

الإسلام وأخلاقيات الرعاية الصحية وحقوق الإنسان*

لكن رغم العمل الذي أنجز حتى الآن في الأخلاقيات الطبية المعاصرة من حيث اشتقاق المبادئ الأخلاقية وتطبيقها ومراجعتها، فشل الكثير من البروتوكولات والأطباء الذين يطبقونها في الأخذ في الحسبان حق أساسي من حقوق الإنسان. فربما يتمّ التغاضي في التوجيهات والممارسات القائمة عن التعددية الدينية والاختلافات الثقافية والتنوع الأخلاقي المنتشرة في مختلف المجتمعات.⁵ ومن هذا المنطلق، سيقدّم هذا الفصل ملخصًا عن بعض الحقوق الإسلامية للأطباء الممارسين والمرضى التي لا تحظى بدعم حاليًا في الخطاب المعاصر للأخلاقيات الطبية. ومن شأن اعتراف وإحياء دعم حقوق المرضى والأطباء في ممارسة معتقداتهم المساعدة على الحفاظ على حقوق الإنسان، وبخاصة تلك التي تضمن الحريات الدينية والثقافية للجميع، كما نصت عليه المادة 18 من «الإعلان العالمي لحقوق الإنسان» الصادر عن الأمم المتحدة. ويمكن تطبيق مسار عمل مماثل على نطاق واسع في سياقات مختلفة: حيث يشكل المسلمون أغلبية، كما هو الحال في العالم العربي، وحيث يتواجد المسلمون كأقليات سكانية، كما في المملكة المتحدة - وفعليًا في كافة أنحاء العالم.

الحقوق الإسلامية للأطباء الممارسين حفظ الدين والنفس والمعارضة الواعية

يقدم الإسلام لاتباعه خارطة طريق أخلاقية لمجالاتهم الشخصية والاجتماعية والمهنية. وبالتالي، يتحقق المسلمون الذين يتلقون الرعاية الصحية ويقدمونها على السواء بدقة مما إذا كانت ممارستهم ضمن مجالهم المهني تتماشى مع الشريعة. هذا ويتقارب إطار العمل الأخلاقي-القانوني الذي تحدد معالمه المصادر الشارعة للإسلام مع أولويات الصحة العالمية وأنظمة الرعاية الصحية العلمانية وتفضيلات المرضى. وقد تتطلب هذه العوامل من المسلمين أن يجدوا طريقهم بين عدد من المجالات الأخلاقية.

د. مهرونيشا سليمان: باحث ما بعد الدكتوراه بمركز الدراسات الإسلامية بجامعة كامبريدج

أ. أرزو أحمد: مدير مركز الإسلام والطب

المقدمة

حتى فترة ليست ببعيدة، كان الأطباء هم صنّاع القرارات الرئيسية في إطار السياق العلاجي على المستوى العالمي. وغالبًا ما ارتبطت هذه السلطة بمعرفتهم المتفوقة وتدريبهم وخبرتهم في علوم الأمراض وإدارتها وتشخيصها. لكن في الآونة الأخيرة، باتت السلطة الأخلاقية للخدمات الصحية وموظفي الخدمات الصحية، لا سيما الأطباء، تتراجع.¹ ويعود السبب في ذلك إلى مخالفات حديثة وتاريخية للسلوك الأخلاقي² أغضبت عامة الشعب والمتخصصين في المجال الصحي على السواء، إذ يطالبون بتنظيم أفضل للمجتمع الطبي. وقد تسببت هذه المخالفات بتغيير منهجي في الفكر الأخلاقي حول حقوق ومسؤوليات الأطباء والمرضى على السواء في إطار الأخلاقيات الطبية المعاصرة. وتزامن هذه التغيرات مع مساعٍ عالمية لحماية حريات الأفراد وحقوقهم.³

وتنسجم هذه التحولات مع التعاليم الإسلامية التي يشدّد قسّمها المماثل لقسم أبقراط (استنادًا إلى تعاليم القرآن الكريم وأحاديث النبي محمد) على أن الأطباء الممارسين يخدمون «البشر، الفقراء أو الأغنياء، المتعلمين أو الأميين، المسلمين أو غير المسلمين، ذوي البشرة السوداء أو البيضاء متحلين بالصبر والتسامح والفضيلة والوقار والمعرفة والانتباه»⁴. وتعتبر النصائح الرامية إلى تجسيد الفضائل واحترام الإنسان أساسية ومهمة بالنسبة للوعي الإسلامي بحقوق ومسؤوليات الجميع، بمن فيهم المرضى والأطباء.

* تنويه: نُشر النص الأصلي للمقال باللغة الإنجليزية، وهي النسخة المعتمدة. وقد تمت الترجمة بغرض نشر النتائج على نطاق أوسع. يمكن الاطلاع على النسخة

الإنجليزية للتقرير عبر هذا الرابط: <https://www.atlanticcouncil.org/publications/reports/the-islamic-tradition-and-the-human-rights-discourse>

¹ Kurt C. Stange, "Power to Advocate for Health," *Annals of Family Medicine* 8.2 (2010): 100-107.

² Robert Jay Lifton, "Doctors and Torture," *New England Journal of Medicine* 351, no. 5 (2004): 415-416.

³ United Nations, *Universal Declaration of Human Rights*, adopted December 10, 1948, http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf

⁴ Ibrahim M. Khan, "Oath of Hippocrates Updated by Muslim Physicians," *Plastic and Reconstructive Surgery* 83, no. 3 (1989): 579-580.

⁵ Chris Durante, "Bioethics in a Pluralistic Society: Bioethical Methodology in Lieu of Moral Diversity," *Medicine, Health Care and Philosophy* 12, no. 1 (2009): 35-47.

الضروري إجراء بحث تجريبي في المناطق ذات الأغلبية المسلمة وأخرى ذات أقلية مسلمة لتقييم ما إذا كان بإمكان الأطباء المسلمين القيام بالمعارضة والواعية عن المشاركة في تدخلات طبية يعتبرونها تخالف معتقداتهم الدينية. وسيكون من الملائم تقييم طبيعة اعتراضاتهم ومدى ترسخها في المعتقد الديني. كما سيكون من المهم تحليل ما إذا كان هؤلاء الأطباء يحظون بدعم في خطواتهم هذه أو يواجهون وصمة أو قمعاً غير ملائم.

ويمكن الاستناد إلى بحث مماثل في الخطاب الأخلاقي الطبي السائد¹² فضلاً عن الممارسات الطبية المقبولة لضمان حقوق الأطباء الممارسين الراغبين في أن تكون التزاماتهم الدينية محترمة.

الحقوق الإسلامية للمرضى حفظ النفس في مرحلة الاحتضار

اكتسى ضمان تمكّن المرضى من اتخاذ قرارات مستنيرة حيال رعايتهم وتلبية حاجاتهم الدينية والروحية أهمية متزايدة في الأخلاقيات الطبية المعاصرة خلال السنوات القليلة الماضية. وتتماشى هذه القيمة مع الحقوق الإسلامية للمرضى في ممارسة دينهم سواء في الصحة أو المرض. غير أن فهم الحاجات الدينية والروحية للمجتمعات الدينية وسط تفاعلها مع وضع الرعاية الصحية سيئ. وبالتالي، يمثل النموذج الطبي الحيوي لفهم الصحة والأمراض النموذج المعرفي السائد في مجال الرعاية الصحية.¹³ وكانت المقالة الرائدة لجورج أنجل¹⁴ قد أحدثت ثورة في الأبحاث والممارسات في مجال الطب الحيوي بحيث نقلته من التبسيط البيولوجي إلى طب يشمل الأبعاد الاجتماعية والنفسية والسلوكية للمرض. ومع ذلك، إن المجال محدود حالياً لدمج التزامات المرضى الماورائية في الإطار الطبي الحيوي القائم. فنادراً ما يكون سياق الرعاية الصحية بيئة عقيمة ومُحكمة؛ وهي تتألف عموماً من التعددية والتنوع والشكوك والتجزئة. ولا يقدم مزودو الرعاية الصحية والمرضى والأسر الذين يتفاعلون ضمن هذا السياق - سواء ضمن مؤسسة أو في المجتمع - قيوداً طبية حيوية للأعراض والأمراض فحسب، بل أيضاً لتواريخ ولغات وقيم ومعتقدات فردية واجتماعية-ثقافية.

فعلى سبيل المثال، حثّت التقاليد الإسلامية على مبدئين رئيسيين هما «حفظ الدين» و«حفظ النفس». إنهما أول اثنان من مقاصد الشريعة الخمسة.⁶ إن الحفاظ على هذه المقاصد أساسي بالنسبة لموجبات الأطباء المسلمين الأخلاقية وقد تتبلور في معارضتهم الواعية للمشاركة في التدخلات الطبية الناشئة. فقد أدى القانون الذي يشجع الموت الرحيم مثلاً إلى تحوّل في الممارسات الأخلاقية الشارعة في مجال الرعاية الصحية.⁷ وتتأتى هذه التحولات من التغييرات المشار إليها أعلاه، مع تركيز أكبر في الرعاية الصحية على حقوق المريض بالاستقلالية أو «الحكم الذاتي»؛⁸ حيث أن هذا الأخير، المترسخ في التقاليد الليبرالية، يسلط الضوء على الحرية الفردية.⁹ وقد يختبر الأطباء المسلمون عدم انسجام أخلاقي عند اتخاذهم قرار بشأن احترام رغبة المريض في إنهاء حياته، على سبيل المثال، مع حقهم الأخلاقي في حفظ النفس والدين.

فضلاً عن ذلك، إنّ التحديات الناشئة المرتبطة بالتكنولوجيات العامة وحالة الجنين وحفظ الأجنة والأبحاث الخاصة بها والتخلص منها جميعها تثير مشاكل أخلاقية حساسة للأطباء الممارسين المسلمين. وفي حين أنهم يكرسون حياتهم لتوليد المعرفة والتدخلات العلاجية، فإنهم ملتزمون بالحفاظ على النفس والدين، وضمان عدم اشتراكهم في انتهاكات أخلاقية يحددها دينهم، تماماً كأتباع الديانة المسيحية وغيرها من المعتقدات الدينية.

اقتراحات للسياسة

رغم أن المعارضة الواعية هي ممارسة متعارف عليها في الرعاية الصحية،¹⁰ قليلة هي المعلومات حول أثرها على التدريب والتقدم الوظيفي للمتخصصين في الرعاية الصحية المسلمين (فيما يتعلق بمقاصد الشريعة 3 و 5). ووسط تنامي الدعوات إلى إعادة تقييم الحالة الأخلاقية للمعارضة الواعية في إطار الممارسات الطبية،¹¹ لا بدّ من إجراء المزيد من الأبحاث ومشاركة أكبر من أديان على غرار الإسلام بغية تقييم التفاعل التحويلي بين حقوق الأطباء الممارسين والمرضى من جهة والمتطلبات الأخلاقية للتدخلات الطبية الناشئة من جهة أخرى على أتباع الدين. كذلك من

⁶ المقاصد الثلاثة الأخرى هي حفظ العقل والنسل والمال.

⁷ Bosshard et al., "A Role for Doctors in Assisted Dying? An Analysis of Legal Regulations and Medical Professional Positions in Six European Countries," *Journal of Medical Ethics* 34, no. 32-28: (2008) 1.

⁸ R. A. Hope, Julian Savulescu, and Judith Hendrick, *Medical Ethics and Law: The Core Curriculum* (New York: Elsevier Health Sciences 2008), 40.

⁹ John Stuart Mill, *On Liberty* (London: Longmans, Green, Reader, and Dyer, 1869.)

¹⁰ Mark R. Wicclair, *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*, (New York: Cambridge University Press, 2011.)

¹¹ Julian Savulescu, "Conscientious Objection in Medicine," *BMJ: British Medical Journal* 332, no. 7536 (2006): 294; Ronit Y. Stahl and Ezekiel Emanuel, "Physicians, Not Conscripts—Conscientious Objection in Health Care," *New England Journal of Medicine* 376, no. 14 (2017): 1380-1385.

¹² على الرغم من وجود خطاب مهم حول المعارضة الواعية، تستند معظم الكتابات إلى التقليد المسيحي. وهناك نقص في الأبحاث والكتابات من وجهة النظر المسلمة. ركز هذا النموذج من الصحة والأمراض على الأنظمة الجسدية، حيث كان فهم المرض محصوراً بالأعراض الجسدية والفردية وعلم الأمراض.

¹⁴ George L. Engel, "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine," *Science* 196, no. 4286 (1977): 129-136.

توصيات للسياسة والممارسات

■ إن تحسين الإمام الديني ضمن سياسة الرعاية الطبية وإعداد الممارسات وتكثيف التدريب على التنوع والمساواة والتجيز غير الواعي بطريقة يمكن لهذه النقاط أن تقدم توجيهًا خاصًا عن الشعوب الدينية - الإثنية، قد يكونان خطوة باتجاه تسليح فرق العمل بالوعي الضروري والمهارات المناسبة للفهم بطريقة أفضل وبالتالي استيعاب التزامات المرضى الدينية. ومن شأن هذا التدريب أن يشمل بيانات سكانية حول المجتمعات الدينية - الإثنية ويحدث الأبحاث في مجال العلوم الاجتماعية على غرار تلك التي أجراها الطبيب وغيره¹⁸ بشأن التزامات المرضى الدينية وتفضيلاتهم.

الحق في الرعاية الصحية

تركز الكثير من الآيات في القرآن الكريم وأحاديث النبي محمد¹⁹ على الصحة والعافية باعتبارهما نعمة وعلى المرض باعتباره اختبار. وتقدم المصادر الإرشاد حول حالة المرض، مشيرة إلى أن المرضى لديهم الحق في الرعاية ومن هم في موقع يخولهم القيام بذلك عليهم تقديم الرعاية لهم. وفي إطار النظرة الإسلامية إلى العالم، يفهم من المرض والعلّة على أنها معاناة تصيب المؤمنين باعتبارها إحدى وسائل التطهير الروحي حيث تتجلى التجاوزات الدينية كأمراض، أو كوسائل لرفع المتدينين. وشرح النبي محمد قائلاً: «مَا أَنْزَلَ اللَّهُ دَاءً إِلَّا أَنْزَلَ لَهُ شِفَاءً»²⁰ و«بَرَأَ يَأْذَنَ اللَّهِ عَزَّ وَجَلَّ»²¹.

وبالتالي، وضمن نموذج إسلامي، يحق للمريض الرعاية الصحية ويتوجب على من هم في موقع يخولهم تقديم الرعاية، من خلال الموارد والمهارات والوقت، القيام بذلك. واعتبر الإمام الغزالي توفير الرعاية الصحية بمثابة فرض كفاية،²² أي موجب على مجتمع بأكمله ويمكن تنفيذه من قبل عدد قليل، يمكن أن يشمل أفرادًا ومؤسسات تضم نظام رعاية صحية شاملاً، على غرار المتخصصين في الرعاية الصحية وصناع السياسات وأدوات التمويل على مستوى الدولة كبوالص التأمين الصحي الاجتماعي.

فعلى سبيل المثال، ضمن الرعاية المسكّنة ورعاية مرحلة الاحتضار، تشير الأدلة إلى وجود شرح بين نموذج الرعاية الحالي والحاجات الصحية للأقليات الدينية-الإثنية على غرار المسلمين. وتشمل هذه الأدلة تقارير تشير إلى حاجة لم تتم تلبيتها بعد في أوساط المسلمين لخدمات الرعاية المسكّنة ورعاية مرحلة الاحتضار. وينعكس ذلك في استيعاب سيئ للتخطيط للرعاية المتقدمة وخدمات رعاية المحتضرين، بما في ذلك الخدمات القائمة على المجتمع والرعاية في مكانها. كما تشير التقارير إلى أن الخدمات غير مجهزة بالشكل المناسب لتوفير الرعاية للأقليات الدينية-الإثنية التي تعتبر حاجاتها الروحية أساسية لرعاية مرحلة الاحتضار.¹⁵ وقد يواجه المتخصصون في الرعاية الصحية مثل هذه المعتقدات والممارسات عند الاهتمام بمرضى وأسر مسلمة. غير أنه في غياب الفهم العميق لمثل هذه الالتزامات، قد تبرز توترات في مجال الرعاية الطبية وعملية اتخاذ القرار. فالمسلمون يؤمنون مثلاً بالحياة بعد الموت ولا يعتبرون الموت نهاية بل مرحلة انتقالية.

ويكرّس العديد من المسلمين حياتهم لضمان إتمام هذه المرحلة الانتقالية بما يتماشى مع التزاماتهم الروحية، التي تشمل معتقدات خاصة حول ما يمثل موتًا «جيدًا» ودور المعاناة في المرحلة الأخيرة من الحياة والمعنى الروحي والشهادة التي يدلي بها الشخص المحتضر. وقال النبي محمد: «لَقِنَا مَوْتًا كَمَا لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ»¹⁶ وتشير هذه التقاليد إلى أهمية تلقين الميت الشهادة ومعناها في إطار فهم المسلمين للموت الجيد إلى جانب تلقين القرآن وتوجيه المحتضر نحو مكة المكرمة.¹⁷ وتتجلى هذه المعتقدات في مجال الرعاية الصحية باعتبارها خيارات معبر عنها، وتحديدًا التردد في قبول المسكنات، وبخاصة استخدام المواد المخدرة عند الاحتضار. وقد تتعارض هذه الالتزامات والرغبات مع الممارسات السائدة الرامية إلى الحفاظ على راحة المريض قدر المستطاع وتعهدهات المتخصصين في الرعاية الصحية الخاصة بتوفير رعاية قائمة على الدليل.

¹⁵ Natalia Calanzani et al., *Palliative and End of Life Care: For Black, Asian and Minority Ethnic Groups in the UK*, King's College London, Cicely Saunders Institute, June 2013, https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/who-we-are/diversity-and-inclusion-research/palliative-care-bame_full-report.pdf.

¹⁶ Sunan an-Nasa'i, Book 21, Hadith 9, last accessed May 31, 2018, <https://sunnah.com/nasai/21/9>

¹⁷ Mohamad A. Tayeb et al., "A 'Good Death': Perspectives of Muslim Patients and Health Care Providers," *Annals of Saudi Medicine* 30, no. 3 (2010): 215.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Sahih Bukhari, Book 75, Hadith 2, last accessed May 31, 2018, <https://sunnah.com/urn/52930>; and Sahih Bukhari, Book 81, Hadith 1, last accessed May 31, 2018, <https://sunnah.com/bukhari/81/1>.

²⁰ Sahih Bukhari, Book 76, Hadith 1, last accessed April 28, 2018, <https://sunnah.com/bukhari/76/1>

²¹ Sahih Muslim, Book 39, Hadith 95, last accessed April 28, 2018, <https://sunnah.com/muslim/39/95>

²² Aryn B. Sajoo, *Muslim Ethics: Emerging Vistas* (New York: IB Tauris, 2008), 109.

توصيات للسياسة والممارسات

نفاذ غير مسبوق إلى البيانات الفردية وتلك على مستوى السكان. وإن الوعد بأبحاث ثورية من خلال إنشاء مجموعات بيانية ضخمة واحتمال تطوير علاجات شخصية يفتن عامة الشعب والأخصائيين على السواء. لكن ثمة أسئلة أخلاقية ملحة بشأن الخصوصية والملكية. فالأفراد الذين يتخذون قرارات بشأن تقديم بيانات جينية للأبحاث اليوم لا يأخذون ببساطة خيارًا شخصيًا حيث أن أقرباءهم وكذلك الأجيال المستقبلية تتشارك في ملكية المعلومات التي يقدمونها.

هذا وتشدد²⁵ الأخلاقيات الإسلامية على الخصوصية والثقة إلى حد كبير، لا سيما فيما يتعلق بحماية الأجيال المستقبلية (في ما يخص المقاصد، المبدأ 4). ويقول القرآن الكريم: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَخُونُوا اللَّهَ وَالرَّسُولَ وَتَخُونُوا أَمَانَاتِكُمْ وَأَنْتُمْ تَعْلَمُونَ».²⁶

توصيات للسياسة والممارسات

لا بد من مشاركة أكبر من دائرة العلماء المسلمين إضافةً إلى صناع السياسة وأخصائيي الصحة العامة وقطاع الصحة من أجل تقييم التداعيات الأخلاقية والقانونية لجمع البيانات الكبيرة وحفظها واستخدامها. ويمكن تحقيق ذلك من خلال التزامات على مستوى الحكومة بتمويل الاجتماعات متعددة الاختصاصات والأبحاث والمنشورات الأكاديمية والتقارير والمشاركة العامة. ويمكن تطبيق هذه الالتزامات في المجتمعات ذات الأغلبية المسلمة، على غرار مختلف دول الشرق الأوسط ودول جنوب آسيا بما فيها باكستان وبنجلادش - إضافةً إلى السياقات ذات الأقلية المسلمة، كتلك الموجودة في أوروبا وأمريكا الشمالية.

إنَّ المعتقدات الدينية كالإسلام التي تركز على فضيلة الخصوصية يمكنها أن توفر توجيهًا ملحمًا ومزيدًا من التعقيدات لخطاب أخلاقيات علم الأحياء القائم حاليًا بشأن مستويات وأنواع الحماية الواجب أخذها في الحسبان عند التعامل مع بيانات²⁷ جينية و/أو خاصة بالسكان. ويتعين على الحكومات ضمان مشاركة خبير مناسب (بمن في ذلك جهات فاعلة مختلفة على غرار رجال الدين) والعامة عند تحديد مستوى ونوع عمليات الحوكمة والتأمينات الواجب تطبيقها لدى إنشاء معاهد البيانات الكبيرة هذه وإدارتها. ونظرًا للتداعيات السلبية المجهولة التي قد تترتب على الأجيال المستقبلية، لا بد من النظر في المبدأ الوقائي.

تنسجم التعاليم الأخلاقية الإسلامية حول موجبات حفظ النفس وضمان الرعاية للمرضى مع المادة 25 (1) من «الإعلان العالمي لحقوق الإنسان».²³ ويمكن جعل هذه التعاليم محوريةً لسياسات وممارسات حكومات الدول ذات الأغلبية المسلمة التي تسعى إلى الحفاظ على القيم الأخلاقية الإسلامية. ويمكن تحقيق ذلك من خلال تعزيز نفاذ شامل إلى الرعاية الصحية. وبشكل خاص، يتعين على الحكومات وصناع السياسة ضمان العدالة في التوزيع للحماية من تعزيز التفاوت من خلال التغييرات في البنية الأساسية والإمكانات التي لا تحصى للعلاج التي تقدمها التكنولوجيات الطبية المتقدمة. ويمكن تحقيق ذلك من خلال ضمان أن الأشد حاجةً و/أو الذين يواجهون عوائق في الحصول على العناية، على غرار الساكنين في أماكن بعيدة أو الذين يعيشون حالة من الفقر المدقع، يتمّ تحديدهم بشكل مسبق والعناية بهم. فعلى سبيل المثال، يمكن للدول القومية ضمان إنشاء صندوق وقف وطني محصّن يوفر الرعاية الصحية المجانية للأفراد والأسر من ذوي الخلفيات الاجتماعية - الاقتصادية المتدنية ومجتمعات المهاجرين والذين يعانون من إعاقات وذوي الحاجات التعليمية والنساء والأطفال والمسنين. فضلًا عن ذلك، ونظرًا لتكاليف الرعاية الصحية المرتفعة عالميًا، يجب تخصيص تمويل الرعاية الصحية للمحتاجين من صناديق الزكاة الوطنية.

الحق في الخصوصية

يُعتبر ضمان الخصوصية²⁴ حجر الأساس لثقة المريض بالطبيب الممارس وأخصائيي الرعاية الصحية. فحق المريض في الخصوصية ومسؤولية أخصائيي الرعاية الصحية في ضمان السرية جزء لا يتجزأ من الأخلاقيات الطبية. غير أن الطب الحيوي تحوّل بشكل كبير خلال العقود الأخيرة من الزمن. فاللقاءات للحصول على الرعاية الصحية لم تعد تقتصر على المواجهة الفردية بين المريض والطبيب، كما أن المعلومات المتعلقة بالمريض لم تعد محصورة بملف في جهاز كمبيوتر واحد أو خزانة لحفظ ملفات.

ووسط بروز السجلات الصحية للسكان ودراسات الجينات البشرية ومعاهد البيانات الكبرى، بات للحكومات والشركات الآن

²³ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، المادة 25 (1) 1. لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفى لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق فيما يأمن به الفوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترميل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه". راجع المادة 25: «الحق في مستوى معيشة مناسب» في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، من خلال المطالبة بحقوق الإنسان، وهو مشروع مشترك للمفوضيات الوطنية لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة في فرنسا وألمانيا، اعتمد في 10 ديسمبر 1948، http://www.claiminghumanrights.org/udhr_article_25.html.

²⁴ Alan G. Johnson and Paul R.V. Johnson, *Making Sense of Medical Ethics: A Hands-On Guide* (New York: Oxford University Press, 2007), 101.

²⁵ Fatimah Abdullah, "Teaching Islamic Ethics and Ethical Training: Benefiting from Emotional and Spiritual Intelligence," *International Journal of Humanities and Social Science* 2, no. 3 (2012): 224-230.

²⁶ Quran 8:27, last accessed April 29, 2018, <http://corpus.quran.com/translation.jsp?chapter=8&verse=27>

²⁷ Saeid Nazari Tavaokkoli, Nasrin Nejadsharvari, and Ali Ebrahimi, "Analysis of Medical Confidentiality from the Islamic Ethics Perspective," *Journal of Religion and Health* 54, no. 2 (2015): 427-434.

الإسلامية التي تشدّد على حماية الضعيف أن توفرّ مكونًا أساسيًا لمثل هذا التوجيه والممارسات.

ويتمثّل اعتبار مهم آخر في أن الأعمال الحديثة حول أخلاقيات الطب الحيوي العالمية قد شهدت تحوّلًا جذريًا، مع الأخذ في الحسبان ليس التحديات التي تطرحها إجراءات³⁴ الموافقة على أبحاث الطب الحيوي فحسب، بل أيضًا بروز المزيد من الأسئلة الدقيقة المتعلقة بالاستغلال والحاجة إلى أن تلبّي الأبحاث حاجات الشعوب المحلية واستدامة الأبحاث. ويبدو اليوم أن مشاركة دائرة العلماء المسلمين في مثل هذه التحديات الأخلاقية الملحة محدودة، ويجب دعم المؤسسات والأفراد المناسبين للمشاركة في هذه المحادثات. فعلى سبيل المثال، يجب أن تتوافر في الدولة التي تجري أبحاثًا في الطب الحيوي دائرة متخصصة في أبحاث أخلاقيات الطب الحيوي، بما في ذلك تدريب وإعداد العلماء الذين يتمتعون بالخبرة في تقديم وجهات نظر إسلامية حول مجموعة الأسئلة التي تطرحها الأبحاث الصحية العالمية.

ولا بدّ من القيام بالمزيد من الأعمال لتعزيز مساعي الحوكمة العالمية من أجل ضمان سلامة المشاركين والشعوب في الدول المضيفة، على غرار إعداد معايير قانونية دولية لأخلاقيات الأبحاث. فضلًا عن ذلك، يمكن لصندوق عالمي يرمي إلى دعم الإجراءات القانونية بحق سوء السلوك أن يميّن الدول من إقامة دعوى قضائية بحق القطاع ومؤسسات الأبحاث التي تخالف المعايير الدولية، من دون الخوف من تحمّل أعباء مالية غير ضرورية. ويُنصح على نحو خاص أن تساهم المجتمعات المسلمة التي تتمتع بثروات كبيرة على نحو غير متكافئ، على غرار بعض الدول العربية في الخليج، بشكل كبير في هذا المجال.

الخاتمة

تشدّد المناقشات أعلاه على المخاوف الأخلاقية الأخذ في التزايد المنتشرة في مجال الرعاية الصحية. ونظرًا إلى أن أخلاقيات الطب الحيوي هي مجرد واحدة من النظرات العالمية المتعددة لفهم هذه التحديات الأخلاقية والاستجابة لها، تظلع المعتقدات الدينية

الحماية من الممارسات الاستغلالية وسط أبحاث متنامية في السياقات المسلمة

أسفرت عولمة التجارب السريرية عن زيادة في الأبحاث التي تُجرى في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وتنضوي أغلبية دول منظمة التعاون الإسلامي²⁸ البالغ عددها 57 دولة تحت لواء البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. هذا وأصبحت الدول ذات الأغلبية المسلمة في منطقة جنوب شرق آسيا، على غرار إندونيسيا وماليزيا، مواقع رائجة للتجارب المدعومة من القطاع الطبي ومن الحكومة. وتزداد شعبية هذه الأخيرة إذ وُجدت عملية التجارب أقل تكلفةً وأسرع من حيث توظيف المشاركين.²⁹ غير أن بعض الفاعلين يشيرون إلى أن أحد أسباب تهديد التجارب السريرية هو تجنّب آليات الحكومة المتشددة القائمة في بلدان المصدر.³⁰ وإلى جانب منطقة جنوب شرق آسيا، أصبح الشرق الأوسط بدوره وجهةً رائجةً للأبحاث بفضل البنية التحتية الجيدة والاستثمارات المتزايدة في العلوم الطبية والاقتصادات النامية.³¹ وتُظهر الأبحاث أن بعض دول الشرق الأوسط تعمل بموجب قيود أقل وبالتالي تشكّل وجهةً شائعةً لشركات الأدوية من أجل تجربة³² أدوية جديدة وغير مختبرة.³³

وتشدّد التعاليم الأخلاقية الإسلامية على حماية الضعيف. ورغم أن الأبحاث الطبية ضرورية لتوليد المعرفة وتطوير تدخلات وقائية وعلاجية جديدة، لا يجب إيلائها الأولوية على حساب سلامة ومصالح المشاركين في الأبحاث.

توصيات للسياسة والممارسات

تسلطّ زيادة التجارب السريرية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل الضوء على الحاجة إلى المصادر وإلى حكومات مضيّفة لضمان وجود عمليات حوكمة فعالة في المواقع المضيفة. ويتطلب إنشاء أنظمة حوكمة أخلاقية في مجال الأبحاث تكون قادرة على الإشراف بنجاح على الأبحاث وتطويرها مساهمات فكرية واستثمارات في البنية التحتية على السواء. ومن شأن التعاليم

²⁸ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، المادة 25 (1) 1. لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق فيما يأمن به الفوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترميل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه. راجع المادة 25: «الحق في مستوى معيشة مناسب» في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، من خلال المطالبة بحقوق الإنسان، وهو مشروع مشترك للمفوضيات الوطنية لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة في فرنسا وألمانيا، اعتمد في 10 ديسمبر 1948، http://www.claiminghumanrights.org/udhr_article_25.html.

²⁹ Gross Amess and Hirose Mimoko, "Conducting Clinical Trials in Asia," Pacific Bridge Medical, March 1, 2007, http://www.pacificbridge-medical.com/publications/asia/2007_conducting_clinical_trials; Seth W. Glickman et al. "Ethical and Scientific Implications of the Globalization of Clinical Research," *New England Journal of Medicine* 360, no. 8 (2009): 816-823.

³⁰ Volnei Garrafa et al., "Between the Needy and the Greedy: The Quest for a Just and Fair Ethics of Clinical Research," *Journal of Medical Ethics* 36, no. 8 (2010): 500-504.

³¹ Kermani F., "How to Run Clinical Trials in the Middle East," *SCRIP* (2010): 1-8.

³² غالبًا ما تشمل اختبار أدوية موجودة للتحقق من فعاليتها على أمراض أخرى و/أو تجارب على أدوية جديدة وغير مختبرة.

³³ Ghaith Alahmad, Mohammad Al-Jumah, and Kris Dierickx, "Review of National Research Ethics Regulations and Guidelines in Middle Eastern Arab Countries," *BMC Medical Ethics* 13, no. 1 (2012): 34.

³⁴ Benjamin Freedman, "Scientific Value and Validity as Ethical Requirements for Research," *IRB* 9, no. 6 (1987): 7-10.

وتقدم الأديان على غرار الإسلام - وما يرافقها من معتقدات وممارسات - الكثير من التوجيهات الضرورية حول كيفية التفكير في الاحترافية والرعاية في مرحلة الاحتضار والحق في الحصول على الرعاية الصحية، كما الخصوصية والاستغلال. وتظهر هذه الحالات المحددة الحاجة إلى التضامن بين علم الدين والطب الحيوي. كما تسلط الحالات الضوء على أن تسليح وعينا الجماعي

بوسائل أخرى من المعرفة والممارسة تتخطى الطب الحيوي يمكن أن يساعدنا على تطوير رؤية أكثر شمولية عن الصحة والمرض وكيفية تنظيم الرعاية الصحية ككل.

كالإسلام بدور أساسي في تنفيذ هذه التحديات على نحو أكبر وتوفير استجابات محلية وعالمية جديدة لها. فمنذ ظهورها - من خلال القرآن الكريم وأحاديث النبي ومشاركة العلماء - حافظت القيم الإسلامية على صلتها بمجال الصحة. وتتفاعل هذه القيم الإسلامية مع المسائل الأخلاقية وتثيرها في إطار دائرة الطب الحيوي عند مستويات متعددة، بما في ذلك الأبحاث والتطوير وممارسة الطب. وقد أظهرت هذه القيم والمخاوف أنها معاصرة وأساسية على السواء من أجل ضمان أن تعي أخلاقيات الطب الحيوي دائماً وتستجيب للتعددية الدينية والاختلافات الثقافية والتنوع الأخلاقي المنتشرة في المجتمعات ككل.