

جدول رقم (60...): يوضح النواحي التي يسعى مجلس أخلاقيات المهنة لإيجاد طرق ووسائل حديثة تساهم في تطوير مهنة الطب بالجزائر؟



رسم بياني (27) : يوضح النواحي التي يسعى مجلس أخلاقيات المهنة لإيجاد طرق ووسائل حديثة تساهم في تطوير مهنة الطب بالجزائر

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (27) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال الثامن العشرين و التي توضح النواحي التي يسعى مجلس أخلاقيات المهنة لإيجاد طرق ووسائل حديثة تساهم في تطوير مهنة الطب بالجزائر؟ فكانت أعلاها - من جميع النواحي - بنسبة 29.00% أما أدناها - من الناحية الشرعية - بنسبة 09.00%

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (29) :

هل تراعي المنظومة التشريعية القانونية في نصوصها في الجوانب الشرعية ؟

الإجابات	التكرارات	%	كاي تربيع "Chi-Square"		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	المجدولة			
لا	108	36.00	23.520	3.841	0.000	2	دال
نعم	192	64.00					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23
الجدول رقم (61) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (29) من المحور الثالث

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل تراعي

المنظومة التشريعية القانونية في نصوصها في الجوانب الشرعية ؟

" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 192 ونسبة 64.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت

إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 108 أي بنسبة 36.00 % .

وأن كا2 المحسوبة بلغت 23.520 وهي أكبر من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة

حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (Sig = 0,000)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05

أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار : نعم ونسبة 64.00 %

الاستنتاج: نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 64.00 % في إجاباتهم

على السؤال التاسع و العشرون أن تراعي المنظومة التشريعية القانونية في نصوصها تراعي الجوانب

الشرعية.

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (30) :

هل للمجالس الأخلاقية دور في ضبط ممارسات الطبيب الجزائري ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	156	52.00	3.841	0.480	0.000	2	دال
نعم	144	48.00					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (62) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (30) من المحور الثالث

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل

للمجالس الأخلاقية دور في ضبط ممارسات الطبيب الجزائري ؟

" كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 205 ونسبة 68.33 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم

بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 95 أي بنسبة 31.67 % .

وأن كا2 المحسوبة بلغت 0.480 وهي اقل من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة

حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (Sig = 0.488)، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05

أي لا توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار .

الاستنتاج: نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام توزع على نحو يكاد يكون متساوي لدى الأطباء في

إجاباتهم على السؤال الثلاثين و المتعلق بمجالس أخلاقية و هل لها دور في ضبط ممارسات الطبيب

الجزائري ؟.

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (31) :

هل التشريعات القانونية تضمن للمرضى حقوقهم لكلى القطاعين الخاص و العام ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	144	48.00	3.841	0.480	0.000	2	دال
نعم	156	52.00					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (63) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (31) من المحور الثالث

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل

التشريعات القانونية تضمن للمرضى حقوقهم لكلى القطاعين الخاص و العام ؟

" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 156 ونسبة 52.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت

إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 144 أي بنسبة 48.00 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 0.480 وهي **أقل** من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة

حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.488) ، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05

أي لا توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار .

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام توزع على نحو يكاد يكون متساوي لدى الأطباء في

إجاباتهم على السؤال الواحد و الثلاثون و المتعلق بمدى ضمان التشريعات القانونية لحقوق المرضى في كلى

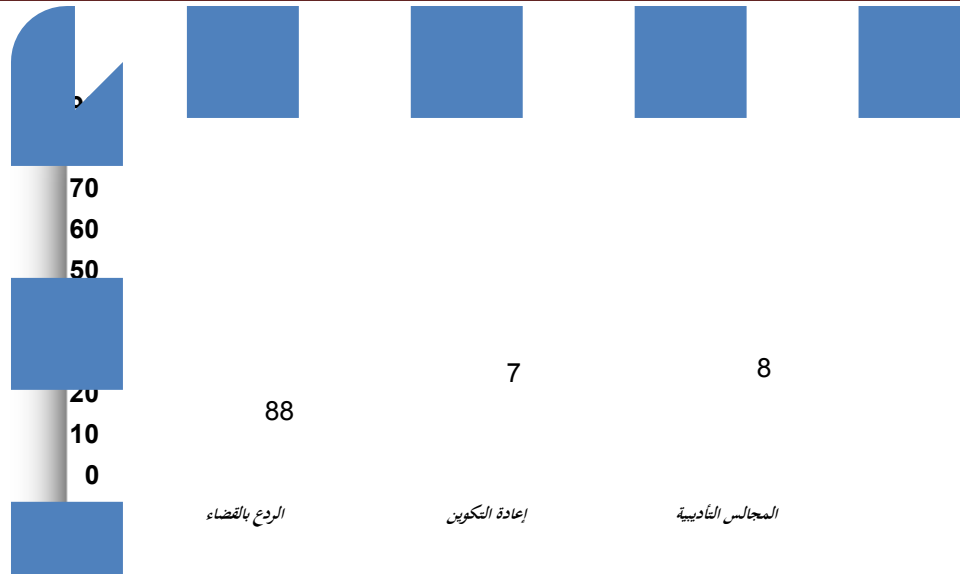
القطاعين الخاص و العام .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الواحد و الثلاثون - إذا كان الجواب " نعم " ، فأى

الحقوق اضمن (حقوق المريض ام حقوق الطبيب)؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة % المئوية	التكرارات العبارة 31	الإجابات
07.67%	23	المريض
03.00%	09	الطبيب
40.67%	122	كلاهما

جدول رقم (64) : يوضح مدى حفظ التشريعات القانونية لحقوق المريض و الطبيب



رسم بياني (28) : يوضح مدى حفظ التشريعات القانونية لحقوق المريض و الطبيب
 يتضح من خلال الرسم البياني رقم (28) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال الواحد و
 الثلاثون و التي توضح مدى حفظ التشريعات القانونية لحقوق المريض و الطبيب فكانت أعلاها -
 كلاهما (المريض و الطبيب) - بنسبة 40.67 % أما أدناها - الطبيب - بنسبة 03.00 %
 • عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (32) :
 هل يعاقب الطبيب في حالة ارتكابه للخطأ الطبي ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا " كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	80	26.67	3.841	65.333	0.000	2	دال
نعم	220	73.33					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (65) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (32) من المحور الثالث

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : هل
 يعاقب الطبيب في حالة ارتكابه للخطأ الطبي ؟

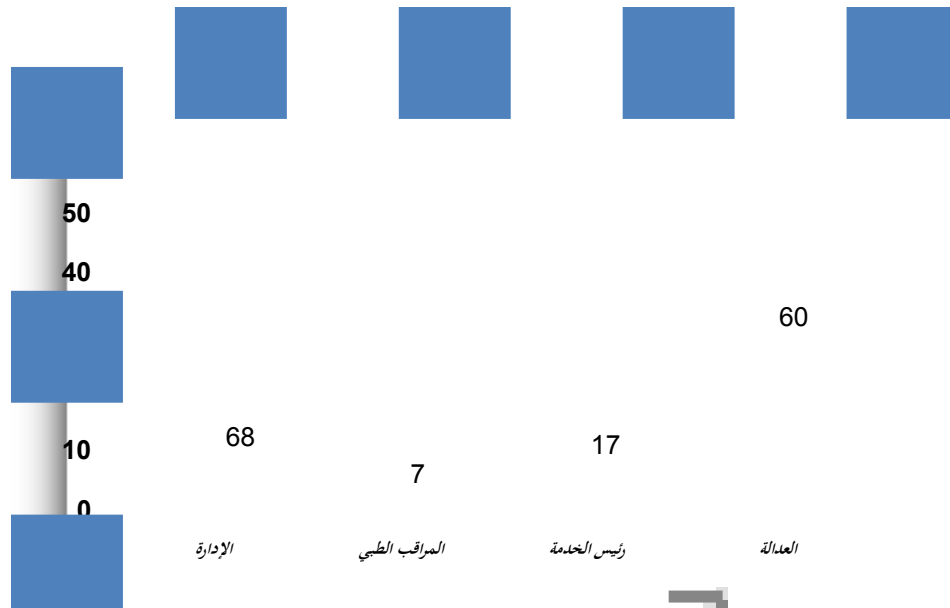
" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 220 وبنسبة 73.33 % بينما بقية أفراد العينة كانت
 إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 80 أي بنسبة 26.67 % .

وأن كا2 المحسوبة بلغت 65.333 وهي أكبر من كا2 المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة
 حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.488) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05
 أي توجد دلالة إحصائية لصالح القيمة أكثر تكرار " نعم " وبنسبة 73.33 %.

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون بنسبة **73.33 %** في إجاباتهم على السؤال الثاني و الثلاثين وبأن الطبيب يعاقب الطبيب في حالة ارتكابه للخطأ الطبي أما الإجابة على المؤشرات السؤال الثاني و الثلاثين - إذا كان الجواب " نعم " ، فأي الجهات تعاقب الطبيب ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة % المئوية	التكرارات العبارة 32	الإجابات
22.67%	68	الإدارة
02.33%	07	المراقب الطبي
05.67%	17	رئيس الخدمة
20.00%	60	العدالة

جدول رقم (66): يوضح مدى حفظ التشريعات القانونية لحقوق المريض و الطبيب



رسم بياني (29) : يوضح مدى حفظ التشريعات القانونية لحقوق المريض و الطبيب

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (29) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال الثاني و الثلاثين و التي توضح مدى حفظ التشريعات القانونية لحقوق المريض و الطبيب فكانت أعلاها - كلاهما (المريض و الطبيب) - بنسبة **40.67 %** أما أدناها - الطبيب - بنسبة **03.00 %**

- عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (33) :
هل هناك عقاب في حالة الخطأ المثبت ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	141	47.00	3.841	1.080	0.000	2	دال
نعم	159	53.00					
المجموع	300	100					

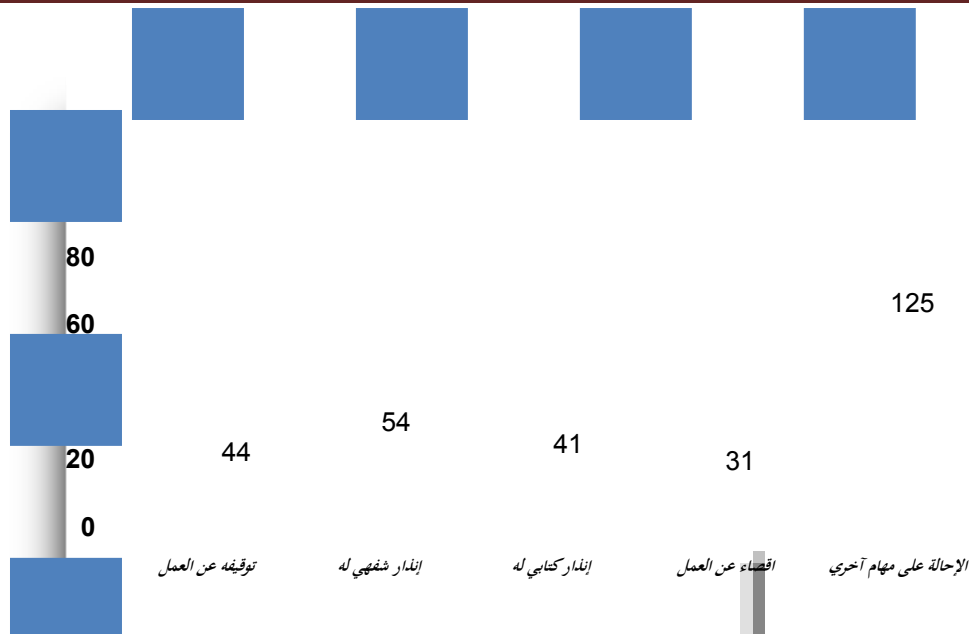
المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (67) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (33) من المحور الثالث

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل هناك عقاب في حالة الخطأ المثبت ؟" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 159 ونسبة 53.00% بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 141 أي بنسبة 47.00% .
وأن كا² المحسوبة بلغت 1.080 وهي **اقل** من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.299) ، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي لا توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار .
الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام توزع على نحو يكاد يكون متساوي لدى الأطباء في إجاباتهم على السؤال ثلاث و الثلاثون و المتعلق بالعقاب في حالة الخطأ المثبت .
أما الإجابة على المؤشرات السؤال ثلاث و الثلاثون - إذا كان الجواب " نعم " ، . ما نوع العقاب ؟ - فكانت على النحو التالي :

الإجابات	التكرارات العبارة 33	النسبة % المتوقعة
توقيفه عن العمل	44	14.67%
إنذار شفهي له	54	18.00%
إنذار كتابي له	41	13.67%
اقصاء عن العمل	31	10.33%
الإحالة على مهام أخرى	125	41.67%

جدول رقم (68) : يوضح نوع العقاب في حالة الخطأ المثبت



رسم بياني (30) : يوضح نوع العقاب في حالة الخطأ المثبت

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (30) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال ثلاث و الثلاثون و التي توضح نوع العقاب في حالة الخطأ المثبت فكانت أعلاها - الإحالة على مهام أخرى - بنسبة 41.67 % أما أدناها - إقصاء عن العمل - بنسبة 10.33 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (34) :

كطبيب هل تقوم بالمناوبة الليلية ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كاي "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	51.253	29.33	88	لا
					70.67	212	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (69) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (34) من المحور الثالث

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " كطبيب هل تقوم بالمناوبة الليلية ؟

" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 212 وبنسبة 70.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 88 أي بنسبة 29.33 % .

وأن كا2 المحسوبة بلغت 51.253 وهي أكبر من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية ($\text{sig} = 0.000$)، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار " نعم " ونسبة 70.67 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون ونسبة 70.67 % في إجاباتهم على السؤال الرابع و الثلاثين و المتعلق بمدى قيام الطبيب بالمناوبة الليلية

• **عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (35) :**

الطبيب الذي يرفض المناوبة الليلية، هل يعاقب ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	91	30.33	3.841	46.413	0.000	2	دال
نعم	209	69.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (70) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (35) من المحور الثالث

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة :

الطبيب الذي يرفض المناوبة الليلية، هل يعاقب ؟

" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 209 ونسبة 69.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 91 أي بنسبة 30.33 % .

وأن كا2 المحسوبة بلغت 46.413 وهي أكبر من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية ($\text{sig} = 0.000$)، وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار " نعم " ونسبة 69.67 % .

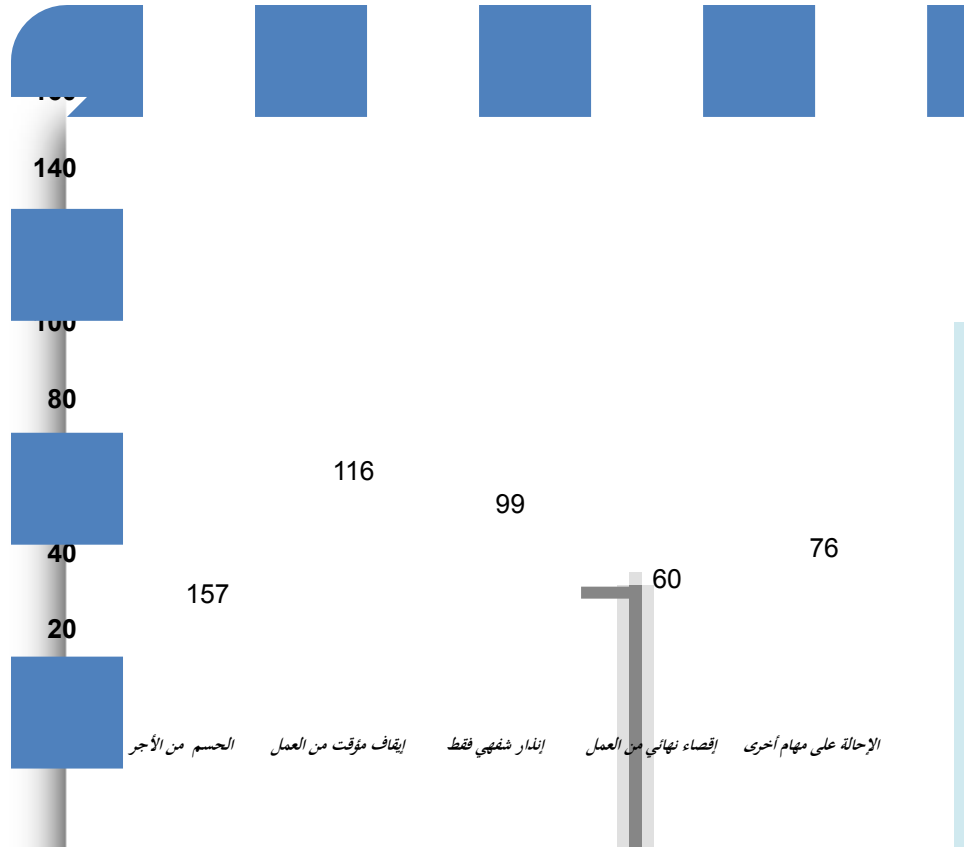
الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء في إجاباتهم على السؤال الخامس و

الثلاثون يؤكدون ونسبة 69.67 % على أن الطبيب الذي لا يقوم بالمناوبة الليلية يتعرض للعقاب .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الخامس و الثلاثون - إذا كان الجواب " نعم " ، ما هي طبيعة العقاب ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية	التكرارات العبارة 35	الإجابات
52.33%	157	الحسم من الأجر
38.67%	116	إيقاف مؤقت من العمل
33.00%	99	إنذار شفهي فقط
20.00%	60	إقصاء نهائي من العمل
25.33%	76	الإحالة على مهام أخرى

جدول رقم (71): يوضح طبيعة العقاب للطبيب الذي لا يقوم بالمناوبة الليلية



رسم بياني (30): يوضح طبيعة العقاب للطبيب الذي لا يقوم بالمناوبة الليلية

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (30): أن الإجابة على المؤشرات السؤال الخامس و الثلاثون و التي توضح طبيعة العقاب للطبيب الذي لا يقوم بالمناوبة الليلية فكانت أعلاها - الحسم من الأجر - بنسبة 52.33% أما أدناها - إقصاء نهائي من العمل - بنسبة 20.00%

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (36) :

هل أنت راضي عن المنظومة القانونية والأخلاقية للقطاع الصحي بنوعيه الخاص و العام؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	المجدولة			
لا	109	36.33	22.413	3.841	0.000	2	دال
نعم	191	63.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (72) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (36) من المحور الثالث

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل

أنت راضي عن المنظومة القانونية والأخلاقية للقطاع الصحي بنوعيه الخاص و العام؟ " كانت

لصالح " نعم " القيم مشاهدة 191 ونسبة 63.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ

" لا " بقيم مشاهدة: 109 أي بنسبة 36.33 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 22.413 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة

حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.000) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05

أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار " نعم " ونسبة 63.67 % .

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون بنسبة 63.67 % في إجاباتهم

على السؤال السادس و الثلاثون وبأنهم راضين عن المنظومة القانونية والأخلاقية للقطاع الصحي بنوعيه

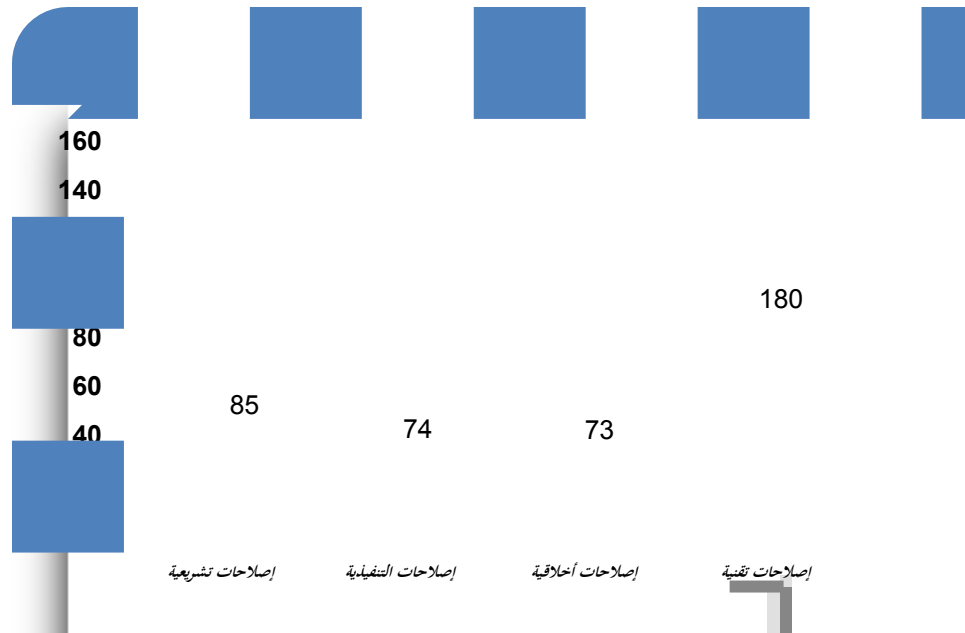
الخاص و العام .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال السادس و الثلاثون - إذا كان الجواب بـ " لا " ، ما هي

الإصلاحات المقترحة من وجهة نظرك ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة % المئوية	التكرارات العبارة 36	الإجابات
%28.33	85	إصلاحات تشريعية
%24.76	74	إصلاحات تنفيذية
%24.33	73	إصلاحات أخلاقية
%60.00	180	إصلاحات تقنية

جدول رقم (73) : يوضح الإصلاحات المقترحة في حالة عدم راضي الطبيب عن المنظومة القانونية والأخلاقية للقطاع الصحي بنوعيه الخاص و العام



رسم بياني (31) : يوضح الإصلاحات المقترحة في حالة عدم رضى الطبيب عن المنظومة القانونية والأخلاقية للقطاع الصحي بنوعيه الخاص و العام

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (31) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال السادس و الثلاثون و التي توضح الإصلاحات المقترحة للأطباء غير راضين عن المنظومة القانونية والأخلاقية للقطاع الصحي بنوعيه الخاص و العام فكانت أعلاها - كلاهما (المريض و الطبيب) - بنسبة 40.67 % أما أدناها - الطبيب - بنسبة 03.00 %

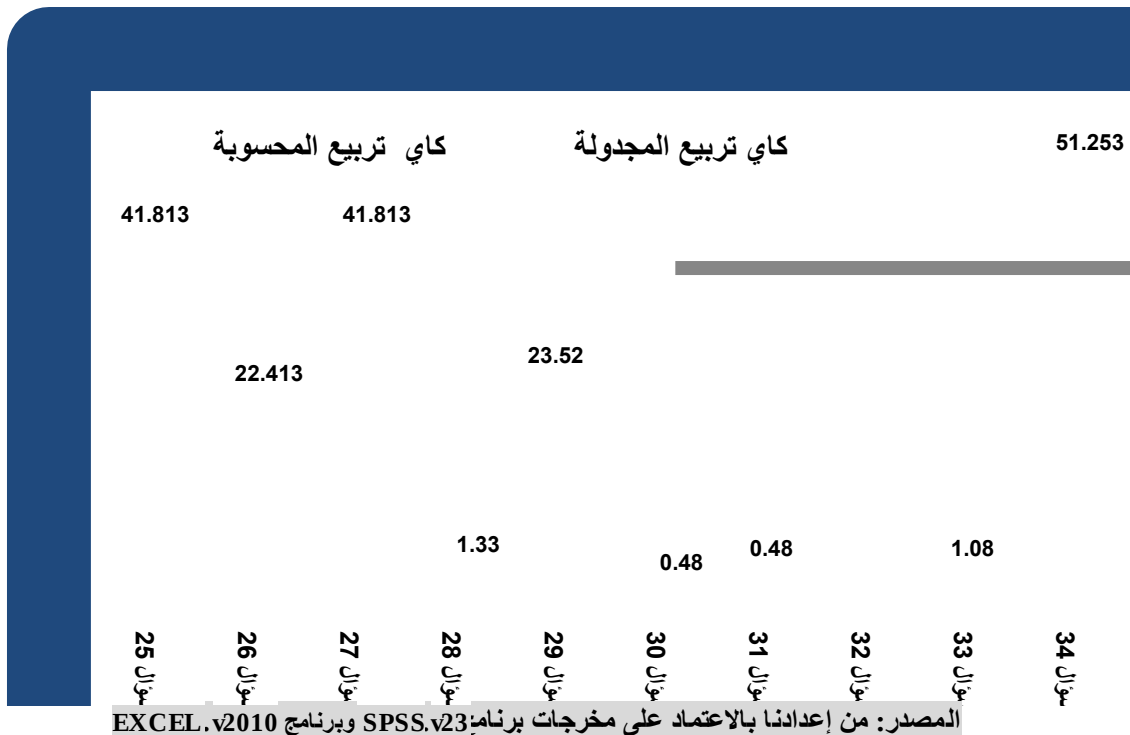
• تحليل الفرضية الفرعية الثالثة :

وبصفة عامة من خلال عرض تحليل إجابات أفراد العينة على أسئلة المحور 03: والمتعلقة كلها بسؤال المحور الثالث : تؤثر المنظومة القانونية في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري...؟
يمكن أن نلخص إجابات الأطباء في الجدول التالي :

جدول رقم(74) : بين ملخص تحليل عبارات المحور الثالث
تؤثر المنظومة القانونية في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري.

رقم	السؤال	البديل أكثر تكرر	النسبة	نتيجة دلالة كا2
25.	-هل سبق لك وأن أدت القسم الطبي ؟	نعم	68.67%	دال
26.	-هل للقسم ضوابط تحكمه ؟	لا	63.67%	دال
27.	-هل تعتبر المنظومة القانونية الجزائرية واضحة في تحديد الممارسات الطبية ؟	نعم	68.67%	دال
28.	-هل يسعى مجلس أخلاقيات المهنة لإيجاد طرق ووسائل حديثة تساهم في تطوير مهنة الطب بالجزائر؟	لا	53.33%	—
29.	-هل تراعي المنظومة التشريعية القانونية في نصوصها في الجوانب الشرعية ؟	نعم	64.00%	دال
30.	-هل للمجالس الأخلاقية دور في ضبط ممارسات الطبيب الجزائري ؟	لا	52.00%	—
31.	-هل التشريعات القانونية تضمن للمرضى حقوقهم لكلى القطاعين الخاص و العام ؟	نعم	52.00%	—
32.	-هل يعاقب الطبيب في حالة ارتكابه للخطأ الطبي ؟	نعم	73.33%	دال
33.	-هل هناك عقاب في حالة الخطأ المثبت ؟	نعم	53.00%	—
34.	-كطبيب هل تقوم بالمناوبة الليلية ؟	نعم	70.67%	دال
35.	-الطبيب الذي يرفض المناوبة الليلية، هل يعاقب ؟	نعم	69.67%	دال
36.	-هل أنت راضي عن المنظومة القانونية والأخلاقية للقطاع الصحي بنوعيه الخاص و العام ؟	نعم	63.67%	دال
النسبة العامة للدلالة 66.66 %				

من خلال الجدول أعلاه والشكل أدناه نجد أن معظم أسئلة المحور الثالث دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، حيث كانت المحسوبة أكبر من الجدولة في معظمها وبلغت نسبة الدلالة العامة للمحور الأول 66.66% وذلك ما يثبت أن المنظومة القانونية تؤثر في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري دالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة، أي أن الأطباء سبق لهم وأن قاموا بأداء القسم الطبي وهو يفرض عليهم سلطة ذاتية أخلاقية، كما المنظومة القانونية الجزائرية واضحة في تحديد الممارسات الطبية وهي تراعي الجوانب الشرعية، وأن العقاب وارد في حالة ارتكاب الطبيب للخطأ المثبت وهم يقومون بجميع التزاماتهم كالمناوبة الليلية وغيرها لنجد في النهاية أن الأطباء راضون على المنظومة القانونية والأخلاقية للقطاع الصحي بنوعيه.



المصدر: من إعدادنا بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.v23 وبرنامج EXCEL.v2010

رسم بياني رقم (32) : يوضح قيم كاي مربع المحسوبة و الجدولة لعبارات الفرضية الثالثة

إذن استنتاج :

نقبل الفرضية القائلة بأن: المنظومة القانونية تؤثر في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري

● عرض وتحليل إجابات أفراد العينة لأسئلة **المحور الرابع** : نص على مايلي :- يتأثر الطبيب الجزائري بالمستجدات الحديثة في التزامه بأخلاقيات مهنة الطب.

● **عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (37) :**

هل المشرع الجزائري يساير كل المستجدات الطبية ويخضعها لرأى القانون والفقه ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	المجدولة			
لا	88	29.33	22.413	3.841	0.000	2	دال
نعم	212	70.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (75) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (37) من المحور الرابع

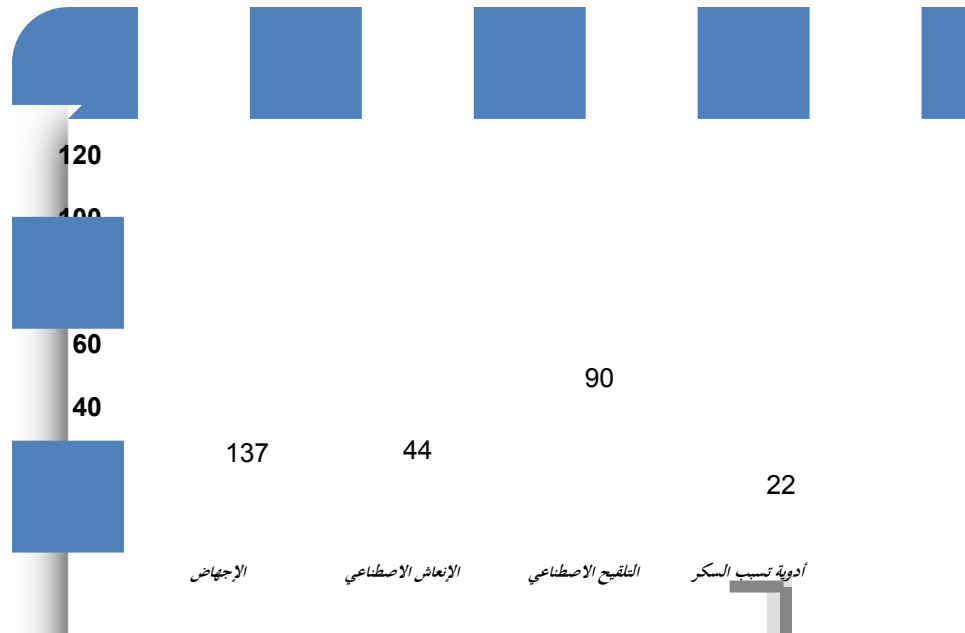
التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل المشرع الجزائري يساير كل المستجدات الطبية ويخضعها لرأى القانون والفقه ؟ " كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 212 ونسبة 70.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 88 أي بنسبة 29.33 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 22.413 وهي **أكبر** من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.000) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار " نعم " ونسبة 70.67 % .

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون بنسبة 70.67 % في إجاباتهم على السؤال السابع و الثلاثون و بأن المشرع الجزائري يساير كل المستجدات الطبية ويخضعها لرأى القانون والفقه . أما الإجابة على المؤشرات السؤال السابع و الثلاثون - إذا كان الجواب بـ " لا " ، ، ما هي هذه الحالات ؟ - فكانت على النحو التالي :

الإجابات	التكرارات العبارة 37	النسبة المئوية%
الإجهاض	137	45.67%
الإنعاش الاصطناعي	44	14.67%
التلقيح الاصطناعي	90	30.00%
أدوية تسبب السكر	22	7.33%

جدول رقم (76) : يوضح المستجدات الطبية التي لم يخضعها المشرع الجزائري لرأى القانون و الفقه



رسم بياني (33) : يوضح المستجدات الطبية التي لم يخضعها المشرع الجزائري لرأي القانون و الفقه يتضح من خلال الرسم البياني رقم (33) : أن الإجابة على المؤشرات السؤال السابع و الثلاثون و التي توضح يوضح المستجدات الطبية التي لم يخضعها المشرع الجزائري لرأي القانون و الفقه فكانت أعلاها - الإجهاض - بنسبة 45.67% أما أدناها - أدوية تسبب السكر - بنسبة 07.33%

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (38) :

هل ترفض كطبيب المستجدات الطبية ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	132	44.00	3.841	4.320	0.000	2	دال
نعم	168	56.00					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (77) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (38) من المحور الرابع

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل

ترفض كطبيب المستجدات الطبية ؟؟ " كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 168 بنسبة 56.00

% بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 132 أي بنسبة

44.00 % .

وأن كا2 المحسوبة بلغت 04.320 وهي أكبر من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية ($\text{sig} = 0.038$)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرر " نعم " ونسبة 56.00 % .

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون بنسبة 56.00 % في إجاباتهم على السؤال الثامن و الثلاثين و بأن الأطباء لا يفضلون المستجدات الطبية .

• **عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (39) :**

هل هناك ممارسات مسموح بها في المنظومة القانونية والأخلاقية الطبية الجزائرية ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاى تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	94	31.33	3.841	41.813	0.000	2	دال
نعم	206	68.67					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (78) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (39) من المحور الرابع

التعليق على الجدول :

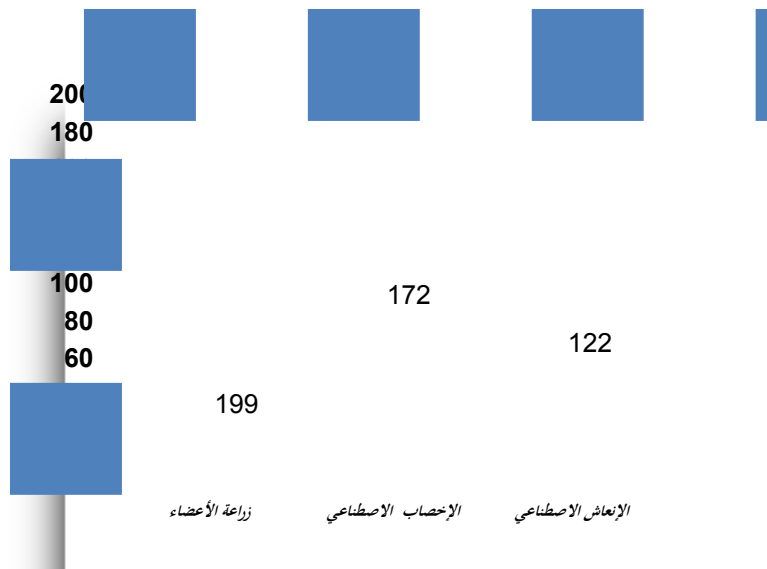
من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل هناك ممارسات مسموح بها في المنظومة القانونية والأخلاقية الطبية الجزائرية ؟ " كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 206 ونسبة 68.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 94 أي بنسبة 31.33 % .

وأن كا2 المحسوبة بلغت 41.813 وهي أكبر من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية ($\text{sig} = 0.000$)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرر " نعم " ونسبة 68.67 % .

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء يؤكدون بنسبة 68.67 % في إجاباتهم على السؤال التاسع و الثلاثون و بأن هناك ممارسات مسموح بها في المنظومة القانونية والأخلاقية الطبية الجزائرية . أما الإجابة على المؤشرات السؤال التاسع و الثلاثون - إذا كان الجواب بـ " نعم " ، ما هي هذه الممارسات المسموح بها ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية %	التكرارات العبارة 39	الإجابات
66.33%	199	زراعة الأعضاء
57.33%	172	الإخصاب الاصطناعي
40.67%	122	الإنعاش الاصطناعي

جدول رقم (79): يوضح الممارسات المسموح بها في المنظومة القانونية و الأخلاقية الطبية الجزائرية



رسم بياني (34): يوضح الممارسات المسموح بها في المنظومة القانونية و الأخلاقية الطبية الجزائرية
يتضح من خلال الرسم البياني رقم (34): أن الإجابة على المؤشرات السؤال التاسع و
الثلاثون و الذي يوضح الممارسات المسموح بها في المنظومة القانونية و الأخلاقية الطبية الجزائرية فكانت
أعلاها - زراعة الأعضاء - بنسبة 66.33% أما أدناها - الإنعاش الاصطناعي - بنسبة 40.67%

- عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (40):
هل عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	0.480	48.00	144	لا
					52.00	156	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23
الجدول رقم (80): يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (40) من المحور الرابع

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة ؟ " كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 156 ونسبة 52.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيم مشاهدة: 144 أي بنسبة 48.00 % .

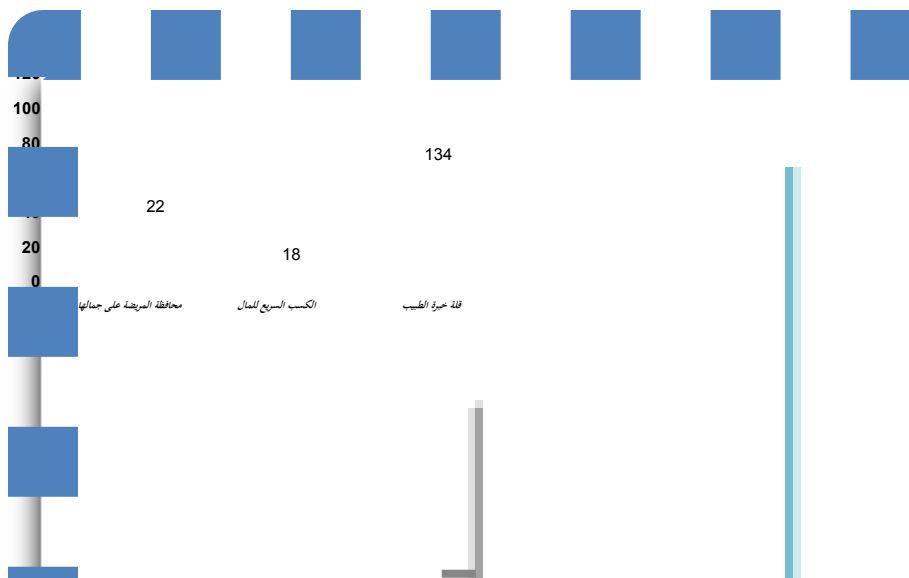
وأن كا2 المحسوبة بلغت 0.480 وهي **اقل** من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig =0.488) ، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي لا توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار .

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام توزع على نحو يكاد يكون متساوي لدى الأطباء في إجاباتهم على السؤال الأربعين و المتعلق بالولادة القيصرية وهل صارت كحل سريع و أسهل خاصة في العيادات الخاصة .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الأربعين - إذا كان الجواب بـ " نعم " ، ، لما يعود السبب ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية %	التكرارات العبارة 40	الإجابات
7.33%	22	محافظة المريضة على جمالها
6.00%	18	الكسب السريع للمال
44.67%	134	قلة خبرة الطبيب

جدول رقم (81): يوضح أسباب عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة



رسم بياني (35) : يوضح أسباب عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة

يتضح من خلال الرسم البياني رقم () : أن الإجابة على المؤشرات الأربعين و التي توضح يوضح أسباب عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة فكانت أعلاها - قلة خبرة الطبيب - بنسبة 44.67 % أما أدناها - الكسب السريع للمال - بنسبة 06.00 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (40) :

هل عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
نعم	144	48.00	3.841	0.480	0.000	2	دال
لا	156	52.00					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (82) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (40) من المحور الرابع

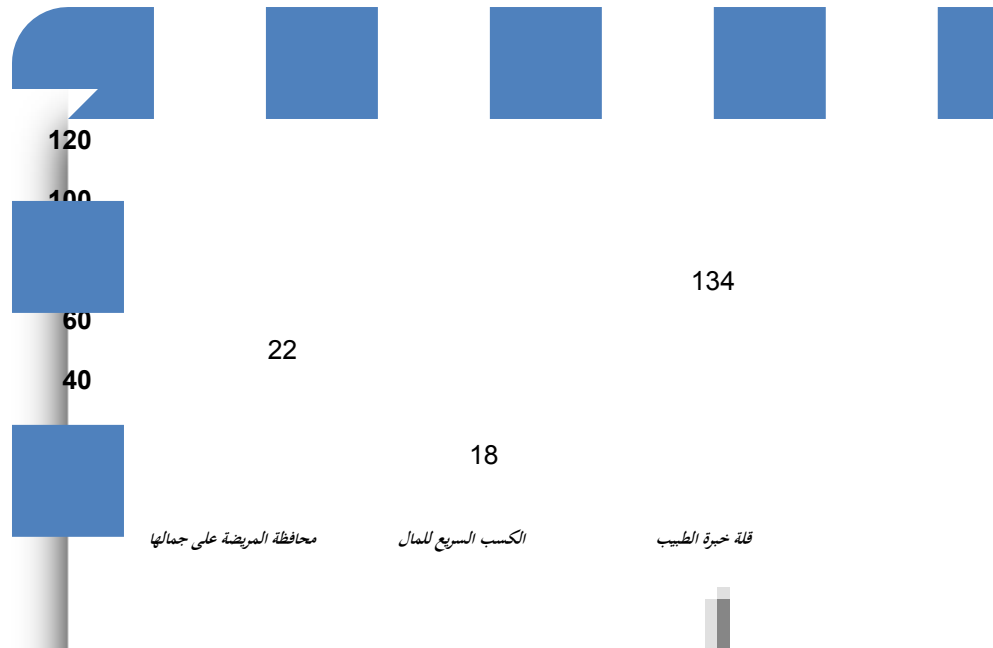
التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة ؟" كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 156 وبنسبة 52.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بـ 144 مشاهدة : أي بنسبة 48.00 % .

وأن كا² المحسوبة بلغت 0.480 وهي **اقل** من كا² الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 02 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.488) ، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي لا توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار .

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام توزع على نحو يكاد يكون متساوي لدى الأطباء في إجاباتهم على السؤال الأربعين و المتعلق بالولادة القيصرية وهل صارت كحل سريع و أسهل خاصة في العيادات الخاصة . أما الإجابة على المؤشرات السؤال الأربعين - إذا كان الجواب بـ " نعم " ، ، لما يعود السبب ؟ - فكانت على النحو التالي :

الإجابات	التكرارات العبارة 40	النسبة % المئوية
محافظة المريضة على جمالها	22	7.33%
الكسب السريع للمال	18	6.00%
قلة خبرة الطبيب	134	44.67%

جدول رقم (83) : يوضح أسباب عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة



رسم بياني (36) : يوضح أسباب عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة يتضح من خلال الرسم البياني رقم (36) : أن الإجابة على المؤشرات الأربعين و التي توضح يوضح أسباب عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة فكانت أعلاها - قلة خبرة الطبيب - بنسبة 44.67 % أما أدناها - الكسب السريع للمال - بنسبة 06.00 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (41) : هل يشارك بعض الأطباء في جريمة الإجهاض ؟

الإجابات	التكرارات	%	كاي تربيع "Chi-Square"		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	249	83.00	3.841	130.680	0.000	2	دال
نعم	51	17.00					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23
الجدول رقم (84) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (41) من المحور الرابع

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل يشارك بعض الأطباء في جريمة الإجهاض ؟" كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 249 ونسبة 83.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 51 أي بنسبة 17.00 % .

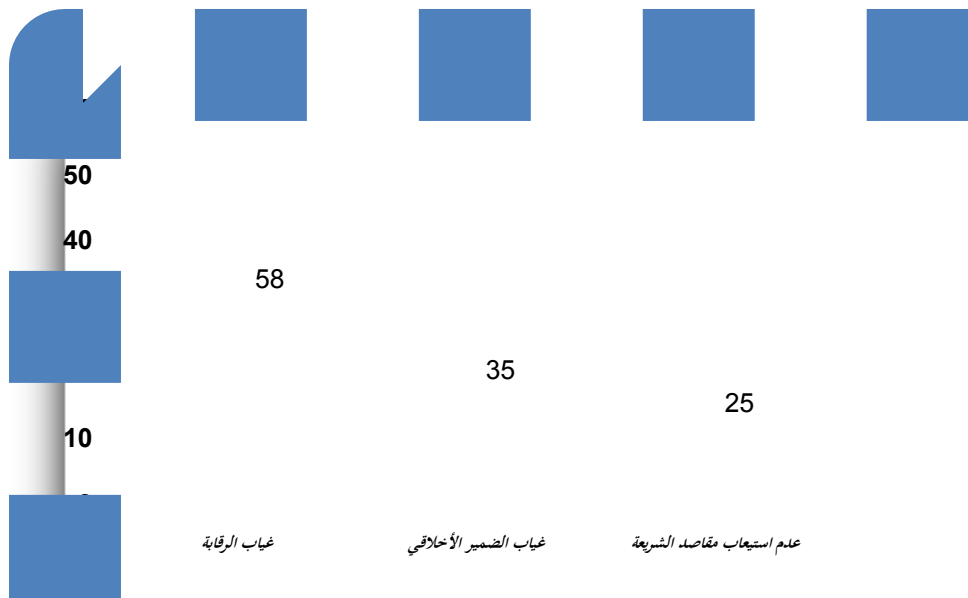
وأن كا2 المحسوبة بلغت 130.680 وهي أكبر من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية ($\text{Sig} = 0.000$)، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار " لا " ونسبة 83.00 %

الاستنتاج: نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء في إجاباتهم يؤكدون بنسبة 83.00 % على السؤال الواحد و الأربعون على عدم مشاركة الأطباء في جريمة الإجهاض.

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الواحد و الأربعون - إذا كان الجواب بـ " نعم " ، ، لما يعود السبب ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة المئوية %	التكرارات العبارة 41	الإجابات
19.33 %	58	غياب الرقابة
11.67 %	35	غياب الضمير الأخلاقي
8.33 %	25	عدم استيعاب مقاصد الشريعة

جدول رقم (85) : يوضح سبب مشاركة بعض الأطباء في جريمة الإجهاض



رسم بياني (37) : يوضح يوضح سبب مشاركة بعض الأطباء في جريمة الإجهاض

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (37) : أن الإجابة على المؤشرات الواحد و الأربعون و الذي يوضح سبب مشاركة بعض الأطباء في جريمة الإجهاض فكانت أعلاها - غياب الرقابة - بنسبة 19.33 % أما أدناها - عدم استيعاب مقاصد الشريعة - بنسبة 8.33 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (42) :

هل حقيقة أن في كثير من الحالات المعروضة على الطبيب لا يخضعها لرأي الفقه (الشرع) ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المحسوبة	المجدولة			
نعم	168	56.00	4.320	3.841	0.000	2	دال
لا	132	44.00					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

الجدول رقم (86) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (42) من المحور الرابع

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل حقيقة أن في كثير من الحالات المعروضة على الطبيب لا يخضعها لرأي الفقه (الشرع) ؟" كانت لصالح " نعم " القيم مشاهدة 168 وبنسبة 56.00 % بينما بقيت أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " لا " بقيت مشاهدة: 132 أي بنسبة 44.00 % .

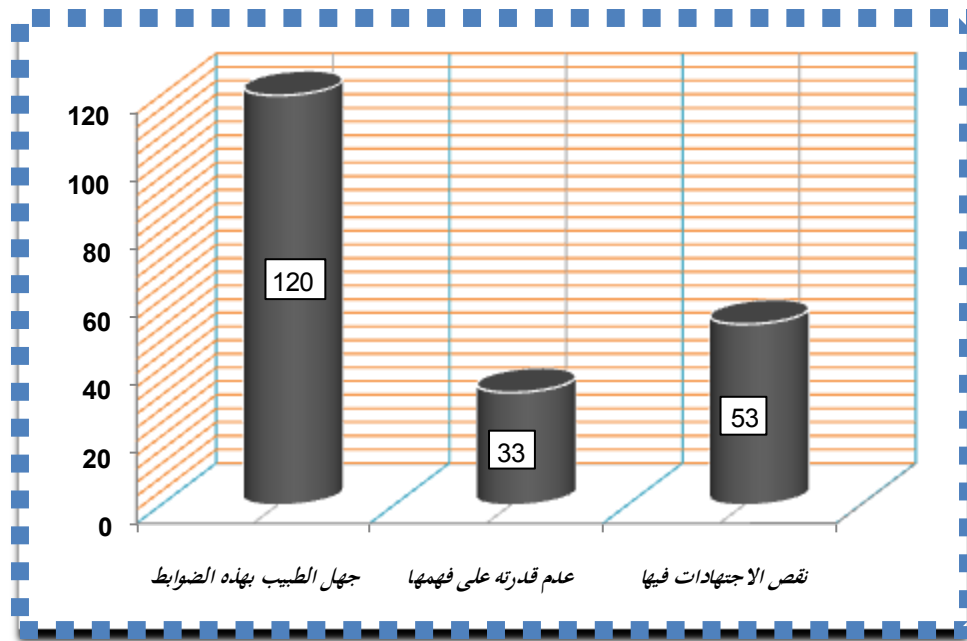
وأن كا² المحسوبة بلغت 4.320 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 02 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (Sig = 0.038) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار " نعم " وبنسبة 56.00 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء في إجاباتهم يؤكدون بنسبة 56.00 % على السؤال الثاني و الأربعين في كون الطبيب يخضع جميع الحالات المعروضة عليه لرأي الفقه (الشرع) .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الثاني و الأربعين - إذا كان الجواب بـ " نعم " ، ، لما يعود السبب ؟ - فكانت على النحو التالي :-

النسبة % المئوية	التكرارات العبارة 42	الإجابات
40.00%	120	جهل الطبيب بهذه الضوابط
11.00%	33	عدم قدرته على فهمها
17.67%	53	نقص الاجتهادات فيها

جدول رقم (87) : يوضح سبب عدم إخضاع الطبيب لبعض الحالات المعروضة عليه لرأي الفقه (الشرع)



رسم بياني (38) : يوضح سبب عدم إخضاع الطبيب لبعض الحالات المعروضة عليه لرأي الفقه (الشرع) يتضح من خلال الرسم البياني رقم (38) : أن الإجابة على المؤشرات الثاني و الأربعين و الذي يوضح سبب عدم إخضاع الطبيب لبعض الحالات المعروضة عليه لرأي الفقه (الشرع) فكانت أعلاها - جهل الطبيب بهذه الضوابط - بنسبة 40.00 % أما أدناها - عدم قدرته على فهمها - بنسبة 11.00 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (43) :

هل حقيقة و جود نقص في الثقافة الشرعية الطبية لدى الأطباء ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كاي تربيع "Chi-Square"		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	2.613	54.67	164	لا
					45.33	136	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23
الجدول رقم (88) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (43) من المحور الرابع

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل حقيقة وجود نقص في الثقافة الشرعية الطبية لدى الأطباء ؟" كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 164 ونسبة 54.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 136 أي بنسبة 45.33 % .

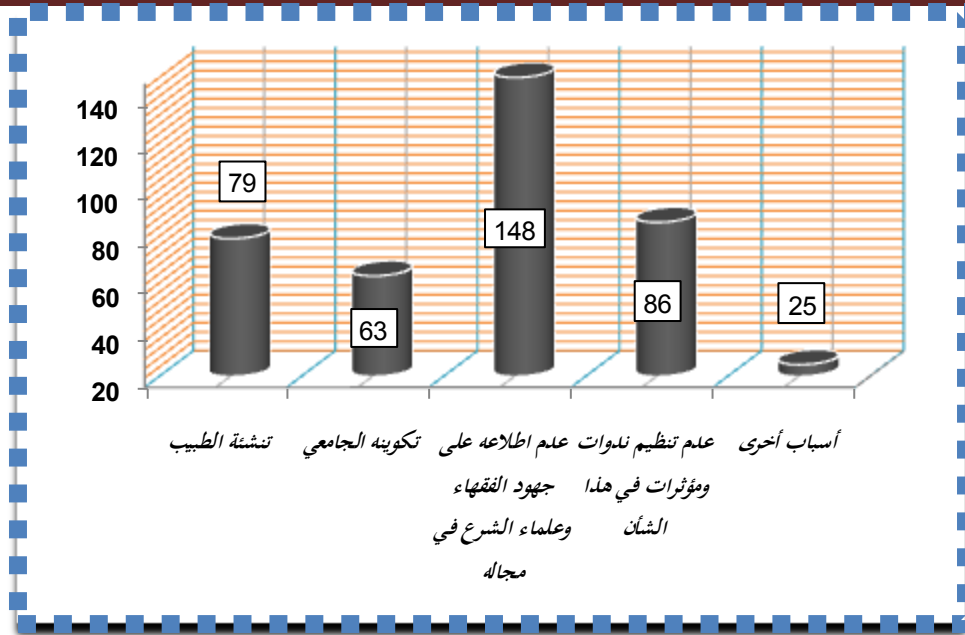
وأن كا 2 المحسوبة بلغت 2.613 وهي **اقل** من كا 2 المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.106) ، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي لا توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار .

الاستنتاج: نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء في إجاباتهم الثالث و الأربعون قد توزعت على نحو تكاد تكون متساوي فلا يمكن لنا الجزم بأن الأطباء لا يملكون الثقافة الشرعية الطبية .

أما الإجابة على المؤشرات السؤال الثالث و الأربعون - إذا كان الجواب بـ " نعم " ، ، لما يعود السبب ؟ - فكانت على النحو التالي :-

النسبة % المئوية	التكرارات العبارة 43	الإجابات
26.33%	79	تنشئة الطبيب
21.00%	63	تكوينه الجامعي
49.33%	148	عدم اطلاعه على جهود الفقهاء وعلماء الشرع في مجاله
28.67%	86	عدم تنظيم ندوات ومؤثرات في هذا الشأن
08.33%	25	غياب الجلسات التنسيقية الجهوية

جدول رقم (89): يوضح سبب وجود نقص في الثقافة الشرعية الطبية لدى الأطباء



رسم بياني (39) : يوضح سبب وجود نقص في الثقافة الشرعية الطبية لدى الأطباء

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (39) : أن الإجابة على المؤشرات الثالث و الأربعون و الذي يوضح سبب وجود نقص في الثقافة الشرعية الطبية لدى الأطباء فكانت أعلاها - عدم اطلاعه على جهود الفقهاء وعلماء الشرع في مجاله - بنسبة 49.33% أما أدناها - غياب الجلسات التنسيقية الجهوية - بنسبة 08.33%

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (44) :

هل من توصيات تقدمونها للأطباء الممارسين للمهنة وحديثي التخرج ؟

الاستنتاج الإحصائي	درجة الحرية	sig	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		%	التكرارات	الإجابات
			المجدولة	المحسوبة			
دال	2	0.000	3.841	0.653	17.67	143	لا
					52.33	157	نعم
					100	300	المجموع

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23
الجدول رقم (90) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (44) من المحور الرابع

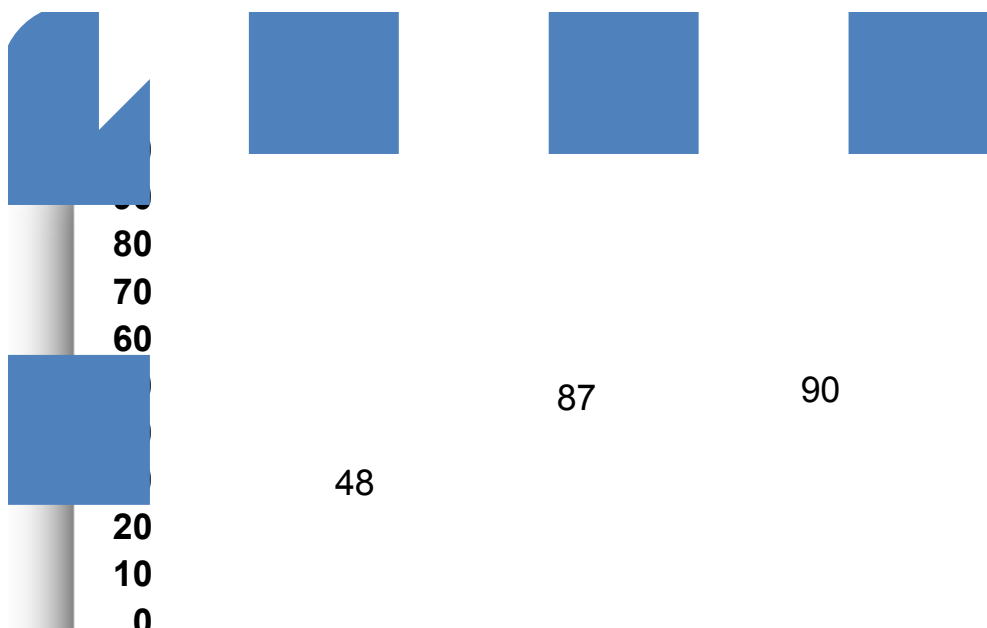
التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل من توصيات تقدمونها للأطباء الممارسين للمهنة وحديثي التخرج ؟ " كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 143 ونسبة 17.67 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 157 أي بنسبة 52.33 % .

وأن كا2 المحسوبة بلغت 0.653 وهي **أكبر** من كا2 الجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (sig = 0.419) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي لا توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار .

الاستنتاج: نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء في إجاباتهم الرابع و الأربعين قد توزعت على نحو تكاد تكون متساوي فلا يمكن لنا الجزم بأن كل الأطباء يرغبون في تقديم توصيات للأطباء الممارسين للمهنة و حديثي التخرج . أما الإجابة على المؤشرات السؤال الرابع و الأربعين - إذا كان الجواب بـ " نعم " ، ماهي هذه التوصيات ؟ - فكانت على النحو التالي :

النسبة % المئوية	التكرارات العبارة 44	الإجابات
16.00%	48	التكوين المستمر
29.00%	87	الاحتكاك بالأطباء ذوي الخبرة
30.00%	90	التشخيص الدقيق للمريض
34.00%	102	التحلي بالأخلاق

جدول رقم (91) : يوضح جوانب توصيات للأطباء للممارسين مهنة الطب وحديثي التخرج



رسم بياني (40) : يوضح جوانب توصيات للأطباء للممارسين مهنة الطب وحديثي التخرج

يتضح من خلال الرسم البياني رقم () : أن الإجابة على المؤشرات الرابع و الأربعين و الذي يوضح جوانب توصيات للأطباء للممارسين مهنة الطب وحديثي التخرج فكانت أعلاها - التحلي بالأخلاق - بنسبة 34.00 % أما أدناها - التكوين المستمر - بنسبة 16.00 %

• عرض وتحليل إجابات أفراد العينة حول السؤال رقم (45) :

هل لديك إصلاحات تقترحها على المنظومة الطبية الجزائرية ؟

الإجابات	التكرارات	%	كا ² "كاي تربيع" Chi-Square		sig	درجة الحرية	الاستنتاج الإحصائي
			المجدولة	المحسوبة			
لا	183	61.00	3.841	14.520	0.000	2	دال
نعم	117	39.00					
المجموع	300	100					

المصدر: من إعدادنا اعتماد إجابات العينة ومخرجات برنامج SPSS إصدار 23

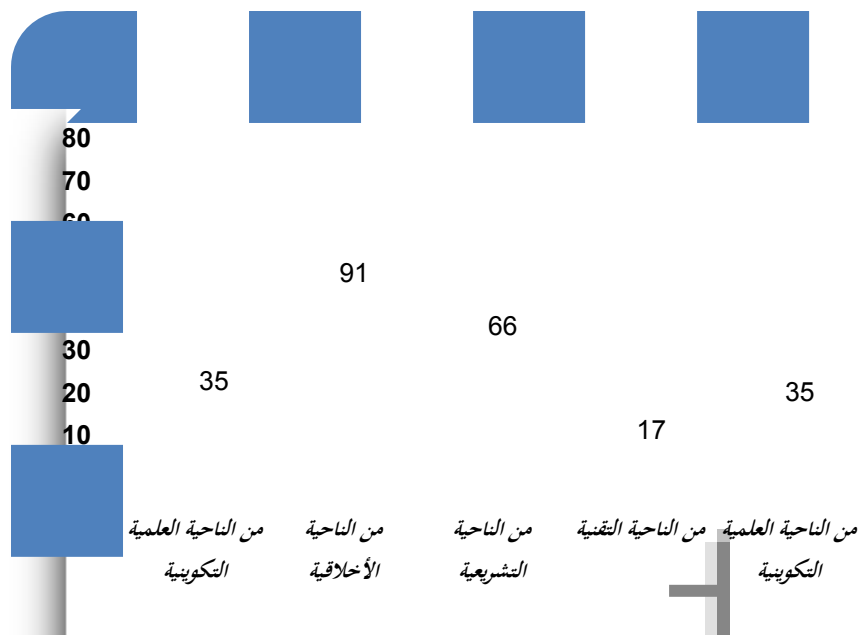
الجدول رقم (92) : يمثل نتائج إجابة أفراد العينة على السؤال رقم (45) من المحور اليابع

التعليق على الجدول : من خلال الجدول أعلاه نجد أن إجابات أفراد العينة حول عبارة : " هل لديك إصلاحات تقترحها على المنظومة الطبية الجزائرية . " كانت لصالح " لا " القيم مشاهدة 183 وبنسبة 61.00 % بينما بقية أفراد العينة كانت إجاباتهم بـ " نعم " بقيم مشاهدة: 117 أي بنسبة 39.00 % . وأن كا² المحسوبة بلغت 14.520 وهي أكبر من كا² المجدولة 3.841 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة حرية 1 وبطريقة أخرى نجد أن مستوى المعنوية (Sig = 0.000) ، وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي توجد دلالة إحصائية **لصالح القيمة أكثر** تكرار " لا " وبنسبة 61.00 %

الاستنتاج : نستنتج مما سبق أن الاتجاه العام لدى الأطباء في إجاباتهم يؤكدون بنسبة 61.00 % على السؤال الخامس و الأربعون في كون عدم توجد إصلاحات يقترحها الأطباء على المنظومة الطبية الجزائرية. أما الإجابة على المؤشرات السؤال الخامس و الأربعون - إذا كان الجواب بـ " نعم " ، ما هي هذه الإصلاحات ؟ - فكانت على النحو التالي :-

الإجابات	التكرارات العبارة 45	النسبة المئوية%
من الناحية العلمية التكوينية	35	11.67%
من الناحية الأخلاقية	91	30.33%
من الناحية التشريعية	66	22.00%
من الناحية التقنية	17	5.67%
من الناحية العلمية التكوينية	35	11.67%

جدول رقم (93) : يوضح الإصلاحات التي اقترحها الأطباء على المنظومة الطبية الجزائرية



رسم بياني (41) : يوضح الإصلاحات التي اقترحها الأطباء على المنظومة الطبية الجزائرية

يتضح من خلال الرسم البياني رقم (41) : أن الإجابة على المؤشرات الخامس و الأربعون و الذي يوضح الإصلاحات التي اقترحها الأطباء على المنظومة الطبية الجزائرية فكانت أعلاها - من الناحية الأخلاقية - بنسبة 40.00 % أما أدناها - من الناحية التقنية - بنسبة 05.67 %

• تحليل الفرضية الفرعية الرابعة :

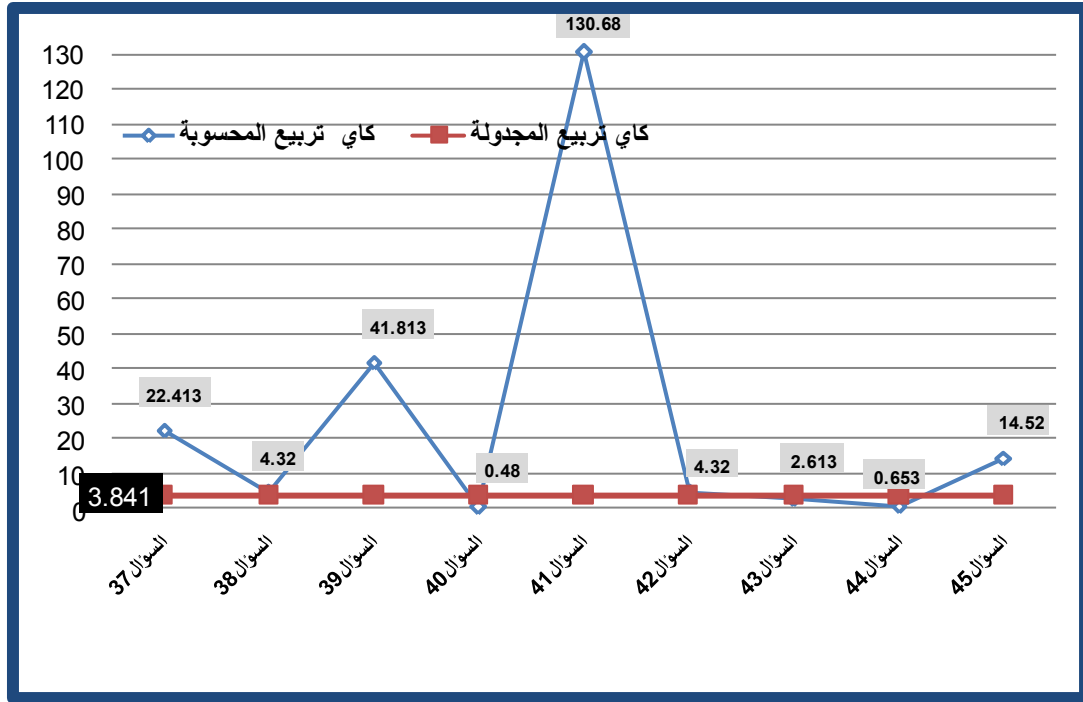
وبصفة عامة من خلال عرض تحليل إجابات أفراد العينة على أسئلة المحور 04: والمتعلقة كلها بسؤال يتأثر الطبيب الجزائري بالمستجدات الحديثة في التزامه بأخلاقيات مهنة الطب ...؟ يمكن أن نلخص إجابات الأطباء في الجدول التالي :

جدول رقم (94) : بين ملخص تحليل عبارات المحور الرابع
تأثير المنظومة القانونية في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري.

رقم	السؤال	البديل أكثر تكرار	النسبة	نتيجة دلالة كا2
37.	هل المشرع الجزائري يساير كل المستجدات الطبية ويخضعها لرأي القانون والفقه ؟	نعم	70.67%	دال
38.	هل ترفض كطبيب المستجدات الطبية ؟	نعم	56.00%	دال
39.	هل هناك ممارسات مسموح بها في المنظومة القانونية والأخلاقية الطبية الجزائرية ؟	نعم	68.67%	دال
40.	هل عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة ؟	نعم	52.00%	—
41.	- هل يشارك بعض الأطباء في جريمة الإجهاض ؟	لا	83.00%	دال
42.	- هل حقيقة أن في كثير من الحالات المعروضة على الطبيب لا يخضعها لرأي الفقه (الشرع) ؟	لا	56.00%	دال
43.	- هل حقيقة و جود نقص في الثقافة الشرعية الطبية لدى الأطباء ؟	لا	54.67%	—
44.	- هل من توصيات تقدمونها للأطباء الممارسين للمهنة وحديثي التخرج ؟	نعم	52.33%	—
45.	- هل لديك إصلاحات تقترحها على المنظومة الطبية الجزائرية ؟	نعم	61.00%	دال
النسبة العامة للدلالة 66.66 %				

من خلال الجدول أعلاه والشكل أدناه نجد أن معظم أسئلة المحور الرابع دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05)، حيث كا2 المحسوبة أكبر من الجدولة في معظمها وبلغت نسبة الدلالة العامة للمحور الاول 66.66 % وذلك يتأثر الطبيب الجزائري بالمستجدات الحديثة في التزامه بأخلاقيات مهنة الطب دالة إحصائيا بين إجابات أفراد عينة الدراسة ، أي أن الأطباء المشرع الجزائري يساير كل المستجدات الطبية و يخضعها لرأي القانون و الفقه ، وهو يرفض المستجدات الطبية اللااخلاقية و يقوم فقط بما هو مسموح به من منظور المنظومة القانونية و التشريعية الجزائرية وهم لا

يشاركون في جرائم كالإجهاض بل فقط هناك نقص في الثقافة الشرعية الطبية بحسب رأي الأطباء وقد أوردوا جملة من التوصيات للأطباء الجدد و للمنظومة الطبية الجزائرية من اجل تواصل أكبر لتداول المعلومات المستجدة .



المصدر: من إعدادنا بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.v23 وبرنامج EXCEL.v2010

رسم بياني رقم (42) : يوضح قيم كاي مربع المحسوبة و المجدولة لعبارات الفرضية الرابعة

إذن استنتاج :

نقبل الفرضية القائلة بأن: يتأثر الطبيب الجزائري بالمستجدات الحديثة في التزامه بأخلاقيات مهنة الطب
تشير النتائج السابق المتعلق بالفرضية الوابعة إلى تحقق هذه الأخيرة جزئيا.

ثانيا: مناقشة النتائج وتفسيرها

أ - مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الرئيسية الأولى :

أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الرئيسية إلى :

أن الطبيب الجزائري ملتزم في ممارسته لمهنة الطب بما تفرضه طبيعة هذه المهنة من أخلاقيات متعارف عليها. فالتكوين الذي تلاقه يؤهله لأن يتحلى بالأخلاق الطبية الكريمة أثناء ممارسته لمهنته. كما أنه يعطي الأولوية لأخلاقية الشريعة الإسلامية في التزامه بمهنة الطب. ضف إلى هذا أن المنظومة القانونية تؤثر عليه و تعطيه الخطوط العريضة التي يتحرك فيها و لا يمكن له تجاوزها باعتبارها تمثل قاعدة اجتماعية خلقية. فالتعليم الذي تطور من الاستقلال إلى يومنا هذا خلق مكتسبات لدى الطبيب و المريض على حد سواء بعدم تجاوز إلى ما هو محصور، فالمريض يسأل عن حالته قبل الشروع في أي علاج كما أن الطبيب بأخلاقه الإسلامية يحذر من الوقوع في الحرام، هذا كله نتاج البيئة الجزائرية العربية الإسلامية التي أعطت سبعة التخلق لكل منهما المريض و الطبيب. ولحد الساعة مزالت المنظومة الطبية سليمة و لا توجد ظواهر تستدعي سعي المشرع للحد منها. فقط ما نرى من أخطاء يعود سببه إلى عدم هيكلية المنظومة و عجزها عن تغطيت جميع حاجيات الطبيب و المريض. أمام هذا السعي الذي نراه من قبل الحكومة و محاولة تقريب الخدمة من المواطن يمكن أن نقول أن الأخطاء الطبية ستختفي أما تسليح قطاع الصحة بالتقنية اللازمة التي تتوفر فيها التشخيص الدقيق.

ولقد جاءت نتائج الدراسة التي قمنا بها موافقة لما درسه (Mcgovern & Fischer, 2011) ردود الفعل حول الشفافية من قبل الموظفين و الطب وتوصل الباحثان إلى أن الشفافية سياسة جيدة تفعل من ممارسة الرقابة من خلال توفير قواعد للمقارنة بين القواعد الثابتة المنشودة وبين النشاطات المرئية، كما أن الشفافية مرتبطة بمدى تطبيق التدقيق المستقل والمساءلة، ففي مهنة الطب للشفافية تأثيرات وممارسات معقدة تؤدي إلى البحث عن التميز حتى لا يقع الموظف ضمن شبكة المساءلة، كما تؤدي إلى البحث عن طرق لتحسين مستمر في النظام وكذا تحسين ردود الفعل تجاه هذه الشفافية بما يخدم شاغل الوظيفة.

من جهة أخرى ترى الباحثين أن توفر الشفافية في المهنة الطبية سيؤدي إلى خلق ضغوط أكثر على ممارسي هذه المهنة باعتبارهم معرضين أكثر للمساءلة وكذلك عليهم خلق ثقة وانطباع إيجابي أمام المسؤولين وأمام الزملاء في الوظيفة، هذا يكون دافعا أساسيا كي يبحث الموظف عن سبل توفر له هذه الثقة، وتعتقد الباحثين أن الاعتماد على الرقابة الذاتية للفرد تجعل نسبة تعرضه للمساءلة من قبل الغير ضئيلة وكذا إذا فهم متطلبات وظيفته والتزم بالدور الواجب القيام به، بالإضافة إلى أنه يمكنه تجاوز قصوره عند شعوره به وذلك بالقيام بعملية تطويرية لمهارته، وترى الباحثان أن قدرة الموظف من الاستفادة من الشفافية في هذه المؤسسة سيخلق نوعا من الالتزام اتجاهها ومع الوقت يخلق لديه ولاء للوظيفة التي يشغلها. و ما نلاحظه اليوم في المستشفيات يؤكد ذلك فالرقابة المستمرة خلقت نوع من الالتزام لدى البعض فقط. لأن الأغلبية الساحقة من الأطباء رقابتهم داخلية و ضميرهم هو ما يحكم تصرفاتهم.

ب - مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى :

أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى إلى أنه :

توجد علاقة بين البرامج التكوينية في المسار التكويني للطبيب الجزائري وأخلاقياته أثناء الممارسة. فالتكوين خلال سيولد الكفاءة وهو ما سيظهر جليا فيما بعد في الممارسة الطبية . ولقد أظهرت النتائج أن الأطباء تلقوا تكويننا جيدا ولم تواجههم أي مشاكل خلال مزاولتهم للدراسة . فلم تظهر نتائج أي مشاكل قد تخل بنوعية مخرجات كليات الطب سواء من نقص في المؤشرين أو العتاد الطبي أو قلة الوعي الطبي خاصة أن الأطباء هم النخبة المتميزة في الدراسة و معدلات الدخول الجامعي دائما من نصيب النجباء ، ضف إلى هذا أن الأغلبية كانت رغبتهم كتتويج لمسار دراسي حافل بالإنجازات ، ذا ما يشكل لديهم وعي مسبق بالمسؤولية المنوطة بهم مما . فتجد حرص هذه النخبة على التكوين الجيد و المتابعة المستمر صفة غالبية عليهم . ضف إلى هذا أن تجهزية الأطباء تجعلهم يتقمصون شخصية الطبيب ليس في الشكل فقط بل حتى في المضمون فتجد أخلاقهم عالية . هذا قبل دراستهم لمواد أخلاقيات الطب . علما أن العينة صرحت أنها درست أخلاقيات الطب أو الطب الشرعي سواء في السنة الأولى جامعي أو في السنة السادسة . كما أن الأطباء لهم مصادر توعية سواء المنظومة التربوية أو الندوات و المؤتمرات . ولقد تراوحت استجابة الأطباء فيما يخص نوعية التكوين و كونه قادر على جعل الطبيب يعالج جميع الحالات لكنهم أكدوا على ضرورة التكوين المستمر و المطالعة الدائمة للمستجدات أو لإعادة البنية القاعدية لبعض المكتسبات القبلية الضرورية الهامة في حق الممارسة الطبية . وصرح الأطباء أن هناك صعوبات ناجمة عن ممارسة مهنة الطب وهذا ما يعكس روح المسؤولية التي يتحلون بها لذلك تجدهم دائما يحرصون على التكوين أنفسهم على وجه المسؤولية الملقاة على عاتقهم . وبذلك هم لا يفوتون الدروس خاصة التطبيقية منها . ويعطونها العناية الكاملة من الفهم وإذ تعذر عليهم الفهم فهم يعمدون إلى الوثائق كالمراجع و الكتب و الدوريات الخ ، أو يطلبون الشرح من أقرانهم ، فهم لا يتركون أي مقياس لأن هذا يؤثر على مردودهم التحصيلي ، ويقومون بمعالجة جميع المتأخرات حتى ولو كانت المقاييس التي يدرسونها ذات معاملات ضعيفة ، فكل سيؤثر على نوعية تكوينهم بما فيه مقياس أخلاقيات المهنة . إن الأطباء هم نخبة المجتمع و جلهم من المتفوقين دراسيا لذلك هم يسهرون على أن يكون تكوينهم جيدا لأن رغبتهم في دخول هذا العالم تتيح لهم مذجت شخصهم شكلا و مضمون بما يتوافق مع هذه المهنة النبيلة .

ت - مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية :

أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية إلى :

أن الطبيب الجزائري يعطي الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في التزامه بممارسة مهنة الطب فتأثير البيئة التي يعيش فيها الطبيب و هي البيئة الجزائرية تجعل من الطبيب يساير الثقافة التي تربى و ترعرع فيها . و بالتالي هو يلتزم بالموروث الثقافي و الحضاري لمجتمعه . فالعادات و التقاليد تحترم أثناء الفحص و هو مار حبه الأطباء في كون الفحص الطبي له ضوابط داخلية متمثلة في ضميره المهني و الأخلاقي ، و

كذلك العادات و التقاليد التي يحترمها الطبيب . كما أن المريض له كامل الحرية في اختار من يعالجه إلا إذا كانت هناك ضرورة يرى الطبيب فيها قدرته على المعالجة المستعجلة . كما أن الأطباء يسهلون على مرضاهم التواصل معهم و فتح باب الاستشارة مهما كانت درجة الحساسية فيها . وفي حالة ما إذا كانت هناك درجة تتطلب الإحالة على طبيب مختص يقوم الطبيب بإحالته على هذا الطبيب . كما صرح الأطباء أنهم يفحصون الكثير من المرضى وهذا من باب أن الأغلبية ليس لها إمكانيات تسمح لهم بالعلاج على أعلى مستوى ضف إلى هذا أن مجتمعنا لا يقوم على الوقاية في الغالب بل دائما قدوم المريض إلى المستشفى أو العيادة قائم على الألم لا على فحص دوري . فقيام الأطباء بالفحص لأكثر عدد هو أخلاقي بدرجة الأولى لأن هناك الكثير من يجهل المرض الذي هو عليه و درجة الخطورة فيه . لذلك يسعى الأطباء لفحص الكل سدا للشك وليس رجحا للمال كما يعتقد الكثير . كما أنهم يوجهون مرضهم و ينصحونهم في حال كانت الحالة تتطلب مختص في مرض ما أو أنها تتطلب تحاليل دقيقة لأن الدواء المعطى قد يكون له تأثير جانبي في حالة عدم التشخيص الدقيق . و العلاقة القائمة بين الأطباء هي دائما علاقة تعاون و تضامن لأن شريحة الأطباء هي الأكثر وعيا . و أفعالهم وتصرفاتهم قائمة على إعلاء المصلحة العامة على الخاصة و للجوانب الروحية على المادية لأن الأمر يتعلق ببعده إنساني وعلى حالة قد يكون الصراع بين الأطباء نتيجة فقدان روح ، لذلك تراهم أكبر وعيا لهذه المسؤولية . ولم ينكر الأطباء أن هناك مشاكل قد يكون مصدرها المريض و أشار بعضهم إلى أن المقارنة بين الأطباء هي أحد أسباب هذه المشاكل . كون المريض في المرة الأولى زار طبيب ما فتعفى أم مع الآخر فلم يحدث ذلك ، علما أنه تناسى أمر غاية في الأهمية و هي طبيعة المرض في الحالتين ضف إلى هذا أن بعض الأطباء أثناء تشخيصهم للمرض تتشابه عليهم الأعراض مثلا فيقدمون في البداية دواء ثم ينصحون مريضهم في حالة عدم الراحة بالعودة . فعودة المريض يعني تفادي العلة الأولى وأنها أعراض علة أخرى ، وبهذا يحكم المريض على الطبيب بعدم الكفاءة ، أما ما يخص الأخطاء الطبية فهي قليلة بالنظر إلى المفحوصين و غالبا ما تكون نتاج من نواتج التشخيص غير الدقيق و إلى الوسائل التقليدية التي يستخدمها الأطباء في الكشف ، كما أن التكوين على الوسائل التقنية الحديثة يكاد يكون منعدم وهو حكر على الذين لهم المؤهلات المادية الكافية ليقومون بتربصات خارج البلاد في أقل المخابر ، هذا وأكد الأطباء أن أغلبية الأخطاء لا تعود بالدرجة الأولى إلى الوازع الديني أو خلل أخلاقي في شخصية الطبيب . لأن أغلبية الممارسات الطبية تترك لضمير الطبيب . وفي حالة ما إذا ثبت تعمد الطبيب في هذا يمكن علاج الأمر بالعودة إلى القضاء لأخذ حق المريض .

ث - مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة :

أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة إلى :

ما يثبت أن المنظومة القانونية تؤثر في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري . فمن حق المرض في حالة وقوع الخطأ الطبي أن يتجه إلى مجلس أخلاقيات مهنة الطب أو إلى العدالة . صحيح أن الطبي الجزائري أدى القسم الطبي ولكن هذا القسم حسب ما أو رده الأطباء يبقى حكمه ذاتي يخضع لأخلاق الطبيب بالنظر إلى حجم الخصوصية التي يتمتع بها الطبيب ، فالسّم أخلاقي بالدرجة الأولى ، تبقى المسؤولية القانونية و التي تأخذ الجوانب المادية في إصدار العقوبة و الحكم على الخطأ بالعمد أو غير المتعمد تستند إلى القسم باعتباره إقرار من الطبيب بالتحلي بالمسؤولية الكاملة تجاه مريضه ، ضف إلى هذا أن التشريع في المنظومة الطبية واضح فيما يخص الممارسة الطبية ، صحيح أن مجلس أخلاقيات المهنة يسعى جهاد لتطوير مهنة الطب في الجزائر من جميع النواحي العلمية و الأخلاقية و الشرعية إلى أن الملاحظ على البيئة الجزائرية أنها مزالت نظيفة كون الطبيب الجزائري متخلقا حتى و إن ظهرت هناك حالات توحى بأن الخطأ الطبي متعمد أو أن الطبيب خالف أخلاقية المهنة إلا أنها لم تصل إلى حد الظاهرة التي شاعت و تفشت مما تستدعي تحرك المشرع و مجلس أخلاقيات المهنة لوضع حد لهذه الممارسة ، بخلاف ما نسمع عن الطب في دول أخرى أين تحلل الطب من روحنيته إلى ماديته الجشعة و أصبح يتاجر بالأعضاء وبيع الأعضاء من الحي بموجب تجارة و عقد بين الطرفين . كما أن الطب بالجزائر يراعي الشريعة في جميع ممارسته حتى أن المريض له من الثقافة الشرعية و المسائل التي تتعلق بالمرض ما يجعله ينفر من جميع المعاملات التي فيه شبهة فهو يسأل عن مسألته فيراعي الجانب الأخلاقي و الديني قبل صحته . فالطرفين في الثقافة الجزائرية متخلق الطبيب و كذا المريض . وفي حال حدوث الخطأ الطبي وهو كما صرح الأطباء نادرا ما يكون متعمدا يمكن لتشريع أن يكفل حق المريض و التعويض إم المادي أو النقل للعلاج في دول أخرى تتوفر بها إمكانيات إصلاح الخطأ الطبي . ضف إلى هذا أن الطبيب المتهاون و المستهتر يعاقب من طرف الهيئة المشرفة عليه بمجلس تأديبي قد يصل حد الإحالة على العدالة أو التسريح من العمل حسب حجم الخطأ المرتكب . و على الطبيب أن يقوم بجميع الواجبات الموكلة له من مناوبة ليلية إلى ما تقتضيه ضرورة ويعاقب في حالة عدم امتثاله لهذه الضوابط . و أكد الأطباء على أنهم راضون على المنظومة القانونية و الأخلاقية بأن الحاكم الأول هو ضمير الطبيب وليس القوانين و التشريعات .

ج - مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة :

أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة إلى :

أن الطبيب الجزائري لا يتأثر بالمستجدات الحديثة في التزامه بأخلاقيات مهنة الطب . فهو دائم الحرص على إخضاع جميع القضايا للشرعية . تبقى بعض القضايا والحالات واردة إلا أنها قليلة جدا كجريمة الإجهاض أو بعض الأدوية التي تسبب السكري الخ . وهي كلها مستجدات يرفض الطبيب الجزائري دخولها نظرا لوعيه الخلقي التام بأبعاد ما سيقدم عليه . ويستجيب للعام منها و الذي فصل فيها الشرع كزراعة الأعضاء و الإخصاب الاصطناعي و الإنعاش الاصطناعي . أما الباقي ففي كثير من الحالات تكون الأخطاء متعمدة و لا يمكن أن ننفي عن الطبيب الجهل او عدم القدرة على فهم المستجد من القضايا و تأصيلها شرعا . أم الولادة القيصرية فتختلف الأسباب فيها ولكن لا يجب علينا الجزم أن أي ولادة قيصرية من ورائها عائد مادي . أو محافظة المرأة على جمالها ففي الأغلب وضعية الأم تستدعي العملية القيصرية . فالطبيب له ثقافة تتيح له التميز بين ماهو واجب تفرضه الحالة وبين ماهو هوى قد يكون وبالا على صحة المريض . ولعل من أهم التوصيات التي قدمها الأطباء هي ضرورة التكوين المستمر ، و الاحتكاك بالأطباء ذوي الخبرة ، التشخيص الدقيق و في حالة العجز عن ذلك يتم الإحالة إلى ذوي الاختصاص . وقد قدم الأطباء جملة من الاقتراحات لعل أهمها ضرورة إصلاح المنظومة الطبية من الناحية المادية خاصة الوسائل الحديثة التي تساهم في الكشف الدقيق لأنها سبب جميع الأخطاء الطبية . أما الحديث عن أخلاقيات الطبيب الجزائري فهي ولحد الساعة مزالته نظيفة بعيد كل البعد عن الممارسات التي توغل فيها الطب الغربي و هو الآن يحاول الخروج منها بفرض الصرامة في تشريعات جيدة للحد من ممارسات كانت بالأمس مرخص لها لتظهر تداعيات لم يستطع مجتمعهم هضمها فثار عليها .

خاتمة :

كان الطبيب عبر العصور إلى وقت ليس ببعيد نراه يحمل محفظة فيها أوراقا وبعض العقاقير ، يحتمل أنها تفيد في عمله أو تواكب المشاع من الأمراض في زمانه ، يكشف عن المريض ويعرف أعراض مريضه بحسب تقديره بما يحمله من علم وحكمة وتجربة يفتح محفظته وضعا له دواء ، يكون نتاجا لمعرفته الواسعة وينتهي هذا المشهد بكثير من البساطة والعلم والحكمة ولو طبق المشهد نفسه في الوقت الحالي لكانت تلك المحفظة هي هذه المنظومة الكبيرة الحالية من مصانع للأدوية والصيدليات ، والجيش الكبير من العمال في هذا المجال .

وتلك الأوراق هي تلك المكتبات و السحب من ذبذبات - الإنترنت والمليبيديا - التي أصبحت سحبا في كافة أرجاء العالم بوقت العولمة لمجال الطب وتبادل المعلومات .

ولكن كان هناك شخص واحدا وقره المجتمع واحترمه كثيرا وانتقى له جميع الأوصاف فسماه تارة طبيا وتارة حكيما ، حتى وصل بالمجتمعات في أزمان ماضية أن جعلوه إلها لأنه الشخص الوحيد الذي أخرجهم من آلامهم ومتاعبهم وطبع لهم حياتهم .

نعم إن المشهد المحفظة الصغيرة في وقتنا الحاضر أصبح مصانعا ومختبرات ضخمة تنتشر عبر العالم لنتج أدوية وعقاقير لملايير من البشر تعيدها إلى الحياة وأطنان أخرى من الأدوية تخرجها من الحياة ، أما تلك الأوراق فهي منظومة كبيرة جدا تضبط تصرفات الطبيب وتحد من تحركاته وتحدد مجال نشاطه وتخصصه ليترك المجال لغيره ليشاركه فيما توصل إليه عبر العصور ، ويستفيد من حكمته من له علاقة وآخر دخيلا هم التجارة ورأس المال ، كما أصبحت تلك الأوراق أيضا وصفات خارج حدود الطب والحكمة .

أما ذلك الشخص الذي كان لا تشوبه شائبة عبر العصور وكانت تسمياته صدقا وحبا واعترافا ضيعه الطبيب نفسه و بنت له نجاحا مشهودا لم يكن من المحفظة البسيطة قديما ولا نتاج المنظومات الكبيرة حاليا ، وجاء من يُعدون من نفس اسمه يحملون معاول ولا يملكون منه إلا تسميته يحفرون في أرض غير أرضهم و ينتجون منتوجا مختلف في تسميته وفي فائدته هم أنفسهم استعملوا لتسويقه بما اكتسبوه عبر العصور من حكمة ووقار شعت لهم في الوصول إلى المجتمعات ، وجعلت من الأوبئة التي اتخذت أسماء لها من الحيوانات والطيور حقلا واسعا وسوقا رائجا للربح بأدويتهم .

ويبقى ما تبقى منهم مرهونا لعلمه وأخلاقه يستجدي عبر منتديات وملتقيات معزولة محاولا الصراخ في الوادي الذي كان يذهب إليه في الراحة وإعادة ترتيب أوراقه ، وجده الآن مكانا ملوثا بنفاياتهم وإذا استمر صارخا قد يستنشق مادة قاتلة تجعل حدا لصراخه .

إن الموضوع الذي نحن بصددده جد خطير وهام ، إذ لابد من هذه الوقفة الأخلاقية في مجتمعنا الجزائري المسلم الذي يواجه الآن كل تحديات أنواع العولمة (الدينية والسياسية و الاقتصادية والاجتماعية والأدبية واللغوية والفكرية والثقافية والأخلاقية القيمة..)، ومما لاشك فيه أن هذه المجالات جميعها تكون عقيدة وفكرا وثقافة وأخلاقا للأمة التي من خلالها يتحدد سلوك أفرادها وقراراتهم .

وقراءة لواقع الأخلاق في مجتمعنا الجزائري المسلم ، وحال أفرادها واطارته نجد أنه وللأسف – تهيئ البعض منهم التام لقبول العولمة ، بل الذوبان في الآخر وهي ليست نظرة تشاؤمية ، ولكن حاضر مجتمعنا الأخلاقي هو الذي يشهد بهذا ، و ما يحدث الآن ليس وليد التسعينيات من القرن العشرين أو القرن الواحد والعشرون ولكنه حصيلة قرون عديدة مضت .و يجب الحذر من طمس هوية ومسوخ شخصية واقتلاع قيم هذا المجتمع من جذوره وانحلال ثقافته ودينه وعقيدته وتبدلها بثقافة وعقيدة وأخلاق الأخر بحجة التطور البالية أو العجز والسقوط تحت الهيمنة والتبعية المسقطه الأخلاق والثقافة الإسلامية من الدساتير وقصرها على ثقافة العبادات والتشكيك في كونها ثقافة الفكر قبل أن تكون ثقافة جوارح .

وقد يُقال الخطأ خطأ المجتمع بأسره فنحن الذين أوصلنا هذا المجتمع إلى ما هو عليه لأن بكافة شرائحه وقد نتفق مع هذا القائل ، ولكن لكي يكون الأمر واقعيًا يجب أن نضع الأيدي على الأسباب التي أوصلت الحال إلى هذه الصورة ومن هنا كانت الأسئلة التي طرحت سابقا من خلال إشكالية البحث والمتمثلة في :

- فما المطلوب اليوم من المجتمع ودوره حول هذه الممارسات النابعة من أخلاقيات الطبيب ؟
 - وما هي مواصفات الطبيب المسلم أمام ما يفرضه العلم والعصر والقانون والحاجة ؟
 - ما المقصود بأخلاقيات الطبيب وما علاقتها بشرعته ؟ وهل توجد علاقة بينهما وما طبيعتها ؟
 - وهل العلوم العالمية الطبية أثرت على أخلاقيات وسلوك الطبيب الجزائري في ممارسته ؟
 - وما هو واقع الممارسات الطبية في الجزائر وما موقف القانون الجزائري تطلعا لرأي الشريعة الإسلامية من بعض القضايا المطروحة لهذا التخصص مقارنة بما هو عالميا؟
- ولذا انطلقت الدراسة من تساؤلات مفادها موقع المسألة الأخلاقية الشرعية وعلاقتها ببعض الممارسات الطبية وفعاليتها في تحقيق الأهداف الطبية المتمثلة في حفظ النفس والصحة ، الدين والنسل .. إلخ . وهي نفسها مقاصد الشريعة الإسلامية .
- و خلصت إليها الدراسة أرادنا من خلالها الإجابة عن فرضية البحث وعن تساؤلاته المطروحة لنصل في النهاية الى النتائج التالية التالية:

- توجد علاقة بين البرامج التكوينية في المسار التكويني للطبيب الجزائري وأخلاقياته أثناء الممارسة .
- يعطي الطبيب الجزائري الأولوية لأخلاقيات الشريعة الإسلامية في إلتزامه بممارسة مهنة الطب .
- تؤثر المنظومة القانونية في تنظيم مسؤولية الطبيب الجزائري .
- لا يتأثر الطبيب الجزائري بالمستجدات في إلتزامه بأخلاقيات مهنة الطب .
- فكان محتواها الإجمالي حول ألتزام الطبيب الجزائري في ممارسته لمهنة الطب بما تفرضه طبيعة هذه المهنة من أخلاقيات متعارف عليها ، وقد حققت الدراسة أهدافها حيث تم فعلا الكشف عن طبيعة الأخلاقيات الطبيب الجزائري الإسلامية وطبيعة الأخلاقيات التي تحت عليها الشريعة الإسلامية . كما توصلت الدراسة إلى أن هناك لا وجود لفروق في الممارسة الطبية على الصعيد المحلي فكل الأطباء يتحلون بأخلاق عالية ، تبقى إشكالية الأخطاء الطبية في أغلبها ناتج من نواتج التشخيص . حيث وليومنا هذا مزال الطبيب الجزائري يشخص بوسائل لا تواكب التطور الحاصل في عالم الطب المتقدم ، ومن خلال هذه الدراسة أحبت الباحثة هذا الشخص وهذه المهنة كثيرا وزادت قناعتها في أن هذا الموضوع هام جدا ولم تكن ترغب في التوقف عن البحث فيه ولكن حدود الإمكانيات ومتطلبات الدراسة جعلتها تجهد نفسها في محاولة أن تخرج بكلمات توصي بها وتنبه لأهمية الموضوع عن طريقها والاهتمام به من قبل كل الباحثين و المفكرين في حقل علم الاجتماع نذكر منها :
- 1.** الاهتمام بالتربية الأخلاقية الأسرية ولا سيما التربية الروحية إذ أن ضعف الجانب الروحي لدى أفراد مجتمعنا وشبابه وإطاراته وأطبائه —ذكورا وإناثا— هو العامل الرئيسي في هذا البعد عن القيم الخلقية والنقص في الأخلاق الإسلامية ، وتنمية هذا الجانب ، وغرسه في روح الأبناء غرسا سليما هو القاعدة الأساسية في الإصلاح ، لما في التربية الإسلامية من أهمية بالغة في غرس حب الله والإيمان به في النفوس ، ومراقبته والخوف منه ، فلتربية الروحية أهمية بالغة في تحديد عقيدة النشئ يجب الاهتمام بها ، والتركيز عليها منذ الطفولة المبكرة ليستطيع الأبناء مواجهة تحديات العصر ، بعقيدة ثابتة لا تتأثر بكل ما هو دخيل وزائف ، لأنه كلما قوى في الإنسان الإيمان بالخالق جل شأنه ومراقبته في كل قول وعمل فاتبع أوامره ، وتجنب نواهيه ، وروض نفسه ووطنها على كبح جماح الغرائز والشهوات أصحت له إرادة قوية استطاع أن يصمد بها أمام المغريات صلح حاله وقل خطاه .
- 2.** على من له زمام الأمر أن يعيد النظر في منهج التعليم إذ لا بد أن تكون المناهج التي تطبق في مجتمعنا قادرة على مواجهة تحديات العولمة ، وتسهم في بناء الفرد والطبيب الجزائري المسلم في المستقبل بناء إسلاميا قويا ، ويكون ذلك بإيجاد العقلية الإسلامية المفتوحة التي تركز على أساس ثابت غني وثرى

يستطيع أن ينطلق منه إلى أفاق بعيدة تخلق في سموات المعرفة الرفيعة فتجدد و تبتكر وتخترع ، وتفرض شخصيتها على غيرها في نطاق سوي يجعلها مماشية لرقى ما يتصور الإنسان من حضارات دون أن تذوب فيها وتضيع في غياباتها، هذه العقلية الإسلامية الفذة التي كانت موجودة في علمائنا الأوائل الذين نلمس النبوغ الواحد منهم في مختلف العلوم إذ نجد العالم منهم نابغا في الطب والهندسة والفقه واللغة...ولو قرأت سير هؤلاء العلماء لوجد أنهم جمعوا في علومهم بين علوم الدين والدنيا ، ومزجوا بينها ، ولم يفصلوا بل كانت علومهم الدينية طريقا ومفتاحا للعلوم الأخرى .

3. تعريب الطب ، وإعادة كتابة تاريخ الطب من منظور إسلامي ، وتقويم الأعمال الأدبية من هذا المنظور لتنقيتها مما علق بها من شوائب التغريب وغيرها ، وإعادة الهوية الإسلامية له وتدريس الأدب الإسلامي لطلبة كليات الطب الجزائرية على الخصوص ، وجعل اللغة العربية هي لغة العلوم ، والدراسة في جميع المراحل الدراسية بما فيها المرحلة الجامعية .

4. يجب العمل على التحرر من كل ألوان التبعات في جميع المجالات (السياسية والاقتصادية والفكرية والثقافية ..والطبية) وخاصة الطبية هو ما يدفع الطبيب للاجتهاد في استقلالته بطب وقوانين طبية وصحية تتماشى مع خصوصية أخلاق مجتمعه ، وهذا لا يعنى أبدا عدم مساهمته للمستجدات الطبية في العالم بل يجب عليه أن يسايرها مع التفكير الجاد في تكييفها مع ما يتطلبه المجتمع الجزائري .

5. نحن لا نريد طبيا فقيها وإنما نريد طبيا متفقا وهذا وما يدفع الهيئات المختصة للعمل على ذلك بتطبيق النقاط السابقة ، وكذا حرص علماء الجزائر في العمل على الاجتهاد في القضايا المستجدة في هذا المجال الحساس إخضاعها للفقهاء المالكي حتى تصبح مرجعا يتزود به الطبي الجزائري المسلم في تكوين مرجعيته الأخلاقية المتماشية مع شريعته الإسلامية في مجال ممارسته لمهنة الطب، و به يصبح « **الطبيب الجزائري المسلم له أخلاقيات إسلامية لها أثرا على ممارسته الطبية** » .

وضع وتنفيذ ممارسات توافقية جيدة لمحاربة الممارسات الخطيرة وتنمية روح المسؤولية والشفافية داخل القطاع العام والخاص.

6. دراسة أفضل الممارسات المتبعة داخل بلدان المتطورة في مجال الطب بما في ذلك الطرق والوسائل في الميدان الطبي والاستفادة منها بما يتماشى وقيم المجتمع الجزائري

7. تطوير التدابير اللازمة لإعادة الثقة في المنظومة الطبية والصحية يحتم على جميع الأطراف (الطبيب ، المريض ، الإدارة) الانصياع إليه على مستوى المجتمع بغية تجنب الخلافات والنزاعات حتى تحفظ الحقوق للجميع .

8. تشجيع برامج التعاون المؤسسي بين القطاع العام والقطاع الخاص لتبادل الخبرات والوصول إلى قرارات موحدة في قضايا متشابهة في المجال الصحي .
9. تنمية تبادل التكنولوجيا في المجال الصحي بين الدول الإسلامية وخاصة الجامعات الطبية .
10. تشجيع الانفتاح والفكر النقدي داخل المنظومة الصحية في الجانبين النظري والممارساتي .
11. الحث بلقاءات والمؤتمرات والندوات الإسلامية على تطوير المناهج الجامعية لطلبة الطب بغية إزالة الأحكام المسبقة المتبادلة في بعض القضايا الطبية مطالبة الجهات الوصية بالاتصال بالجامعات العالمية لطرح هذه الأحكام ومقارنتها بما هو مطروح في الواقع المعاصر والأخذ بالأصلح والأفنع لهذا القطاع الحساس .
12. اتخاذ مبادرات خاصة لتفعيل التخصصات للنساء في ميدان الطب خاصة تخصص طب النساء وهو ما يتماشى مع خصوصية المجتمع الجزائري .
13. تعزيز فهم وتأويل الأخلاقيات الطبية الإسلامية بغية الوصول بالطبيب الجزائري إلى النموذج الذي يحتذى به عالميا .
14. تصور استراتيجية إعلامية ملائمة، بما في ذلك اللجوء إلى مؤسسات التنشئة لتحسين صورة الطبيب الجزائري في الغرب وباقي بلدان العالم غير الإسلامية وحتى البلدان الإسلامية .
15. إقامة علاقات عمل وتنسيق أفضل بين الأطباء المسلمين بتنظيم مؤتمرات وندوات في الجزائر تعزز استقطاب الطاقات والإطارات في ميدان الصحة والمجال الطبي وتدعمها بحضور علماء الإسلام من شتى بقاع العالم .
- ولعل أهم المواضيع التي نريد أن نشير إليها كتطلعات لهذا البحث هي :
1. الرضى الوظيفي و علاقته بالدافعية للانجاز لدى الأطباء .
 2. أساليب القيادة داخل المستشفيات وأثرها في التقليل من عدد الأخطاء الطبية .
 3. الرقمنة الصحية و أثرها على صحة المريض .
 4. اثر التكوين المستمر في الرفع من كفاءة الأطباء .

قائمة المراجع

المصادر المراجع

أولاً: القرآن الكريم :

1. المصحف الكريم برواية - حفص بن سليمان - طبع بمجمع الملك فهد لطباعة المصحف الشريف ، المدينة المنورة ، السعودية 1408

ثانياً : الحديث الشريف والقرآن :

2. أو عبد الله محمد ابن إسماعيل البخاري ، الجامع الصحيح ، طبعة سنة 1946 .
3. ابن ماجة للحافظ أبي عبد الله محمد بن يزيد بن ماجة القزويني (ت 275هـ) ، سنن أبن ماجه ، تحقيق محمد فؤاد عبد الباقي ، مطبعة البابي الحلبي ، مصر ، 1372 هـ .
4. ابن كثير ، تفسير القرآن العظيم ، دار الأندلس ، ط3 - القاهرة ، مصر - 1981م .
5. أبي داود سليمان ابن الساجستاني الأزدي (ت 275هـ) ، المصنف المتن ، سنن أبي داود - تحقيق أحمد محمد شاكر ، ج4 ، مطبعة البابي الحلبي ، ط 2 ، مصر ، 1397هـ - 1987م .
6. مسلم ابن الحجاج النيسابوري ، سنن مسلم ، الجامع الصحيح ، دار التحرير ، ط 1383 القاهرة
7. الإمام النووي ، كتاب الأذكار ، الناشر ابن كثير ، بيروت .
8. جلال الدين السيوطي ، الجامع الصغير في أحاديث البشير النذير ، دار التراث ، القاهرة .
9. سنن أبي داود ، المجلد الثاني رقم 4586 .
10. شرح الإمام النووي على صحيح مسلم ، ج 14 ، طبعة دار القلم ، بيروت ، 1987
11. صحيح البخاري ، 76/15/7/4 ، كتاب الطب ، باب ما أنزل الله داء إلا وأنزل له شفاء ، رقم 5678 .
12. صحيح مسلم ، 393/1371/4 ، كتاب السلام (16) ، باب الطب والمرض والرقى ، رقم 2185 .
13. سنن الترمذي ، ص 233/561 ، كتاب الطب ، باب (2) ما جاء في الدواء والحث عليه ، رقم 2038 ، وهو حديث حسن صحيح
14. الجامع الصحيح سنن الترمذي لأبي عيسى محمد بن عيسى بن سورة المتوفى 279هـ - الطبعة الأولى 1421 ، 2000 - دار إحياء التراث العربي .
15. أبي العباس تقي الدين أحمد بن عبد الحليم الشهير بآين تيمية ، كتاب منهاج السنة النبوية ، دار الكتب العلمية ، بيروت ، 140/1
- 16.

ثالثاً : الكتب ، الدراسات و أعمال بعض المؤتمرات :

(أ)

17. أبو ريده ، موضوع الطب اليهودي فلسفته ومنهجه ، أعمال المؤتمر العالمي الأول في الطب ، الكويت ، 1981 .
18. أبو علي الحسن بن علي بن سينا ، القانون في الطب ، ط 1 ، ج 1 ، مؤسسة عز الدين للطباعة ، القاهرة
19. ابن أبي أصيبعة أحمد ابن القاسم بن خليفة (ت 227هـ) ، عيون الأنباء في طبقات الأطباء ، تحقيق نزار رضا ، دار مكتبة الحياة - بيروت - 1385هـ - 1925م .
20. ابن قيم الجوزية - الطب النبوي ، الإمام المحدث المفسر الفقيه شمس الدين أبي عبد الله محمد ابن أبي بكر الزرعي الدمشقي ، 751-291 هـ - تحقيق الشيخ محمد علي القطب ، المكتبة العصرية صيدا ، بيروت ، 1426 - 2005م .
21. ابن قيم الجوزية ، زاد المعاد في هدي خير العباد - تحقيق شعيب وعبد القادر الأرناؤوط ، ج 3 - مؤسسة الرسالة ، ط3 ، بيروت ، 1402هـ - 1982م .

22. ابن الأخوة محمد بن محمد بن أحمد (ت 729هـ)، معالم القرية في أحكام الحسبة - تحقيق محمد محمود شعبان ، صديق أحمد المطيعي ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، 1396هـ - 1976م .
23. ابن قدامه ، المغني ، ج 9 ، دار الكتاب العربي - ط 2 ، بيروت ، 1343هـ - 1983م .
24. ابن رشد القرطبي: الكيان في الطب، طبعة المجلس الأعلى للثقافة، 1989.
25. (*)- ابن عبد الله بن القيم الجوزية، زاد المعاد في هدى خير العباد، مطبعة محمد علي صبيح، عام 1934، ج 3
25. إبراهيم سيد أحمد ، رئيس محكمة الإسكندرية الابتدائية ماجستير في القانون - الوجيز في مسؤولية الطبيب فقه وقضاء ، دار الكتب القانونية ، مصر ، المحلة الكبرى - 24 ش عدلي يكن ، 2008م .
26. إبراهيم الصياد ، نظرة الإسلام للطب ، أبحاث وأعمال المؤتمر الأول عن الطب الإسلامي - الكويت ، 1981م .
27. أبي الفضل جمال الدين محمد ن مكرم بن منظور الأفرقي ، لسان العرب ، دار صابر ، بيروت ، لبنان ، 1375هـ، 1955م .
- أبي عبد الله محمد بن علي الخرشني المالكي، الخرشني على مختصر سيدي خليل، طبعة دار الفكر، الأردن، 1997
28. أبي إسحاق إبراهيم بن موسى اللخمي الغزنائي المعروف بشاطبي (ت 790هـ)، الموافقات ، تعليق الشيخ محمد عبد الله دراز ، ط . دار الفكر ، لبنان ، 1341هـ
29. أبي حامد الغزالي ، إحياء علوم الدين ، وهامشه تخريج الحافظ القراني ، دار الكتاب العربي
30. (*)- أبي جعفر بن جرير الطبري، تفسير الطبري المسمى جامع البيان في تأويل القرآن، ط 1، دار الكتاب العربي، بيروت، 1997
31. (*)- أبي حامد محمد بن محمد الغزالي، ط 2، دار الكتب العالمية، 1983
30. أبي الطيب صديق بن حسن بن علي الحسن الفتوحي البخاري: الروضة الندية شرح الدورة البهية، دار المعرفة، بيروت، لبنان
32. (*)- أبي إسحاق علي الرهاوي، آداب الطب، ط 1، 1992، مطبعة مركز الملك الرياض
- أبي القاسم جار الله محمود، الكشاف عن الحقائق التنزيل وعيون الأقاويل، دار المعرفة، مصر، ج 4
33. (*)- أبي عبد الله محمد بن مقلّم المقدسي، الآداب الشرعية لمهنة الطب، ط 4، دار قرطبة للنشر والتوزيع، 1998
34. (*)- أحمد محمد إبراهيم، في مسؤولية الأطباء، مجلة الأزهر، مجلد 20
31. أحمد محمود سعد ، مسؤولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبي ومساعدته ، دراسة تحليلية لاتجاهات الفقه والقضاء المصريين والفرنسيين - دار النهضة العربية ، ط 2 ، القاهرة - 2007م .
32. أحمد شرف الدين ، الإجراءات الطبية الحديثة وحكمها في ضوء قواعد الفقه الإسلامي ، أشغال المؤتمر الساق ، الكويت - 1981م .
33. أحمد بن محمد الزرقاء (ت 1357هـ)، شرح القواعد الفقهية ، تحقيق د: عبد الستار أبو غدة - ط 1 - دار الغرب - 1403هـ .
34. (*)- أحمد محمود صبحي، محمود فهي زيدان، في فلسفة الطب، دار المعرفة، الإسكندرية، 1990
34. أحمد أمين ، فجر الإسلام ، دار الكتاب العربي ، ط 1 ، بيروت ، 1919م
35. أحمد بن محمد بن علي المقرئ (ت 770هـ) - المصباح المنير في غريب الشرح الكبير ، المكتبة العلمية ، بيروت لبنان ، 1980م .
36. أحمد محمد كنعان: الموسوعة الطبية الفقهية ، بيروت، 2000، دار النفائس
37. أحمد محمود سعيد ، استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي والمسؤولية المترتبة عليها ، دار النهضة العربية ، 1986م .

- **** - أحمد البيري الوحشي، عبد السلام الدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والإعلان، ليبيا، 1989
- 38.** أحمد رجائي الجندي، تعريف الموت البشري، مجلة الأهرام، 1998/29 م
- **** - الجيرامي علي الخطيب، مغني المحتاج، ط 1، دار النشر عمان
- **** - العبدري سيخ نظام مولى أبي حنيفة، مدخل الآداب الشرعية والمنح المرعية، دار إحياء التراث العربي، لبنان، 1986
- 39.** الأصفهاني الراغب (ت 502 هـ)، المفردات في غريب القرآن، دار المعرفة، بيروت.
- 40.** الأصفهاني الراغب - معجم المفردات ألفاظ القرآن، تحقيق محمد سيد كيلاي، مطبعة البابي الحلبي، ط الأخيرة، 1381 هـ.
- **** - الأنطاكي، النزهة البهية في تشخيص الأذهان وتعديل الأمزجة، 1/234.
- 41.** الإمام كمال الدين محمد بن عبد الواحد السيواسي السكندري الحنفي المعروف بن همام (ت 861 هـ)، شرح الفتح القدير، ط 1، بالمطبعة الكبرى الأميرية، مصر، 1317 هـ
- 42.** أنور الجندي، الثقافة العربية الإسلامية أصولها واثماؤها، دار الكتاب العربي، 1982 م
- 43.** المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي، الموضوع الثاني من مجلة الطب الإسلامي، الكويت، وزارة الصحة، 1981
- **** - الغز ابن عبد السلام، كتاب القواعد، المرجع السابق، ج 1
- **** - أسامة بن شريك الثعلبي الذبياني من بني ثعلبة بن سعد، راوي عن النبي 351 حديث، وهو ممن نزل الكوفة، كتاب تهذيب التهذيب
- **** - إسحاق الشاطبي، كتاب الموافقات، تعليق الشيخ محمد عبد الله الدراز، دار الفكر، بيروت، لبنان، 1341 هـ
- (ب)**
- 31-** الباجي، المنتقى - شرح موطأ الإمام مالك، ج 7 - دار الكتاب العربي، ط 4 - بيروت، 1404 هـ - 1984 م.
- **** - البهلول علي يعقوبي، الأخلاقيات العلمية - المنظمة العربية للتربية والثقافة -، جمعية الدعوة الإسلامية، تونس، 2005
- **** - بريجت بيرجر: أخلاقيات العمل، ترجمة: محمد مصطفى غنيم، دار الدول للنشر والتوزيع، مصر، ط 1، 1995
- **** - بريقة محمود، المنشور في القواعد الفقهية لبدر الدين محمد بن بهار الزركشي، ط 1، وزارة الأوقاف الكويتية
- (ج)**
- 44.** جاد الحق علي جاد الحق، بحوث وفتوى إسلامية في قضايا إسلامية معاصرة، ج 2 - الأزهر الشريف، 1993 م.
- 45.** الجرجاني المعروف بالسيد الشريف (ت 812 هـ) - التعريفات، مطبعة أحمد كامل بالإسطنبول، تركيا - 1327 هـ.
- **** - الجرجاني، التعريفات، مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروز أبادي، لطائف الكتاب العزيز، طبعة المكتبة العلمية، دار البصائر، قرطبة، 1980
- 46.** جميل صليبا - المعجم الفلسفي، ج 1
- 47.** جون شارل سورينا، تاريخ الطب من فن المداواة إلى علم التشخيص، ترجمة إبراهيم الباجلاطي - مطابع السياسة، الكويت - يناير 1978 م - 1990 م.

48. جيروم ستونيتز ، النقد الفني ، ترجمة الدكتور فؤاد زكريا ، المؤسسة العربية للدراسات ، ط 2 ، بيروت - 1981م.

(**) - جوستيان، الكتاب الأول، فصل 18، بيان 17

(**) - جمال الدين عبد الرحيم، شرح الأستوي نهاية السؤال، دار الكتب العلمية، بيروت، 1994

(ح)

(**) - حاتم أمين محمد عبادة، العلاج الجيني والفحوص الوراثية، دار الفكر الجامعي، مصر، 2007

49. حسام الدين الأهواني ، المشاكل التي تثيرها عمليات زرع الأعضاء البشرية ، دراسة مقارنة ، عين شمس ، القاهرة مصر ، 1975م.

- حسان حتوت، مؤتمر الحياة الإنسانية بدايتها ونهايتها في مفهوم الإسلام، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الكويت، 2001 من مطبوعة متحصل عليها عن طريق الانترنت إسلام أون لاين سبت.

50. حسن مؤنس ، أضواء على الثقافة الإسلامية ، مكتبة المعارف ، www.islamonline.com

(**) - حسن محمود عبد الدايم، عقد إجارة الأرحام، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2007

(**) - حسين علي، فلسفة الطب، أم القرى للطباعة والنشر، القاهرة، 2008

51. حسان حتوت ، دور الهندسة الوراثية ، (البصمة الوراثية) في الاختيارات ، أعمال مؤتمر الكويت .

52. حواء سعيد ، كتاب الرسول ، ج 2 ، ط 9 - 1971م.

53. حسنى محمود عبد الدايم أستاذ القانون المدني - عقد إجارة الأرحام بين الحضر و الإباحة ، كلية الشريعة والقانون ، دقهلية ، ط 1، دار الفكر الجامعي ، مطبعة شركة الجلال العامرية ، الإسكندرية ، 2007م.

54. حسن سعيد: المؤسسة الثقافية، مؤسسة فرانكلين للطبع والنشر، ج 2، دار الشعب سنة

(**) - حمدان أحمد الغامدي، أخلاقيات مهنة الطبيب المسلم وأثرها على الفرد والمجتمع، الرياض، 2002

(خ)

55. الخطيب سليمان ، أسس الحضارة الإسلامية ، دار العلم ، ط 2 - دمشق - 1980

56. خوسيه كازانوف - الأديان العامة في العلم الحديث ، ترجمة قسم اللغات الحية والترجمة في جامعة البلمند - مراجعة الأب بولس وهبة ، بيروت ، أيار (مايو) - 2005م.

57. خالد علي الحربي ، كتاب الأسس الإستيمولوجية لتاريخ الطب العربي ، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر ، ط 1 ، الإسكندرية - 2006م.

(**) - خالد حربي: الأخلاق بين الفكر الإسلامي والغربي، دراسة لنيل شهادة الدكتوراه، إصدار المكتب الجامعي الحديث بالإسكندرية.

(ت)

(**) - تحسين أحمد الطراونة، أخلاقيات المهنة، ط 1، عمان، مكتبة الرسالة الحديثة، 1986

(**) - تحسين أحمد الطراونة، النظام الأخلاقي في الإسلام، مكتبة الرسالة الحديثة، عمان، 1986

(د)

58. شرح الدردير على مختصر خليل ، هامش حاشية الدسوقي - المطبعة العامرة ، مصر - 1316هـ.

(ر)

59. الرازي ، كتاب الحاوي في الطب ، ج 12 - دائرة المعارف العثمانية ، 1330هـ - 1971م .

60. رالف لنتون ، كتاب الأثربولوجيا وأزمة العلم الحديث ، ترجمة عبد الملك الناشف - المكتبة العصرية ، صيدا بيروت ، لبنان - 1967.

61. رنيه لآمات ، تشخيص للهرمونات الإنسانية ، نشر في صحيفة مصرية عن طريق الأنترنت - 1952م.

62. رمضان الصباغ: الأحكام التقويمية في الجمال الأخلاقي، الطبعة الأولى، 1998

(ز)

63. زعيمي مراد ، النظرية العلم . إجتماعية ، رؤية نقدية ، رسالة لنيل الدكتوراه ، لم تنشر - 1997م.

(**) - زهير أحمد السباعي، الطبيب وعمله الطبي، دار القلم، بيروت، 1993

(س)

- سليم الحسنية، من البرمستان إلى المستشفى، دراسة تحليلية مقارنة للنظام الإداري، منشورة وزارة الثقافة، دمشق، سوريا، 1998

(ش)

64. شريف الشلقاني، مبادئ الإجراءات الجزائية في القانون الجزائري ، ج 1- ديوان المطبوعة الجامعية ، الجزائر ، 1998 م.

(د)

(**) - ديرك.ج. واندروتوادل، علم الاجتماع الطبي، ترجمة جمال السيد، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، رسالة اليونيسكو، 1978

(**) - ديفيد ب. رزيتك، أخلاقيات العلم، ترجمة عبد النور عبد المنعم، دار المعارف، الكويت، 2005

(ص)

65. صاحب عبيد القبلاوي ، التشريعات الصحية ، ج- مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع ، ط 1- عمان ، الأردن -1417هـ-1997م.

66. صلاح مصطفى الفوال- التصور القرآني للمجتمع والنظرية الإسلام الاجتماعية ، ج 1، ج 2 ، دار الفكر العربي للطبع والنشر- معهد الدراسات العربية والإسلامية ، جامعة ستراسبورج ، فرنسا .

(ط)

67. الشيخ الطنطاوي ، مجلة الشرق الأوسط ، ع 6342 - 1994م

(ع)

(**) - عالية شعبان، العلوم الإسلامية، عبقرية التواصل وعنصرية الإبداع، دار الثقافة للطباعة، الإسماعيلية، 1998

68. عبد اللطيف البدري ، الطب عند العرب وغيرهم قل التاريخ ، دار الحرية للطبع والنشر ، بغداد .

69. عبد العالي دبله والدكتور بلقاسم سلاطية ، الإسلام والغرب .. من حوار الثقافات إلى صدام الحضارات ، مجلة الإحياء ، ع 6- جامعة الحاج لخضر - باتنة - 1423هـ-2002م

70. عبد الحميد عثمان محمد ، أحكام الأم البديلة (الرحم الظئر)- ج- طبعة دار النهضة العربية ، القاهرة - 1416 هـ .

(**) - عبد الرحمن شيخ أمين، كتاب الدستور الإسلامي للآداب ومبادئ مهنة الطب، وطرح الموضوع في المؤتمر الثاني للطب الإسلامي، تحت نص العنوان من تقديم الدكتور أحمد القاضي بالولايات المتحدة الأمريكية.

(**) - عبد الحميد حمودة، المفهوم الأخلاقي لطب الوقائي والعلاجي في الطب النبوي، دار المعارف، مصر، 2001

- عبد الحميد عثمان، أحكام الأم البديلة "الرحم الظئر"، طبعة دار النهضة العربية، القاهرة، 1416هـ

- المعجم الوجيز - تفسير الشعراوي، الشيخ محمد متولي الشعراوي، ج 12

(**) - عبد الغني محمد، أخلاقيات المهنة والمجتمع، مكتبة الرسالة الحديثة، عمان، الأردن، 1986

71. عبد الوهاب خلاف ، علم أصول الفقه ، دار العلوم للطباعة والنشر ، أصوان مصر.

72. عبد القادر عودة ، التشريع الجنائي الإسلامي المقارن ، ج 2- بيروت ، 1938م.

73. عبد الفتاح إمام- الاستنساخ و إنسان المستقبل - ج 2- دار الثقافة للنشر و التوزيع - القاهرة.

74. عبد الله عرفان الدوير-علم الاحياء-ط 1-1992-1993

(**) - عبد الله طلفاح - كيف السبيل إلى الأخلاق، الجزء العاشر، بغداد: دار الحرية لطباعة 1982

(**) - عبد الله محمد بن إدريس الشافعي، الفواكه الدواني، ج 1، طبعة دار الكتاب للطباعة والنشر، بيروت،

1989

75. عبد الستار ابو غدة-المبادئ الشرعية للتطبيب و العلاج- أشغال المؤتمر الثالث للطب الكويت - 1978م.

(**) - عبد السلام الدويبي، نحو تطوير مفهوم اجتماعي لظاهري الصحة والمرض، مجلة البحوث العربية

(**) - عبد السلام الدويبي، النفس الاجتماعية، إدارة المطبوعات جامعة الفتح، 1998 للعلوم الاجتماعية

التطبيقية، العدد الأول، 1991م، المعهد العالي للعلوم الاجتماعية، طرابلس

(**) - عبد السلام بشير الدويبي، علم النفس الاجتماعي، إدارة المطبوعات الجامعية، الفتح، مصر، طبعة 1998

(**) - الدكتور عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، طبعة 2005، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان،

الأردن

76. عبد الرحمن الشيرازي: نهاية الرقبة في طب الحسبة، دار الثقافة، بيروت

77. عبد الوهاب عرفة محامي لدى محكمة النقض، كتاب الوسيط في المسؤولية الجنائية للطبيب والصيدلي، دار

المطبوعات الجامعية، أمام كلية الحقوق، جامعة الإسكندرية - 2006 م.

- عبد العزيز بن عبد الله، الفكر والأخلاق عند ابن الخطيب، ط 2، بيروت، دار الغرب الإسلامي، 1983

78. عبد الكريم عثمان، معالم الثقافة الإسلامية، ط 7 - دار اقرأ، بيروت - 1971م.

79. عدنان محمد زرزور، في الفكر والثقافة الإسلامية، المدخل والأساس العقائدي، المكتب الإسلامي،

ط 4 - بيروت، لبنان - 1991م.

(**) - عادل عوض، الأصول الفلسفية لأخلاقيات الطب، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2011

80. عدلي أميرة أمير عيسى خالد - الحماية الجنائية لجنين في ظل التقنيات المستحدثة - دار الفكر الجامعي،

الإسكندرية 2005م.

81. عرفان بن سليم العشا حسونة الدمشقي، التلقيح الصناعي وأطفال الأنابيب، وغرس الأعضاء البشرية

بين الطب والدين، المكتبة العصرية - ط 1، صيدا، بيروت - 1462هـ - 2006م.

82. عمر عودة الخطيب، لمحات في الثقافة الإسلامية، مؤسسة الرسالة - بيروت، لبنان.

(**) - عمر علي عبد المعطي، علاقة غايات نظريات العلم المعاصر بعواقب التطبيقات التكنولوجية، رسالة دكتوراه

غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، 2007

83. عز الدين بن عبد السلام، كتاب قواعد الأحكام، ج 1.

84. عماد الدين خليل، مع القرآن في عالمه الرحب، مكتبة الوعي العربي، القاهرة، 1972 م.

(**) - علي رضا، الوثيقة الإسلامية للأخلاقيات الطب والصحة، دراسة تأصيلية في أخلاقيات المهن الصحية،

المكتبة الجامعية للمطبوعات البحثية، الأردن، 2010

(**) - علي الواضح ترجمة كتاب بارسونز، دور المريض في المستشفى وتغير أنماط واجباته وحقوقه، ط 1، 1961،

دار الفكر، المصرية

(**) - علي بن محمد الجرجاني، التعريفات، ط 1، دار الكتب العلمية، بيروت، 1983

(**) - علي علي رضا، ترجمة كتاب، علم الاجتماع الطبي، طبعة 1952، دار النشر العربية، الأردن

- علي معبد فرغلي، الأخلاق في الإسلام، الإسكندرية، مؤسسة الثقافة الجامعية، 1985

- علي بن محمد بن رمضان الرشيد، خلاصة الآراء في الكلام عن موت جذع المخ وزراعة الأعضاء، ط

2005

- عماد الخطيب، العبد عبد القادر العكايلة، عبد المجيد الشاعر، مبادئ في التمريض، ط 1، مديرية المكتبات والوثائق الوطنية، عمان، الأردن، 1988

(غ)

**-(غريب بن سعد القرصي، كتاب خلق الجنين - مطبوعة عن طريق الانترنت، إسلام أون لاين ست.

(ك)

- كامل ابن محمود البايقي، قول الحنفية والمالكية والحنابلة بجواز التدوي، دار إحياء التراث العربي، الأردن

(ف)

**-(فائق الجوهري، مسؤولية الطبيب، رسالة دكتوراه حقوق، القاهرة، عام 1997، دار الجوهري للطبع

**-(فوزية دياب، القيم والعادات الاجتماعية، دار النهضة، بيروت، 1980

**-(فوزية رمضان أيوب، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشروق، القاهرة، 1985

**-(فيريجيكا، المرض والسلوك الاجتماعيين المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد 32، ديسمبر 1978.

(ق)

85. القرافي أحمد بن إدريس بن عبد الرحمان الصنهاجي ، الفروق ، ج 1- طبعة دار المعرفة ، ط1- مصر-

1344هـ

86. القوميدي الذوايدي ، الاستنساخ في ظل النصوص والقواعد الشرعية ، مجلة الإحياء ، ع 6 ، الصادرة بكلية

الشرعية ، باتنة -1463هـ-2002م.

(م)

87. مالك بن نبي ، أفاق جزائرية : للحضارة ، بالثقافة، للمفاهيمية ، ترجمة الطبيب الشريف - مكتبة النهضة

الجزائرية ، الجزائر

88. مالك بن نبي ، مشكلة الثقافة ، ترجمة عبد الصبور فهمي ، دار الفكر ، بيروت

89. مجمع اللغة العربية ، المعجم الوجيز ، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية - القاهرة - 1975م.

90. محمود محمد عمارة ، نحو مجتمع بلا مشكلات ، مكتبة الإيمان أمام جامعة الأزهر ، ط 1- المنصورة ، مصر

91. محمد الغزالي ، مشكلات في طريق الحياة الإسلامية ، مكتبة رحاب ، ط 1 ، الجزائر.

92. محمد الشرفاوي: الفكر الأخلاقي ، الطبعة الأولى، 1990، دار الجيل، القاهرة

**-(محمد أبي بكر بن عبد القادر الرازي، مختار الصحاح، طبعة دار النهضة المصرية للكتاب، 1983 المعجم

الوسيط، 891/2، ط3، مجمع اللغة العربية.

**-(محمد منير موسى، أصول التربية الفلسفية - الدكتور عادل عوض، أخلاقيات الطب وأصولها، دار الجامعة

الجديدة، مصر، 2011

93. محمد مكرم الأنصاري ، لسان العرب ، دار بيروت للطباعة والنشر ، 1388هـ

94. محمد امتياز ، الثقافة وواقع العالم المعاصر ، مجلة الوعي ، ع 2 - 1414هـ-1993م

95. محمد عبد الله الخطيب - خصائص المجتمع الإسلامي ، دار الصديقية ، حسين داي ، الجزائر

- محمد عبد الله دراز، شرح المسؤولية الأخلاقية والجزاء في القرآن الكريم، 1958، دستور الأخلاق في القرآن،

دراسة مقارنة لأخلاق النظرية في القرآن، ط 4، بيروت، مؤسسة الرسالة، 1420هـ-1982م

96. محمد عبد الله دراز ، كتاب الدين: بحوث ممهدة للدراسة تاريخ الأديان - دار القلم شارع السور ، الكويت ، 1440هـ - 1980م.
97. محمد ريس - أ.د محاضر كلية الحقوق بجامعة تلمسان ، مسؤولية الطبيب الممتنع عن تقديم العلاج في القانون الجزائري ، مجلة المحكمة العليا ، ع 2 ، الجزائر ، 2006.
98. محمد صالح العادي ، الوسيط في المسؤولية الجنائية للطبيب ، دار الفكر الجامعي ، بيروت .
99. محمد فائق الجوهري ، المسؤولية الطبية الأخلاقية ، رسالة لنيل الدكتوراه ، كلية الحقوق جامعة الملك فاروق الأول ، القاهرة ، مصر ، 1951م.
100. محمد عبد الوهاب الخولي - المسؤولية الجنائية للأطباء عن استخدام الأساليب المستحدثة في الطب والجراحة - دراسة مقارنة - ط 2 - 1997م.
101. محمد سامي الشوا ، الحماية الجنائية للحق في سلامة الأعضاء ، رسالة لنيل شهادة الماجستير ، عين شمس ، القاهرة ، مصر ، 1986م.
102. محمد فؤاد التوفيق ، المسؤولية الطبية في الشريعة - الأنترنت ، ك ب - 20 ، مكتبة المعارف - www.islamonline.com
103. محمد قطب الدين ، قواعد وآداب الطب الإسلامي ، الأنترنت ، ك ب - 18 - مكتبة المعارف - www.islamonline.com
- (**) محمد بن علي بن محمد الشوكاني ، نيل الأوطار شرح منتقى الأخبار من أحاديث سيد الأخيار، ط 1 ، دار الجيل، بيروت
- (**) محمد بن علي بن محمد الشوكاني ، فتح القدير الجامع بين فني الرواية والدراية، دار مصر للطباعة ، 1964 ، ط 2
104. محمد بن محمد المختار بن أحمد المزيدي الشنقيطي ، أحكام الجراحة الطبية و الآثار المترتبة عليها ، رسالة دكتوراه بقسم الفقه ، الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة ، مكتبة الصحابة - ط 2 ، الإمارات - الشارقة - 1415هـ - 1994م.
- (**) محمد بن علي بن محمد الشوكاني ، إرشاد الفحول، ط 1 ، دار الكتب العلمية، بيروت، 1994
105. محمد نعيم ياسين ، أبحاث فقهية في قضايا معاصرة ، دار النفائس للنشر والتوزيع ، ط 2 ، الأردن ، 1419هـ - 1999م .
106. محمد علي الصابوني ، صفوة التفاسير (تفسير القرآن) - عشرون جزءا ، دار القرآن الكريم - ط 1 ، بيروت ، 1401هـ - 1981م.
107. محمد متولي الشعراوي ، تفسير القرآن الكريم ، ج 9 .
108. (**) محمد سامي الشوا، مسؤولية الأطباء وتطبيقاتها في القانون، دار النهضة العربية، طبعة 2003
- محمود كمال السامرائي ، الأمراض النسوية في التاريخ القديم وأخبارها في العراق الحديث ، الموسوعة الصغيرة ، ع 91 ، منشورات دار الجاحظ للنشر ، بغداد ، العراق ، 1981.
- محمود محمد عمارة، نحو مجتمع بلا مشكلات، مكتبة الإيمان أمام جامعة الأزهر، ط 1، المنصورة، مصر
- (**) - مصطفى حلمي، الأخلاقيات بين الفكر والحكمة في الإسلام، دار الثقافة العربية، القاهرة، 2000
- محمد عبد الله الشرقاوي، الفكر الأخلاقي - دراسة مقارنة -، دار الجيل، بيروت، 1990
109. محمود أحمد طه - كتاب المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة - موسوعة شمس طيبة ، الرياض ، 1422هـ - 2001م .

- 110.** محمود صالح العادي: كتاب الوسيط في المسؤولية الجنائية والمدنية للطبيب ، بيروت، دار الفكر الجامعي - التقارير الطبية والمسؤولية الجنائية عن دار الفكر الجامعي، ص 8 وما بعدها بتصرف.
- (**) - نجيب حسن، - شرح قانون العقوبات - القسم العام، 1977، بند 176
- 111.** مجموعة من الكتاب ، نظرية الثقافة ، ترجمة د: علي سيد الصاوي ،مراجعة وتقديم: أ.د. الفاروق زكي يونس ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، 1418هـ-1997م .
- 112.** مجمع الفقه الإسلامي ، القاهرة ، مصر
- 113.** مصطفى الخشاب ، علم الاجتماع ومدارسه ، الكتاب الثاني ، دعائم الاجتماع وحقائقه، الطبعة الثانية ، 1956م.
- 114.** مصطفى السباعي: من روائع حضارتنا
- (**) - مصطفى لبيب عبد الغني، الأخلاقيات الطبية في تراثنا الإسلامي، مقال في كتاب الفلسفة - ناهد التقصيمي، الهندسة الوراثية والأخلاق، سلسلة عالم المعرفة، العدد 174، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1993
- مصطفى حلمي - الأخلاق بين المفكرين والحكماء في الإسلام، القاهرة ، دار الثقافة العربية 1986
- (**) - مصطفى عبده محمد خير: أخلاقيات المهن وموقفها من الثورة البيولوجية، الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر، القاهرة، 2005
- (**) - مصطفى فهمي، علم النفس الإكلينيكي، ط1، مصر، 1967
- 115.** منذر الفضل التجربة الطبية على الجسم البشري و مدى الحماية التي يكفلها القانون و القوانين الطبية ، مجلة العلوم الاقتصادية ، ج8 ، بغداد ، 1989.
- (**) - منير حنا، المسؤولية الجنائية للأطباء والصيدالدة، دار المطبوعات الجامعية، 1989
- (**) - محيىي عبد الحافظ، الأخلاقيات بين القيم والممارسة التطبيقية، مقال في كتاب الأخلاقيات الطب، دار المعارف، الأردن
- (ن)
- 116.** د.نادية رمسيس فرح ، حياة المرأة و صحتها ، دار الجليل بيروت - سينا للنشر القاهرة ، 1412هـ-1992م .
- 117.** ناهده البقصمي ، الهندسة الوراثية و الأخلاق ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت.
- (**) - نايت عميد شؤون الطلبة ، جامعة الخليج العربي، صحة الوسط البحرينية، العدد 565، الأرباء 24 مارس 2004.
- (**) - نادية عمر، العلاقة بين الأطباء والمرضى، دار الجامعة، مصر، 1993
- (و)
- 118.** ول ديورانت ، قصة الحضارة ، ج2 ، ترجمة محمد بدران ، مطابع الدجوي ، القاهرة ، 1971م .
- (**) - وهبة الزحيلي، الفقه الإسلامي وأدلته، ط4، المعدلة، دار الفكر المعاصر بعمان، 2002
- (**) - ويرك ج. واندرو وتوادل، علم الاجتماع الطبي، ترجمة كمال السيد، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، رسالة اليونسكو، 1978.

(ي)

- 119.** يوسف القرضاوي ، الحلال و الحرام في الإسلام ، ج 2 ، مكتبة وهبة ، دار الوفاء للطباعة و النشر ، ط41 .

- يوسف القرضاوي، فتاوى معاصرة، ج 2، مكتبة دار الوفاء للطباعة والنشر، القاهرة، 199

(**) - يوسف بن عبد الله بن إبراهيم التركي، الطبيب المسلم تيمز وسمات، دار النهضة، الرياض، 2007

رابعاً: اللقاءات و الجرائد و الحصص التلفزيونية :

120. الطبيب صحراوي عبد الغني ، مختص بأمراض النساء و التوليد جراح بمستشفى سور الغزلان ، ولاية البويرة .

121. الطيبية مالك فاطمة ، مختصة بأمراض النساء و التوليد جراحة بمستشفى مصطفى باشا بالجزائر .

122. حصة تلفزيونية ، أحمر بالخط العريض(العقم ، العلاج الانتظار و القدر) ، يوم 15/04/2009 الموافق ل 19/ربيع الثاني/1430هـ (LBC) ، 20:30 إلى 22:00 سا.

123. 105) - جريدة الخبر اليومية ، من 2007 إلى 2010م.

124. 106) - جريدة الشروق اليومية ، من 2007 إلى 2010م.

خامساً: بعض المراجع الخاصة بالمنهجية والتي تم الإطلاع عليها

125. موريس أنجرس ، منهجية الحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات عملية ، ترجمة بوزيد صحراوي

المراجعة لمصطفى ماضي ، دار القصبة للنشر ، الجزائر 2004

126. الدكتور عبد الباسط محمد حسن عميد كلية الدراسات الإنسانية جامعة الأزهر ، أصول البحث الاجتماعي ، ط 2 ، مكتبة وهبة للنشر القاهرة .

127. مارتن دنسكومي ، الحث الجيد دليل لمشاريع البحوث الاجتماعية ، ترجمة الدكتور أحمد ظافر محسن ، منشورات ELGA - 2003

128. الدكتور رشيد زرواتي ، تدريبات على منهجية الحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، ط 1 ، 2002م

129. الدكتور لخضر شايب أستاذ بكلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية ، مذكرة في مادة مناهج الحث - لطلبة الماجستير .

130. الدكتور رابع حروش ، مذكرة في مقياس منهجية وتقنيات البحث ، كلية العلوم الاجتماعية والإسلامية باتنة - 2005-2006 .

131. الدكتور محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، كلية الأدب جامعة الإسكندرية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

132. الدكتور عبد السلام بشير الدويبي ، علم الاجتماع الطبي ، دار الشروق عمان الأردن - 2006

سادساً: المراجع باللغة الأجنبية :

1-A-de michel-droit-médical manuel.B.I.santè derger le valuit-1993

2-Cood field.j : ploying code-Random House-New york

cecos.3-Centre d'étude et de consertion des œufs et du sperme humcin

4-Coste ,floret,la greffe de cœur devant le moral et devant le droit ,R,S,C, I 1969

5- Code de deontologie medical – Algerie

New york .6-Harris J : (the value of life) Random House

7-Lewis .M.A ,law and ethics in the medical office ,F.A .Daris company–Philadela

R–A–OP–cit : the translation of Yassin Awada .8-Mc, cormick

9-Noel Keon ,the surrogate mother ,New York –1985

*fernea–r–Jinitia la doptotions.to.Resettiment.A New–life– for– Jond , 10–Kennedy
Egyptian. Current–Anthropology .vol.7.no3.June 1966*

London 1989.11-Kennedy and gubb ,medical law , text and materials butter worths

*science) combridge .12-Ranan .C.A.(the combridge mustatd history of the world
university*

*co–.13-Reich . W.T.(Encyclopedia–of– Bioethics)vol.3–Mac Milan , publishing
INC...USA1978*

14-Stevens .k (surrogate mother ,one woman story ,century publishing)London ,2000

*A dopted to .15-Thomas persival :Medical Ethics or Acode of institutes and persepts
the professional conduct of physicians and Surgeous p.p.*

IN–publish–New York 1981.R–(Theory of Medical Ethics)–Bazic Books .16- Veotch

*disbotion .community–Astudy in acculturtion–p–h .moslem .A– deorbon .17- Wasfi
university USA–1967.Muchigons*

devib–dortors ,Drugs (poper cover)N.Y..18- William

19- Eneyelopedia– Médico– chirurgicole– fondée en 1929–par–A–laffontet– f– dureux

الملاحق

نموذج الاستمارة :

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة بوزريعة (2) الجزائر
كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الانسانية
قسم علم الاجتماع الديني

استمارة مقابلة

في إطار دراسة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع الديني بعنوان

أخلاقيات مهنة الطب لدى الطبيب الجزائري في ضوء الشريعة الإسلامية

(دراسة ميدانية لمجموعة من الأطباء بمستشفيات القطاع العام و العيادات
الخاصة)

استمارة رقم :

.....

ملاحظة:

" البيانات الواردة في الاستمارة سرية ،ولا تستخدم إلا للأغراض العلمية بحة "

السنة الجامعية:

المحور الأول : البيانات الشخصية

- السن:
- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐
- القطاع: الخاص ☐ العام ☐
- المستوى الوظيفي:
 - طبيب خاص ☐
 - طبيب مساعد ☐
 - طبيب مقيم ☐
 - طبيب أستاذ ☐
- الحالة المدنية:
 - متزوج ☐
 - أعزب ☐
 - مطلق ☐
 - أرمل ☐
- كم هي سنوات الخبرة (الأقدمية)
- التخصص:

المحور الثاني : معلومات خاصة بالتكوين الطبي		
الرقم	السؤال	نعم لا
01	- هل واجهتك مشاكل أثناء فترة التكوين للتخصص ؟ إذا كان الجواب ايجابيا ما هي طبيعة هذه المشاكل ؟	
	• قلة المؤثرين	
	• قلة العناد الطبي	
	• قلة الوعي الطبي	
	• أسباب أخرى	
02	- هل سبق لك وأن درست مواد حول أخلاقيات الطب ؟ إذا كان الجواب ايجابيا ماهي هذه المواد وفي أي سنة طبقت لكم ؟	
	المواد هي :	
	السنة التي طبقت هي :	
03	- هل للطبيب مصادر توعية في منظورك الخاص ؟ ما مصادر توعية الطبيب ؟	
	• المنظومة التربوية	
	• المؤسسات التنشئية	

		• مجلس الأخلاقيات الطبية	
		• قانون الأخلاقيات الطبية	
		• المؤتمرات والندوات	
04		هل تكوينك العلمي في مهنة الطب تؤهلك لمعالجة كافة الحالات المعروضة عليك؟	
		في حالة الإجابة سلبا : ماهي الوسائل المساعدة في معالجة هذه القضايا؟	
			
			
05		هل توجد صعوبات ناجمة عن ممارسة هذه المهنة وهذا التخصص ؟	
			
06		هل تعتقد أن الدروس التطبيقية كافية في الأسبوع؟	
		كم عدد الدروس التطبيقية في الأسبوع	
			
			
07		هل تفهم جميع الدروس التطبيقية ؟	
		إذا لم تفهم درسا من الدروس التطبيقية ماذا تفعل ؟	
		• تطلب شرحه من صديق	
		• تطلب شرحا آخر من الأستاذ	
		• تحاول الفهم وحدك	
		• تلجأ إلى الوثائق	
		• طرق أخرى	
08		إذا نقص أحد المقاييس التي برمجت لتكوينك خلال سنوات الدراسة هل يؤثر ذلك على مردودك المهني كطبيب بعدها ؟	
		إذا كان الجواب إيجابيا : كيف يكون هذا التأثير ؟	
			
			
			
09		هل تعالج غياب مقياس من برنامج تكوينك ؟	
		كيف تعالج غياب هذا المقياس من برنامج تكوينك ؟	
		• تدرسه عند أساتذة آخرون	
		• تدرسه وحدك (مراجع)	
		• تدرسه مع الزملاء	
		• طرق أخرى	
10		هل غياب مقياس اخلاقيات المهنة الطبية له نفس تأثير المقاييس السابقة؟	
		كيف تعالج غياب هذا المقياس في رأيك؟	
			

			
11	هل انت راضي على تكوين الاطباء في معاهد الطب بالجزائر؟		
	إذا كان الجواب سلبا لماذا؟		
			
			
			
المحور الثالث : أسئلة حول إلزام الطبيب بأخلاقيات المهنة			
12	هل هناك ضوابط للفحص الطبي في رأيك الخاص؟		
			
			
13	هل كل ممارسات الطبيب تترك لضميره؟		
			
			
14	هل للمريض الحرية في اختيار الطبيب الذي يعالجه ؟		
15	هل تبني علاقة الثقة مع مريضك؟		
16	هل تسهل لمريضك عملية الاستشارة مهما كان نوعها ودرجت الإحراج فيها ؟		
	إذا كان الجواب إيجابيا كيف تكون هذه التسهيلات؟		
	توجيهه إلى طبيب أكثر كفاءة منك		
	• تعطينه بعض النصائح فقط من طرفك		
	• تترك له الحرية		
	• طرق أخرى		
17	هل تفحص الكثير من المرضى يوميا ؟		
	إذا كان الجواب إيجابيا ، ما هي الأسباب ؟		
	• العلاج في قدرة الكل (السعر رمزي)		
	• لأنك الوحيد في المنطقة		
	• لجودة عملك صومعتك الطبية		
	• أسباب أخرى		
18	عندما يكون كثير من المرضى . هل هناك تعاون بين الأطباء ؟		
	إذا كان الجواب سلبيا . ماهي الأسباب؟.		
			
			
			
19	هل هناك علاقة بين الأطباء ؟		
	طبيعة العلاقة		
	• علاقة تضامن وتعاون		
	• علاقة تنافس وصراع		

		• علاقة غير	
		• أخرى	
20		هل واجهتك مشاكل مع زملائك في العمل ؟ إذا كان الجواب بنعم ، ماهي الأسباب ؟	
		• التنافس بين الأطباء	
		• التقسيم غير العادل لعدد المرضى (ق ع)	
		• غياب مساعدة الاطباء القدامى لزملائهم	
		• أسباب أخرى	
21		هل واجهتك مشاكل مع بعض المرضى ؟ إذا كان الجواب إيجابي ، ما هي الأسباب ؟	
			
			
			
22		هل هناك كثرة للأخطاء المهنية في الممارسات الطبية ؟ إذا كان الجواب إيجابي ، ما هي الأسباب ؟	
		• نقص التكوين	
		• غياب الرقابة	
		• غياب الوازع الديني	
		• غياب الردع (العقاب)	
		• تراجع القيم في المجتمع ككل	
23		هل هناك أخطاء في الممارسات الطبية ناتجة عن عدم تحلي الطبيب بأخلاق المهنة ؟ إذا كان الجواب إيجابي ، ما نوعها ؟	
			
			
			
24		هل يتم علاجها الأخطاء المهنية في رأيك ؟ كيف يتم علاجها ؟	
			
			
			
<u>المحور الرابع : أسئلة حول المنظومة القانونية والتشريعية في تنظيم مسؤولية الطبيب</u>			
25		هل سبق لك وأن أدت القسم الطبي ؟	
26		- هل للقسم ضوابط تحكمه ؟	
		إذا كان الجواب إيجابي ، ومن أي نوع ؟	
			
			

27	هل تعتبر المنظومة القانونية الجزائرية واضحة في تحديد الممارسات الطبية ؟	
	إذا كان الجواب إيجابيا أذكر بعض النماذج إن أمكن :	
		
		
28	هل يسعى مجلس أخلاقيات المهنة لإيجاد طرق ووسائل حديثة تساهم في تطوير مهنة الطب بالجزائر؟	
	إذا كان الجواب إيجابيا؟ هل هو:	
	• من الناحية العلمية	
	• من الناحية الاخلاقية	
	• من الناحية الشرعية	
	• من جميع النواحي	
29	هل تراعي المنظومة التشريعية القانونية في نصوصها في الجوانب الشرعية ؟	
30	هل للمجالس الأخلاقية دور في ضبط ممارسات الطبيب الجزائري ؟	
31	هل التشريعات القانونية تضمن للمرضى حقوقهم لكلى القطاعين الخاص و العام ؟	
	إذا كان الجواب ايجابيا فأى الحقوق اضمن	
	• المريض	
	• الطبيب	
	• كلاهما	
32	هل يعاقب الطبيب في حالة ارتكابه للخطأ الطبي ؟	
	إذا كان الجواب ايجابيا فأى الجهات تعاقب الطبيب	
	• الإدارة	
	• المراقب الطبي	
	• رئيس الخدمة	
	• العدالة	
33	هل هناك عقاب في حالة الخطأ المثبت ؟	
	إذا كان الجواب ايجابيا . ما نوع العقاب؟	
	• توقيفه عن العمل	
	• إنذار شفهي له	
	• إنذار كتابي له	
	• اقصاء عن العمل	
	• الإحالة على مهام أخرى	
34	كطبيب هل تقوم بالمناوبة الليلية ؟	
35	الطبيب الذي يرفض المناوبة الليلية، هل يعاقب ؟	
	إذا كان الجواب ايجابيا، ما هي طبيعة العقاب؟	

		• الحسم من الأجر	
		• إيقاف مؤقت من العمل	
		• إنذار شفهي فقط	
		• إقصاء نهائي من العمل	
		• الإحالة على مهام أخرى	
		هل أنت راضي عن المنظومة القانونية والأخلاقية للقطاع الصحي بنوعيه الخاص و العام ؟	36
		إذا كان الجواب سلبا، ما هي الإصلاحات المقترحة من وجهة نظرك؟	
			
			
			
			
المحور الخامس : اسئلة حول تأثير الحداثة والمستجدات الطبية على اخلاقيات الطبيب			
		هل المشرع الجزائري يساير كل المستجدات الطبية ويخضعها لرأى القانون والفقه ؟	37
		إذا كان الجواب سلبا، ما هي هذه الحالات	
			
			
			
			
			
		هل ترفض كطبيب المستجدات الطبية ؟	38
		- هل هناك ممارسات مسموح بها في المنظومة القانونية والاخلاقية الطبية الجزائرية ؟	39
		إذا كان الجواب ايجابيا، ما هي هذه الممارسات المسموح بها	
		• زراعة الأعضاء	
		• الإخصاب الاصطناعي	
		• الإنعاش الاصطناعي	
		هل عمليات الولادة القيصرية أصبحت كحل أسرع وأسهل خاصة في العيادات الخاصة ؟	40
		إذا كان الجواب ايجابيا، لما يعود السبب ؟	
		• محافظة المريضة على جمالها	
		• الكسب السريع للمال	
		• قلة خبرة الطبيب	
		• أسباب أخرى	
		- هل يشارك بعض الأطباء في جريمة الإجهاض ؟	41

		إذا كان الجواب ايجابيا، لما يعود السبب ؟	
		• غياب الرقابة	
		• غياب الضمير الأخلاقي	
		• عدم استيعاب مقاصد الشرع	
	42	- هل حقيقة أن في كثير من الحالات المعروضة على الطبيب لا يخضعها لرأي الفقه (الشرع) ؟	
		إذا كان الجواب ايجابيا، لما يعود السبب ؟	
		• جهل الطبيب بهذه الضوابط	
		• عدم قدرته على فهمها	
		• نقص الاجتهادات فيها	
		• أسباب أخرى	
	43	- هل حقيقة وجود نقص في الثقافة الشرعية الطبية لدى الأطباء ؟	
		إذا كان الجواب ايجابيا، لما يعود السبب ؟	
		• تنشئة الطبيب	
		• تكوينه الجامعي	
		• عدم اطلاعه على جهود الفقهاء وعلماء الشرع في مجاله	
		• عدم تنظيم ندوات ومؤثرات في هذا الشأن	
		• أسباب أخرى	
	44	- هل من توصيات تقدمونها للأطباء الممارسين للمهنة وحديثي التخرج ؟	
		إذا كان الجواب ايجابيا، ما هي ؟	
			
			
			
			
			
	45	- هل لديك إصلاحات تقترحها على المنظومة الطبية الجزائرية ؟	
		إذا كان الجواب ايجابيا، ما هي ؟	
			
			
			
			