دور المحاكم في إعمال التوازن بين الأخلاق الطبية وحقوق الآباء

د. ميادة مصطفى محمد المحروقي

أستاذ مشارك القانون الجنائي- كلية العدالة الجنائية وعلوم الجريمة

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

المملكة العربية السعودية

تاريخ التسليم: 2025/2/15 تاريخ القبول:2025/4/6

The role of courts in balancing medical ethics and parents' rights

Dr. Mayada Mustafa Mohammed El-Mahrouqi

Associate Professor of Criminal Law,
College of Criminal Justice and Criminology
Naif Arab University for Security Sciences
Saudi Arabia

المستخلص

يستند مبدأ احترام إرادة المريض أو من ينوب عنه إلى اعتبارات أخلاقية وقانونية، تقوم في الأساس على مبدأ حرمة المساس بجسم الإنسان، واحترام حقه في الحياة وسلامته وكرامته. وتشكل حرية المريض في اختيار العلاج المناسب له مطلباً أخلاقياً وأساسياً يجب احترامه. ولكن توجد فئة خاصة من المرضى لا يمكن مشاورتهم أو الحصول على موافقتهم والاعتداد بإرادتهم وهم الأطفال، إذ يتخذ آباؤهم قراراتهم الطبية نيابة عنهم.

لذا؛ ففي الحالة التي يسعى فيها الوالدان إلى الحصول على علاج لأبنائهم، ويقابله رفض من قبل الطبيب المعالج، فينبغي للدولة أن تتدخل عن طريق المحاكم لتحديد ما يحقق مصلحة الطفل الفضلى. وهو ما سنحاول إبرازه من خلال مناقشة التحديات القانونية والأخلاقية التي تواجه الأطباء والآباء فيما يتعلق باتخاذ القرارات الطبية المعنية بأطفالهم، عندما ينشأ نزاع بين الفريق الطبي والأسرة حول الخيار العلاجي الأفضل للطفل.

الكلمات المفتاحية: الأخلاق الطبية- حقوق الآباء- المصلحة الفضلى - استقلالية المريض - التحديات القانونية.

Abstract

The principle of respecting the will of the patient or their representative is based on ethical and legal considerations, fundamentally based on the inviolability of the human body and respect for the patient's right to life, safety, and dignity. The patient's freedom to choose the appropriate treatment is a fundamental ethical requirement that must be respected. However, there is a special category of patients who cannot be consulted, whose consent cannot be obtained, and whose will cannot be considered: children. Their parents make medical decisions on their behalf.

Therefore, in cases where parents seek treatment for their children and the treating physician refuses, the state should intervene through the courts to determine what is in the child's best interest. This is what we will attempt to highlight by discussing the legal and ethical challenges facing doctors and parents in making medical decisions for their children, when a dispute arises between the medical team and the family over the best treatment option for the child.

Key Words: Medical Ethics - Parental Rights - Best Interest - patient autonomy- Legal Challenges.

المقدمة

منذ أن أرسى أبقراط طباً يعتمد على المنطق، واشتملت مدونته على القواعد المهنية للطب- من بينها وجوب العمل لصالح المريض، وعدم تعريض حياته لخطر غير مبرر، وعدم التدخل في شؤونه واحترام كرامته- اعتبرت الأخلاق عنصراً أساسياً في مهنة الطب، وأصبح للنظريات الأخلاقية دوراً في تشكيل قرارات المرضى، حيث توفر لهم إطاراً لفهم حقوقهم والمبادئ التي تحكم قرارتهم، الأمر الذي يعزز من قيمة احترام استقلالية المريض ورغباته في اتخاذ القرارات الطبية المناسبة. ولأن التقدم العلمي يواصل تشكيل الطريقة التي يجب علينا أن نفكر بها، ينبغي أن نكون حذرين وبصفة خاصة عندما يكون لدينا الحق في اتخاذ القرار في مواجهة تلك التطورات المعرفية، لاسيما وأن أساس هذا التقدم هو إرشاد سياسة أفراد المجتمع وليس توجيه قراراتهم.

وقد أوجبت غالبية التشريعات على كل من يزاول مهنة الطب تأدية واجبات عمله بما تقتضيه المهنة من الدقة والأمانة ووفقاً للأصول العلمية والفنية المتعارف عليها، وبما يحقق العناية اللازمة للمريض مع عدم استغلال حاجته، ومزاولة المهنة لمصلحة الفرد والمجتمع في نطاق احترام حق الإنسان في الحياة وسلامته الجسدية وكرامته، مراعياً العادات والتقاليد المعمول بها.[1]

ولا تثور إشكالية إذا كان هذا المريض بالغ وقادر على التعبير عن إرادته، بينما ينشأ النزاع في حال إذا كان المريض طفلاً لا يمكن الاعتداد بإرادته لنقص أو انعدام تمييزه أو إدراكه، ويتولى اتخاذ قراره نائب عنه ونقصد هنا الوالدان بصفة خاصة. وفي

1 من بين تلك التشريعات- التشريع الإماراتي- قانون اتحادي رقم (5) لسنة 2019م في شأن تنظيم مزاولة مهنة الطب البشري. وكذلك نظام مزاولة المهن الصحية السعودي، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، ولائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 1439/1/2هـ.

المجال الطبي يسمح للآباء بالموافقة على العلاج من قبل متخصصي الرعاية الطبية نيابة عن أبنائهم، وهو ما أقرته العديد من المواثيق والتشريعات الوطنية والدولية، من بينها ما ورد في ثنايا الفقرة الأولى من المادة/ 18 لاتفاقية حقوق الطفل لعام 1989م، حيث نصت على أن "تبذل الدول قصارى جهدها لضمان الاعتراف بمبدأ أن كلا الوالدان يتحملان مسؤوليات مشتركة عن تربية الطفل ونموه، ويقع على عاتق الوالدين أو الأوصياء القانونيين المسؤولية الأساسية عن تربية الطفل ونموه، وتكون مصالح الطفل الفضلى موضع اهتمامهم الأساسي".[1] كما عرف الدليل الإرشادي للمعايير السعودية للرعاية الصحية المرتكزة على الإنسان لعام 2021م، أن المقصود بتلك الرعاية هو التركيز على الرعاية الصحية المقدمة حول متطلبات المريض وعائلته، بناء على بيئة صحية مشجعة لمشاركة المريض وذويه، مع الحرص على تلبية جميع احتياجات المجتمع المحيط بالمنشأة الصحية.[2] يعني ذلك أن المريض وعائلته شركاء في تخطيط وتطوير وقياس الرعاية الصحية المقدمة لتكون مناسبة لمتطلباتهم واحتياجاتهم، أي أن يكون لجميع الشركاء رأي في عملية اتخاذ القرار، مع إيلاء العناية اللازمة لاحترام عادات وثقافات المريض وعائلته.

ومع ذلك لا يسمح للآباء في جميع الأحوال الإصرار على قراراتهم إذا ثبت أنها لا تصب في مصلحة الطفل الفضلى، وهو ما ورد النص عليه ضمن المادة (L111-5) من قانون الصحة العامة الفرنسي بقولها "يجوز للطبيب الاستغناء عن الحصول على موافقة الوالدين فيما يتعلق بالقرارات الطبية التي يجب اتخاذها، عندما يكون الإجراء الوقائي، أو الفحص، أو التشخيص، أو العلاج، أو التدخل ضرورياً لحماية

---

1 اتفاقيه حقوق الطفل لعام 1989م، دخلت حيز التنفيذ في سبتمبر 1990م.

2 الدليل الإرشادي "المعايير السعودية للرعاية الصحية المرتكزة على الإنسان" الصادر عن وزارة الصحة السعودية، بتاريخ 2021/12/2م.

صحة الطفل". وأكدت المادة (R4127-43) من نفس القانون على أنه "يجب على الطبيب أن يكون المدافع عن الطفل عندما يجد أن مصالح الطفل الصحية غير واضحة وغير محمية من قبل من حوله". وفي نظام مزاولة المهنة السعودي نصت المادة/ 9 منه على أنه "يجب أن يستهدف العمل الطبي دائماً مصلحة المريض".[1]

الأمر الذي خلق تبايناً بين قرارات الآباء ومقدمي الخدمة الطبية بسبب التحيز الطبي، خاصة وأن مجال الرعاية الطبية لا يتمتع الآباء بحقوق فقط، بل لديهم التزامات تجاه أبنائهم، وهو ما يسمح لهم بالوفاء بمسؤولياتهم في رعاية هؤلاء الأبناء، ومن ثم ينبغي إشراك المرضى وأسرهم في جميع مستويات الرعاية الطبية، بدءاً من التخطيط للعلاج وانتهاءً بالموافقة المستنيرة، كونها عملية مشتركة بين الطرفين. ولأن الدور الأساسي للمحاكم هو ترسيخ مبادئ العدالة وضمان سيادة القانون، كان لزاماً أن تتدخل لفض النزاع الذي ينشأ بين مقدمي الخدمة الصحية وبين الآباء في حالة وجود خلاف عند اتخاذ القرار الطبي المناسب نيابة عن الطفل.

إشكالية البحث وتساؤلاته:

إن المساس بجسم الإنسان في غير الحالات التي حددها القانون تمثل انتهاكاً صارخاً لحقه في الحياة والسلامة الجسدية، لاسيما إذا تم ذلك بطرق تعسفية ودون مبرر، ومع اعتراف التشريعات بأحقية الوالدين ومسؤوليتهم عن صحة ورفاهة أبنائهم بالنيابة، ثارت حدة النزاع في الآونة الأخيرة بين الآباء ومقدمي الرعاية الصحية، خاصة في ظل التطور التقني والتكنولوجي في عالم الطب، والذي أدى إلى اتساع الأعمال الطبية واختلاف الرؤى حول القرار الطبي المناسب، مما أدى إلى اللجوء إلى المحاكم نتيجة عدم وجود تعريف واضح لما يشكل مصلحة فضلى. الأمر الذي يثير إشكالية

1 نظام مزاولة المهن الصحية السعودي، مرجع سابق، المادة/ 9.

أساسية تدور حول التساؤل الرئيس الآتِ: كيف تلعب المحاكم دوراً في إعمال التوازن بين حقوق الآباء وقرارات مقدمي الخدمة الصحية فيما يتعلق بتحقيق مصلحة الطفل الفضلى عند اتخاذ قراره العلاجي؟

وينبثق عن الإشكالية الأساسية عدة تساؤلات تتمثل فيما يلي:

- ماذا يقصد بالمبادئ الفضلى للأخلاقيات الطبية؟
- كيف يتم ضمان حماية رفاهة الطفل المريض؟
- ما التحديات التي تواجه الأطباء عند تعارض رغبات الآباء مع المصالح الفضلى للأبناء؟
- ما المبررات التي تعطي الدولة الحق في التدخل عن طريق المحاكم في قرارات الوالدين؟
- كيف يتم إعمال التوازن عند التعارض بين قيم الوالدين وقرارات المحاكم؟

أهداف البحث:

يرتكز التأمل الفلسفي في الإطار الأخلاقي لمهنة الطب حول بحث الأهداف التي تنصب على الالتزامات الأخلاقية الطبية، كون وجود مهنة الطب هي في المقام الأول لرعاية المرضى في مجال تعزيز صحتهم ورفاهتهم. ولا تمارس هذه المهنة إلا في إطار من التفاعل بين الأطباء والمرضى؛ وهو ما ينتج عنه وجود علاقة بين الطبيب والمريض - خاصة إذا كانوا هؤلاء المرضى هم أطفال- الأمر الذي يلزم معه الاعتراف بالأخلاقيات الطبية التي تشكل جزءاً هاماً في تلك العلاقة، والطريقة التي تمارس بها تلك الأخلاقيات.

لذا؛ تكمن أهداف البحث في دراسة المبادئ الأخلاقية الطبية التي تحكم قرارات العلاج المقرر للطفل، إضافة إلى مناقشة الحالات التي ينشأ فيها نزاع يرتبط بمصلحة

الطفل ورغبات الوالدين وقرارات الأطباء، رغبة في اقتراح حلول تعزز حماية حقوق الطفل وضمان مصالحه الفضلى.

أهمية البحث:

تنشأ أهمية البحث من ناحيتين: الأولى وهي إثراء المعرفة حول فهم العلاقة بين قوانين الطب وأخلاقياتها، والتعرف على كيفية تفاعل المحاكم وتدخلها لحسم مثل هذه القضايا في ظل احترام حقوق الآباء في اتخاذ قرارات أبنائهم، بما يسهم في تقديم توصيات قد تساعد في تطوير آليات قانونية وصياغات جديدة تدعم القرارات التي تضمن حماية حقوق الأبناء الصحية وتوازنها مع حقوق الآباء.

وثمة أهمية أخرى؛ تتمثل في تحليل الظروف التي يكون فيها الأطباء مبررين في تجاوز القرارات الطبية للوالدين واللجوء إلى تدخل المحاكم، ومن ثم السعي نحو إظهار دور المحاكم في معالجة التباين الذي ينشأ بين الطرفين، والتي يجب أن تتوافق قراراتها مع حقوق الأفراد الإنسانية.

منهج البحث:

اعتمد البحث على المنهج الوصفي التحليلي، وذلك من خلال وصف وتحليل القواعد الأخلاقية والقانونية التي تحكم عملية تقديم الرعاية الطبية، ومبررات حقوق الآباء في التدخل باتخاذ قرارات أبنائهم الطبية. فضلاً عن اتباع المنهج المقارن في بيان النهج الذي صارت عليه التشريعات المقارنة وأقرته المحاكم في قراراتها.

تقسيم البحث:

- المبحث الأول: مدلول الأخلاقيات الطبية في مجال الرعاية الصحية للطفل
  - المطلب الأول- المبادئ الفضلى للأخلاقيات الطبية المتعلقة بالطفل
  - المطلب الثاني- شرعية حق الوالدين في اتخاذ القرارات الطبية نيابة عن أبنائهم
- المبحث الثاني: تدخل المحاكم في فصل النزاعات بين مقدمي الرعاية الصحية والآباء
  - المطلب الأول- التوازن العادل بين المصالح المتعارضة
  - المطلب الثاني- الجدل في المحاكم بشأن التدخل في قرارات الآباء الطبية

المبحث الأول

مدلول الأخلاقيات الطبية في مجال الرعاية الصحية للطفل

تمهيد وتقسيم:

تشتمل الأخلاقيات الطبية على العلاقة التي تتوافر بين الطبيب والمريض في فترة العلاج. وفي ظل استخدام التكنولوجيا في مجال الطب، يواجه الأطباء - يوماً بعد يوم- قرارات شديدة الصعوبة تتعلق بعدم اليقين السريري والأخلاقي[1]، لاسيما مع كثرة الاتجاهات وتعارض الآراء والذي أدى بطبيعة الحال إلى التضارب في اتخاذ القرار.

ومع ذلك ففي الحالات التي يتخذ فيها قرار بإنهاء الحياة، لا يكون القرار الأخلاقي خياراً حراً وصحيحاً في جميع الأحوال، حيث يتأثر هذا القرار بالعاطفة وبالمعتقدات وقيم الوالدين الأخلاقية، بل وتطلب ما يثبت توافر دليل يقضي على حالة عدم اليقين السريري والأخلاقي.[2] ويعزى ذلك؛ إلى أن الرغبة من صنع القرار المشترك هو التوفيق بين البعد الفني للإجراءات الطبية والقيم التي ينطوي عليها القرار، أي تحقيق الموائمة بين قيم الوالدين ومعتقداتهم والقيم المرتبطة بالعلاج المقترح من جانب الأطباء، مع الأخذ في الاعتبار أن يكون الاختيار المناسب دائماً هو الذي يصب في مصلحة الطفل الفضلى.

بناء على ما تقدم، سوف نتناول هذا المبحث من خلال مطلبين على النحو التالي:

- **المطلب الأول: المبادئ الفضلى للأخلاقيات الطبية المتعلقة بالطفل.**

---

1 حسين علي، "فلسفة الطب". الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، سنة 2009م، ص 15.

2 Norbert J. Weidner, MD, and Diane M. Plantz, MD, MA." Ethical Considerations in the Management of Analgesia in Terminally Ill Pediatric Patients". Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 48 No. 5 November 2014.p 33.

- **المطلب الثاني: شرعية حق الوالدين في اتخاذ القرارات الطبية نيابة عن أبنائهم.**

المطلب الأول
المبادئ الفضلى للأخلاقيات الطبية المتعلقة بالطفل

أدى ظهور الاتجاهات الحديثة نحو إرساء مفاهيم كرامة المريض وخصوصيته واستقلالية قراره، إلى التغير في سياسة اتخاذ القرار الطبي، وذلك بتطلب مشاركة المريض أو من ينوب عنه مع طبيبه في اتخاذ قراره الطبي. ومازالت المصلحة الفضلى مبدأ قانوني يناقشه الفقه في لغة الواجب القانوني- خاصة فيما يرتبط بتحديد الواجبات القانونية الائتمانية أي التي تقوم على الثقة- سواء بالنسبة للآباء أو الأطباء، لاسيما وأن الحقوق لها علاقة متغيرة بالمصالح الفضلى.

أولاً: الصحة ورفاهه المريض:

تعرف منظمة الصحة العالمية "الصحة" بأنها "حالة من الرفاهة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليس مجرد غياب المرض أو العجز". وتضمن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948م النص على أن "لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته".[1] وأكد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966م النص على "حق تأمين نمو الطفل نمواً صحياً".[2] ويشير ذلك إلى أن العمل الأساسي للطبيب يتمثل في تعزيز المصلحة الصحية ورفاهة المريض، وهو ما يفسر العلاقة الائتمانية التي تلزم الطبيب بالتنحي عن مصالحه الخاصة، وممارسة معارفه ومهارته في تعزيز مصالح المريض الذي من

---

1 المادة/ 25 الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948م.

2 المادة/ 12 العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966م.

المفترض أن يتلقى المزايا في تلك العلاقة الائتمانية[1]، الأمر الذي يلزم الأطباء بخدمة مصالح المرضى على أفضل وجه.

ويتجه الفقه إلى أن هذا المفهوم واسع إلى حد كبير، ويشمل جميع جوانب الشخص وليس صحته البدنية فحسب، ويؤكد ذلك ما ورد النص عليه ضمن المادة/ 2 من قانون حماية الطفل الأمريكي لعام 2021م، قولها "ضمان الرفاهة والأمن بما في ذلك الأمن الاقتصادي والتعليم والتنمية والصحة"[2]. لذا؛ حاولوا وضع تفسيرات للرفاهة باعتبارها مجرد تحقيق للرغبات والتطلعات الإنسانية من حيث الارتباط بنظرة الشخص إلى الخير والقيم التي يقوم عليها، وبناء على ذلك فإن رفاهة الشخص ترتبط بمدى تحقيقه لأهدافه المعلنة، ووجهات نظره فيما يتعلق بقيم الخير[3]. وثمة رأي آخر يرى أن "الرفاهة" ترتبط بمقاييس قابلة للملاحظة وأكثر موضوعية للأداء الطبيعي للشخص[4].

يوجهنا ذلك نحو أمرين وثيقي الصلة بمفهوم الصحة والرفاهة، يتمثل الأول: في العنصرين المرتبطين بنظرة الشخص إلى الخير وإلى قيمه المتعلقة بهذا الخير. أما الثاني: فيتمثل في العنصرين المتمثلين بالأداء الطبيعي وغياب إرادة المريض. ويشير ذلك إلى أهمية الأخذ في الاعتبار ما هو مهم بالنسبة للمريض - فيعد من قبيل الأذى

---

1 Johan Christiaan Bester. “The best interest standard and children: clarifying a concept and responding to its critics”. Bester JC. J Med Ethics. 2018. p 46.

2 Children’s Protection Act of 2021 (H.R. 3716) 117th Congress (2021-2022). Retrieved:18/3/2025. https://www.congress.gov/bill/117th-congress/house-bill/3716/text

3 Hariyani, S. “Sengketa medik: alternatif penyelesaian perselisihan antara dokter dengan pasien. Diadit Media”. Safitri Hariyani- Jakarta: Diadit Media.2005, p 122-156.

4 Cooper R, Koch KA (1996). Neonatal and pediatric critical care: ethical decision making. Crit Care Clin. 1996, p 32.

الحالة التي يتم فيها فرض قرارات تتعارض مع رغبات المريض وقيمه- حيث إن أحد العناصر الهامة للرفاهة هو أخذ قيم الشخص ورغباته في الحسبان، أي الوصول إلى الحد الأدنى الكاف في كل من الأبعاد المتمثلة في الصحة، الأمن الشخصي، المنطق، الاحترام، التعلق، وتقرير المصير.[1]

وإذا ضيقنا النقاش حول ما يتعلق برفاهة الطفل، فسنجد أن فكرة تقرير المصير وقيم الشخص تختلف في أمور كثيرة بالنسبة للأطفال؛ كونهم غير قادرين على تقرير مصيرهم، وإن كانوا قادرين على ذلك في المستقبل[2]. ونظراً للطبيعة الخاصة لرفاهة الطفل، فإن الأطفال لديهم اهتمامات أخرى تتعلق برفاهتهم تشتمل على عنصرين رئيسيين هما. الأول: اهتمامات الطفل المباشرة بما في ذلك (الأداء الطبيعي- التحرر من المعاناة والألم- المتعة)، أما الثاني: فيتعلق بالاهتمامات المستقبلية المرتبطة بالنمو والازدهار مستقبلاً.

ترتيباً على ذلك ينبغي أن نعي أن الالتزامات المرتبطة بتعزيز الفوائد وتجنب الضرر، وكذلك التزامات المصلحة الفضلى تشكل مبادئ أخلاقية عامة وواسعة النطاق، توجب على الأطباء -في جميع الأحوال- الالتزام بها ما لم يكن هناك سبب أخلاقي قوي يمنعهم من هذا الالتزام.

ثانياً: المصلحة الفضلى والضرر الجسيم عند اتخاذ القرارات الطبية:

ورد مصطلح المصلحة الفضلى للطفل في العديد من المواثيق الدولية والتشريعات الوطنية، حيث نصت المادة/ 3 من اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989م على أن "في

---

1 Maxwell J Smith. How 'Ought' the Best Interests of Children be Considered in Medical Decision-making? Canadian Journal of Bioethics, June 2024 -7(2-3), p222.

2 Johan Christiaan Bester. "The best interest standard and children: clarifying a concept and responding to its critics". Bester JC. J Med Ethics. 2018.p 12-13.

جميع الإجراءات التي تتعلق بالأطفال يولي الاعتبار الأول لمصالح الطفل الفضلى". واستخدمت المادة/ 4 من الميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهة الطفل لعام 1990م، مصطلح مصالح الطفل المثلى بقولها "في كافة الأفعال التي تتعلق بالطفل والتي يتعهد بها أي شخص أو أي جهة تأخذ مصالح الطفل المثلى الاعتبار الأولى"[1]. كما ورد التأكيد على ضمان مصالح الطفل الفضلى ضمن المبادئ التوجيهية للرعاية البديلة للأطفال للأمم المتحدة لعام 2009م، في الفقرة/ 103 تحت بند "المسؤولية القانونية عن الطفل" قولها "ينبغي أن يكون الأشخاص الذين يمارسون المسؤولية القانونية عن الطفل في وضع يمكنهم من اتخاذ قرارات مستقلة ونزيهة تحقق المصالح الفضلى وتعزز رفاه جميع الأطفال وتحميهم".[2]

وورد النص في قانون الطفل المصري رقم 12 لسنة 1996 م والمعدل بالقانون رقم 126 لسنة 2008م، على أن " تكون لحماية الطفل ومصالحه الفضلى الأولوية في جميع القرارات والإجراءات المتعلقة بالطفولة أيا كانت الجهة التي تصدرها أو تباشرها".[3] ولم يختلف عنه القانون الإماراتي رقم (3) لسنة 2016م بشأن حقوق الطفل، حيث شدد على جميع السلطات والجهات المعنية تأمين حقوق الطفل وحماية مصالحه الفضلى".[4] وتضمنت القوانين الأمريكية كقانون منع إساءة معاملة الأطفال

---

1 الميثاق الإفريقي لحقوق ورفاهة الطفل لعام 1990م، دخل حيز التنفيذ في 29 نوفمبر 1999م.

2 المبادئ التوجيهية للرعاية البديلة للأطفال- الصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في 18 ديسمبر 2009م، الدورة الرابعة والستون، بناء على تقرير اللجنة الثالثة رقم (A/64/434).

3 المادة/ 3 قانون الطفل المصري رقم 12 لسنة 1996 م والمعدل بالقانون رقم 126 لسنة 2008م (مستبدلة بالقانون رقم 126 لسنة 2008 - الجريدة الرسمية العدد 24 مكرر في 15 يونية سنة 2008 م).

4 المادة الثانية، قانون اتحادي بدولة الإمارات العربية المتحدة رقم (3) لسنة 2016 م بشأن حقوق الطفل "وديمة".

وإهمالهم (CAPTA)، و قانون التبني ورعاية الأسرة الآمنة (ASFA)[1] وجوب توفير الرعاية المناسبة للأطفال وضمان حماية حقوقهم في جميع الولايات، مع الأخذ في الاعتبار المصلحة الفضلى للطفل.[2]

إلا أنه لا يوجد إجماع بين الفقه حول مفهوم مبدأ "المصلحة الفضلى"، بينما يتم النظر إليه على أنه القرار الذي يهدف إلى تعزيز أقصى قدر من رفاه المريض. وعلى إثر ذلك فالمصلحة الفضلى هي المفهوم الأساسي الموجه نحو التدخل في صنع القرار الطبي للوالدين- مع مراعاة أن تكون مثالاً تنظيمياً، دون أن تكون متطلباً صارماً يتم تنفيذه بطريقة حرفية- حيث يحق للوالدين أن يأخذوا في اعتبارهم مصالحهم الذاتية والتزاماتهم تجاه أطفالهم الآخرين.[3]

ويستخدم جانب من الفقه "مبدأ الضرر" كمصطلح بديل للمصالح الفضلى؛ مبررين ذلك بأن المصالح الفضلي لا يمكن تحديدها بشكل واضح، بينما الضرر هو المفهوم الأخلاقي الأساسي الذي تدور حوله الإشكالية الرئيسية في التدخل في قرارات الآباء. ويشير مبدأ الضرر إلى الوقت الذي تشكل فيه عملية اتخاذ القرار ضرراً وشيكاً على الطفل، وهو ما يمثل أحد أسباب تقييد سلطة الوالدين في اتخاذ القرار الطبي نيابة عن أطفالهم. ونستطيع استخلاص مفهوم الضرر من مشروع قانون المسؤولية

---

1 Adoption and Safe Families Act (ASFA), November 1997. Retrieved: 1/83/2025. https://acf.gov/

2 The Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA). Retrieved: 1/83/2025. https://acf.gov/

- قانون منع إساءة معاملة الأطفال ومعالجتهم (CAPTA)، وتعديلاته بموجب المادة 133 ضمن الباب الأول من قانون إعادة تفويض منع وحماية ضحايا الاتجار بالبشر لعام 2022م، والقانون العام 117-348، الصادر في 5 يناير 2023م.

3 Buchanan AE, Brock DW. "Deciding for others: the ethics of surrogate decision making". Cambridge: Cambridge University Press, 1989, p 32.

الطبية وحماية المريض المصري حينما عرف المضاعفات الطبية في مادته الأولى/الفقرة (6) بأنها "تطور غير مرغوب للحالة الصحية لمتلقي الخدمة الطبية أثناء أو بسبب تقديم الخدمة الطبية، دون ارتباط سببي أو شرطي بفعل مقدم الخدمة أو مهاراته". وعرفت أيضاً الفقرة (7) من ذات القانون الحالة الطارئة بأنها "حدث طبي مفاجئ لأحد الأشخاص، يشكل خطراً حاداً على حالته الصحية يتطلب تدخلاً طبياً".[1] فيمكننا في هذه الحالات تحديد توافر الضرر الحقيقي والوشيك على صحة الطفل التي تبرر التدخل في قرار الوالدين في ظل توافر حكم طبي صريح يقرر مقدار الضرر وآثاره.

ويراعى في الحالة التي يختار فيها الآباء معيار المصلحة الفضلى يجب ألا يرتب هذا الاختيار ضرراً للطفل، وهو ما أكدته أحكام القضاء، حينما تم التوصل في قضية Indi Gregory [2]، إلى أن العلاج الذي اختاره والدا الطفلة لم يكن في مصلحتها الفضلى، حيث كانت الطفل تعيش على أجهزة دعم الحياة، وتعاني من اضطرابات غير قابلة للشفاء، ووجدت المحكمة أن الفوائد التي ستعود عليها من العلاج الذي اختاره الوالدان تفوق الألم الذي ستعاني منه.

ومع ذلك يوجد أوجه قصور في الاستخدام الذاتي لمعيار المصلحة الفضلى، ففي قضية Charlie v UPMC حُرم والدا الطفل من الحصول على موافقة للسعي إلى تطبيق علاج تجريبي، استناداً إلى أن فرصة نجاحه ضئيلة، وكان رأي الفريق الطبي أن مصلحة الطفل الفضلى تستدعي أن يتوقف عن العلاج الداعم الذي يتلقاه، فإذا كان خيار العلاج لا يزال موجوداً، إلا أن الفائدة منه تفوق الضرر.[3]

---

1 مشروع قانون المسؤولية الطبية وحماية المريض المصري، وافق عليه مجلس الشيوخ المصري في 2024/12/23م.

2 Indi Gregory, Cas No: FD23P004452. Royal courts of justice strand, London, WC2A.2LL, 8 November 2023.

3 Weaver MS, October T, Feudtner C, Hinds PS. "Good-parent beliefs": research, concept, and clinical practice. Pediatrics. 2020;145(6). P 13.

في مقابل ذلك؛ رفعت إحدى العائلات الفرنسية دعوى أمام المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان ضد الحكومة الفرنسية في قضية Meyer v. France لسنة 2021م،[1] بعد فرضها التطعيم الإلزامي ضد فيروس كرونا -Covid 19 لجميع الأطفال، بما في ذلك غير المصابين بالفيروس؛ مستندين إلى أن اللقاح المضاد للفيروس يشكل تهديداً وضرراً لصحة أطفالهم، وعلى الرغم من ذلك اعتبرت المحكمة أن اللقاحات من تدابير الصحة العامة والضرورية، وأكدت حق الحكومات في اتخاذ ما تراه من تدابير ضرورية لتأمين الصحة العامة بما في ذلك صحة الأطفال، وبصفة خاصة في حالات الطوارئ. وجاء ذلك تطبيقاً لنص المادة (R4127-37-2) من قانون الصحة العامة الفرنسي الذي اشترط على الطبيب أن يشرك القرار الطبي مع المسؤول عن السلطة الأبوية للطفل، باستثناء حالات الطوارئ.

ونلاحظ عدم وجود سوابق قضائية تعَرف ما هو العلاج الطبي المناسب الذي تستطيع المحكمة أن تقرر بناءً عليه أن فوائده تفوق الألم الذي يمكن أن يعاني منه الطفل. لذا حاول الفقه منح مفهوم له يدور حول "العلاج الذي يفيد المريض"، واستندوا في ذلك إلى القرار الصادر في قضية R v. BM،[2] حيث وجدت المحكمة عدم وجود استثناء في الحالة التي تجرى فيها جراحة اعتماداً على الموافقة على العلاج، دون وجود سبب مقبول، كما أن تركيز القانون الجنائي لا يقتصر على الجراحة فحسب، بينما يتعلق بجوانب أخرى ترتبط بالعلاج وبالرعاية الطبية. مؤدى ذلك؛ أن العلاج لا يكون علاجاً طبياً مناسباً، متى تسبب في إحداث ضرر جسدي فعلي، حتى ولو لم يكن هذا الضرر جسيماً.

---

1 Meyer v. France, (2021). https://www.canlii.org/en/.

2 R v BM [2018] EWCA Crim 560.

وهو ما اعتنقته المحكمة في قضية Nottingham Hospitals v Gregory،[1] حينما قررت أن العلاج الذي سعى الوالدان إلى خضوع الطفل له، لم يكن في مصلحته الفضلى؛ كون الطفل يتلقى أجهزة دعم لحياته بسبب إصابته باضطرابات خطيرة غير قابلة للشفاء، ووجدت المحكمة أن فوائد العلاج التي يفضلها الوالدان يفوق الألم الذي يعاني منه الطفل، وسوف تكون هناك حالات لا يكون فيها من مصلحة الطفل إخضاعه لعلاج من شأنه أن يسبب معاناة متزايدة، ولا ينتج عنه فائدة متناسبة، مع مراعاة التوازن بين مصلحة الطفل ورغبته في البقاء على قيد الحياة.

المطلب الثاني
شرعية حق الوالدين في اتخاذ القرارات الطبية نيابة عن أبنائهم

عندما يتم وزن مصالح الأفراد ومصالح أفراد الأسرة الآخرين، فإن الأساس القائم على تجنب الضرر يوفر إطاراً أخلاقياً وقانونياً لتقييم القرارات الطبية المتعلقة بالأطفال. ولعل ذلك ما يظهر الحكم الذاتي لسلطة الآباء في اتخاذ القرارات الطبية عن أبنائهم، حيث يعبر الحكم الذاتي عن مفهوم الاستقلالية الفردية، في ظل العلاقة المرتبطة بصنع القرار الطبي. فعند صنع القرار الطبي يتم الموازنة بين رفاهة الأسرة وأولوياتها وصنع الأهداف الفردية، وفي هذه الحالة يجب الإجابة عن تساؤل هام: هل الاستقلالية في اتخاذ القرار تمثل رغبة في التحكم فقط، أم أنها طريقة يتم استخدامها للتعبير عن مشاعر الأسرة التي تكون مضطرة لذلك؟

إن عدم وجود تصورات متوافقة بين الوالدين حول الحالة الطبية الحقيقية

1 Nottingham University Hospitals NHS Foundation Trust v Gregory & Ors (2023), EWHC 2556 (Fam);
https://www.judiciary.uk/.

للطفل، وآمالهم في شفائه، يشكل عائقاً عند صنع القرار. في حين يرى البعض أن أي محاولة للتأثير على قرار شخص يعد بمثابة تقييد للاستقلالية، وأن محاولات التأثير والإقناع تهدف إلى التأثير على القرارات الفردية، والتي يمكن أن يكون مسموحاً بها أخلاقياً.[1]

أولاً: استقلالية الوالدين في اتخاذ قرارات أبنائهم الطبية:

اعتماداً على مبدأ الوصاية القانونية، يكون للوالدين الحق في اتخاذ قرارات أبنائهم ومن بينها القرارات الطبية، ولعل احترام إرادة المريض -وبصفة خاصة من يقومون بتمثيله- يعد التزاماً قانونياً وأخلاقياً، يهدف إلى تعزيز الثقة بين المريض ومقدمي الخدمة الطبية. وعرف القانون المدني الفرنسي بموجب المادة/ 1-371 السلطة الأبوية بأنها "مجموعة من الحقوق والواجبات التي تهدف إلى تحقيق مصالح الطفل، وعلى الوالدين إشراك الطفل في القرارات التي تخصه وفقاً لعمره ومستوى نضجه".[2] ويؤكد شرعية مبدأ الوصاية ما تضمنته أيضاً المادتان (373-373) من القانون المدني الفرنسي بقولها "أن كلا الوالدين لهما حق ممارسة السلطة الأبوية على طفلهما بشكل مشترك، سواء كانا يعيشان معاً أو لا، ما لم يصدر قرار قضائي يعهد إلى أحدهما بممارسة هذه السلطة أو يأذن لأحدهما بالتصرف منفرداً فيما يتعلق بالقرارات المتعلقة بالطفل". ونصت المادة /15 من نظام حماية الطفل السعودي على أنه "يعد والدا الطفل - أو أحدهما، أو من يقوم على رعايته - مسؤولين في حدود

---

1 Douglas L. Hill and others. “Parental Concordance Regarding Problems and Hopes for Seriously Ill Children: A Two-Year Cohort Study”. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 53 No. (5 May 2017). P 16.

2 Code civil- ReplierLivre Ier: Des personnes (Articles 7 à 515-13-1) Article 371-1Version en vigueur depuis le 21 février 2024- Modifié par LOI n°2024-120 du 19 février 2024 - art. 1

إمكاناتهما المالية وقدراتهما عن تربيته وضمان حقوقه، والعمل على توفير الرعاية له، وحمايته من الإيذاء والإهمال".[1]

ولعل أحد أهم الضرورات التي تضمن شفافية هذه العلاقة هو مبدأ "الموافقة المستنيرة"، والذي يُمكن المريض أو من ينوب عنه من القدرة على اتخاذ قراره، بعد منحه كافة المعلومات حول العلاج المقترح، وامتلاك القدرة على اتخاذ القرار بشكل طوعي، ويشكل ذلك انعكاساً لمبادئ استقلالية وحرية الاختيار.[2] وورد مفهوم الموافقة المستنيرة في المادة/1-8 من مشروع قانون المسؤولية الطبية وحماية الطبيب المصري على أنها "التعبير المكتوب المبني على إرادة حرة وطوعية كاملة والصادر عن متلقي الخدمة إذا كان كامل الأهلية أو من وليه أو الوصي أو القيم عليه إذا كان عديم الأهلية أو ناقصها، فإن تعذر فمن أحد أقاربه حتى الدرجة الثانية، والذي يتضمن الموافقة الصريحة على تلقي الخدمة الطبية أو رفض تلقيها بعد إعلامه وتبصيره بجميع جوانبها، متضمناً على الأخص الآثار والأخطار المحتملة التي قد تؤثر على قراره ". وتضمنت المادة/ 4 من القانون الإماراتي بشأن المسؤولية الطبية النص صراحة على تبصير المريض بخيارات العلاج المتاحة.[3]

ويفرق الفقه بين مصطلحين متشابهين هما "الإعلام" و "التبصير"، ويعد المصطلح الأخير أكثر دقة، فإعلام المريض يتم قبل إبرام العقد، ويقتصر على تبليغ المريض أو

---

1 المادة/ 15- من الفصل الرابع " حق الطفل في الرعاية والمسؤولية تجاهه". نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم ملكي رقم (م/14) بتاريخ 3 / 2 / 1436هـ- 2014م.

2 لؤي فارس سيد إبراهيم، "دور إرادة المريض في الممارسة الطبية"، المجلة العربية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الخامس والعشرون، الجامعة الإسلامية، لبنان، سنة 2024م، ص 14.

3 مرسوم بقانون اتحادي رقم (4) لسنة 2016م بشأن المسؤولية الطبية. الجريدة الرسمية العدد (601) بتاريخ 15 أغسطس 2016م.

من ينوب عنه بما سيقدم عليه، بينما تبصيره يمتد لتنفيذ العقد، بل وتنفيذ الطبيب للالتزامات المكلف بها، حتى يتمكن من اتخاذ قراره بقبول العلاج أو الرفض عن فهم وإدراك جيد، وعلى بصيرة مستنيرة بعواقب هذا التدخل[1]. وينبئ ذلك عن البعد الأخلاقي لمصطلح الاستنارة، والذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمفهوم الوعي الذي يعرف على أنه "إدراك المرء لذاته وأفعاله إدراكاً مباشراً"[2].

ويشبه استقلال الوالدين -في كثير من الأحيان- استقلال المرضى البالغين، ومع ذلك يختلف في بعض الأمور، فإذا كان المرضى البالغون لديهم الحق المطلق في رفض العلاج الطبي لأنفسهم، إلا أن الوالدين لا يمكنهم رفض جميع العلاجات التي يمكن أن تقدم إلى أبنائهم. على سبيل المثال: في قضية Michigan [3]، رفض زوجان من ولاية ميتشغان الأمريكية العلاج الطبي لطفلتهما حديثة الولادة، والتي كانت مصابة بمرض اليرقان لدى حديثي الولادة، ومع ذلك رفض الوالدان علاج الطفلة معتقدين شفاؤها عن طريق الصلاة والدعاء، ولكن توفت الطفلة بعد يومين من مضاعفات مرض اليرقان، في حين أنها كانت حالة طبية يسهل علاجها، وتم توجيه اتهام للوالدين بتهمة القتل غير العمد للطفلة. وهو ما يؤكد أن الوالدين ليس لهما الحق الكامل في رفض العلاج.

---

1 مراد صغير، "مدى التزام الطبيب بتبصير المريض، دراسة علمية تأصيلية مقارنة"، مجلة الحقوق، الكويت، المجلد 34، العدد (4)، سنة 2010م، ص 22.

2 إبراهيم مدكور "المعجم الفلسفي"، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، جمهورية مصر العربية، سنة 1983م، ص 69.

3 Castleberry, C. (2017) 'God makes no mistakes': Christian couple in Michigan are charged with manslaughter after they refused jaundice treatment for their newborn daughter. Published: 22:25 GMT, 28 September 2017. Retrieved 23 Nov 2024. http://www. daily mail. co.uk/news/article-4930978/Jaundice-kills-baby-parents-refuse-treatment-her.html.

إلا أنه يمكن الاستناد إلى آراء الوالدين وأخذها في الاعتبار في حال معرفتهم الجيدة بالطفل، فقد تكون آراء الوالدين ذات صلة وثيقة بحياة الطفل الحقيقية، لذا؛ يحق لهم تقدير ما إذا كان من الأفضل إبقاءه حياً أو تركه ليموت- مع الأخذ في الاعتبار قد يختلف تقييم الوالدين عن تقييم الطبيب المعالج- ففي قضية Charlie v. the United Kingdom[1] على الرغم من أن القاضي وجد قيمة في وجهة نظر الوالدين فيما يتعلق باستكمال علاج ابنهما المصاب بضعف عضلي شديد، إلا أنه ميز بين وجهة نظر الوالدين ورغبتهما. وهو ما يطرح تساؤلاً هاماً: هل هناك فارق بين وجهة نظر الوالدين وبين رغبتهما؟ وهل توجد علاقة بين تلك الرغبات والمصالح الفضلى للطفل؟

في قضية Charlie أمضى والدا الطفل أياماً عديدة بجوار ابنهما معتقدين أنه مدرك لكل ما يحيط به ويستجيب له، ومع ذلك كان تقييم الأطباء آنذاك أن الطفل يوجد في العناية المركزة، ولم يكن يستجيب لأي أمور تحدث حوله، وفي هذه السابقة اقتنع القاضي بتقييم رأي الأطباء وبالأدلة التي تقدموا بها.

في مقابل ذلك أشاد القاضي في قضية A Local Health Board v Y[2] بأهمية رعاية أسرة الطفلة Y وتفانيهما في دعم رفاهيتها، وضمان القيام بكل ما يمكن من أجلها، حيث كانت تبلغ من العمر ثماني سنوات وتعاني من ضمور عضلي في العمود الفقري، ورأى القاضي أنه لولا تلك الرعاية لماتت الطفلة منذ سنوات عديدة. ومع ذلك تتجه المحكمة إلى أن وعلى الرغم من أهمية الرعاية اللازمة للطفل، إلا أنه توجد حدود لممارسة حق الوالدين في هذه الحالة، وخاصة عندما يتعلق الأمر برفاهة الطفل، بما يتسبب في زيادة معاناة الطفل أو منعه من التمتع بالفوائد المترتبة على استمرار

1 Charles Gard and Others v the United Kingdom: Application No 39793/17: European Court of Human Rights (First Section).2018.

2 A Local Health Board v Y (A Child) and Others (2016). EWHC 206 (Fam).

حياته، وكان حكم المحكمة في هذه السابقة هو ترجيح علاج الطفلة وتأييد قرار الوالدين.

ومع ذلك قد يجد الوالدان تعارضاً بين مصلحة الطفل ومصالح أفراد الأسرة الآخرين، وإعمالاً لما تضمنته اتفاقية حقوق الطفل، والتي نصت على أن "في جميع الإجراءات التي تتعلق بالأطفال، يجب أن تكون مصلحة الطفل الفضلى هي الاعتبار الأول،[1] فلا ينبغي أن يؤثر قرار الآباء على الطفل نفسه، بما يؤدي إلى إيذائه من أجل حماية مصالح أفراد الأسرة الأخرين، بل يجب تفضيل مصلحة الطفل في جميع الحالات.

ويثار تساؤل حول موافقة الطفل نفسه ومشاركته في اتخاذ قراره الطبي، هل في جميع الأحوال الآباء هم من ينوبون عن الطفل في اتخاذ قراراته الطبية؟

لا نجد إشكالية إذا كان الطفل عديم التمييز بحكم انعدام إرادته وتمييزه، ولكن الإشكالية تبدو لدى الطفل المميز فهل يستطيع التعبير عن رأيه واتخاذ قراره بنفسه؟ إذا استقرئنا نصوص بعض التشريعات فسنجد أنها أتاحت الفرصة للقاصر لاتخاذ قراراه الطبي بنفسه، من بينها ما نصت عليه المادة (R4127-42) من قانون الصحة العامة الفرنسي بقولها "يجب على الطبيب المكلف برعاية قاصر أن يخطر والديه أو ممثله القانون والحصول على موافقتهما.....وفي الحالة التي يكون فيها القاصر قادراً على التعبير عن رغباته والمشاركة في اتخاذ القرار، يجب الحصول على موافقته". وجاء القانون الإماراتي أكثر وضوحاً في هذا الشأن عندما نص في المادة/5-1 على أنه "يعتد برضى المريض ناقص الأهلية بالنسبة للفحص والتشخيص وإعطاء الجرعة الأولى من

1 United Nations Human rights. (2002). 'Convention on the Rights of the Child.' Retrieved: 13 Jan 2024.
http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx

العلاج، على أن يبلغ أي من أقارب المريض أو مرافقيه بخطة هذا العالج".[1] وأكملت المادة/ 8 من القانون آنف الذكر قولها في الفقرة (ج) "يعتبر أهلاً للموافقة كل من أتم الثامنة عشرة سنة ميلادية ما لم يكن عديم الأهلية". كذلك الأمر في النظم الأنجلو سكسونية من بينها الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، حيث نص قانون الصحة العامة في مقاطعة Québec على أنه يمكن للقاصر من سن 14 سنة الموافقة على الإجراء الطبي،[2]ويمثل ذلك تطبيقاً للاتجاهات الحديثة نحو احترام إرادة القاصر وتأكيداً لتوجيهات اتفاقية حقوق الطفل في مادتيها 12و13 بضمان حق الطفل في التعبير عن إرادته بحرية في جميع المسائل التي ترتبط به، ومن بينها قراراته الصحية.

وذهب المشرع الفرنسي لأبعد من ذلك حينما أجاز للطبيب الاستغناء عن الحصول على موافقة مسؤولي السلطة الأبوية فيما يتعلق بالقرارات الطبية الضرورية للتدخل لحماية صحة القاصر، وفي حالة رفض القاصر صراحة استشارة والديه بسبب سرية حالته الصحية، يجب على الطبيب أن يحصل على موافقة القاصر على تلك الاستشارة، إذا أصر القاصر على معارضته فيجوز للطبيب تنفيذ الإجراء الوقائي أو الفحص أو التشخيص، مع ضرورة مرافقة القاصر لشخص بالغ من اختياره. بل ويكتفي القانون برضا القاصر وحده في حالة انقطاع علاقته كلياً مع أسرته ويكون مستفيداً من تعويضات التأمين الصحي وتأمين الأمومة.[3]

ومع ذلك ورد اتجاه في الفقه يؤيد مبدأ الرضا بالنيابة عن الطفل، ويرجع ذلك إلى أن الوالدين هم المسؤولون عن حماية مصلحة الطفل في كل ما يخص قراراته بما فيها

---

1 المادة/ 5، مرسوم بقانون اتحادي رقم (4) لسنة 2016م بشأن المسؤولية الطبية، مرجع سابق.

2 l'art.42 de la Loi de la protection de la santé publique. (Québec).

3 Code de la santé publique, ReplierPartie legislative: Article L1111-5. Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7

الطبية، كما أن حالة الطفل ناقص الأهلية لا تمتعه من إدراك كامل وتمييز يسمح له بإبداء رأيه بشكل صائب يصب في مصلحته في جميع الأحوال. ومن ثم يؤيد هذا الاتجاه إعمال مبدأ الرضا بالنيابة حيث تحل إرادة الولي محل إرادة الطفل في كل القرارات الطبية المرتبطة بصحته والحصول على موافقة صريحة إلا في الحالات الاستثنائية والضرورية التي تبرر العدول عن الحصول على تلك الموافقة.[1]

وقد قضي بأن حق الوالدين في الرقابة الأبوية ليست مطلقة، وللطفل حق الموافقة على العلاج الطبي متى كان ناضجاً، ويتمتع بالذكاء والنضج الكافي لتقدير عواقب الإجراء الطبي، وفي هذه الحالة سيكون الطفل هو صاحب القرار. أما في الحالة التي لا يكون فيها الطفل قادراً على ذلك، فإن الأمر سيكون متروكاً للوالدين، ولا يجوز للوالدين الاعتراض على العلاج الذي يوافق عليه الطفل القادر على اتخاذ القرار.[2]

وفي رأينا يجب أخذ رأي الطفل في الاعتبار عند اتخاذ قراره الطبي متى كان ذلك ممكناً، ومتى استطاع الطفل أن يعبر عن إرادة واعية وفهم واضح للآثار والمضاعفات الطبية المحتملة في الحالات الطبية اليسيرة، على أن يتم إعلامه بلغة بسيطة وممكنة للنتائج المتوقعة في حالة رفض تلقي العلاج الطبي. أما إذا كانت القرار الطبي يمس جسده وسلامته ويعرض حياته للخطر وجب استشارة والديه وأخذ موافقتهم؛ كون لا يسمح في هذه الحالات الاعتداد بإرادة القاصر في اتخاذه القرار الطبي إذا كان مصير قراره تعريض حياته للخطر.

---

1 فتيحة زغنون "حق الطفل المريض في المشاركة في القرار الطبي" دفاتر السياسة والقانون، العدد 18 يناير 2018، الجزائر، ص 3.

2 Ney v. Canada (Attorney General), (1993). CanLII 1301 (BC SC). https://canlii.ca/t/1dhsj.

ثانياً: حدود السلطة الأبوية "منطقة تقدير الوالدين":

إن العلاج الذي سيختاره الآباء لأبنائهم، يجب أن يكون ضمن نطاق البدائل السليمة طبياً، وعلى النحو الذي تحدده معايير المجتمع الطبي المناسبة؛ ويفسر ذلك أن الطبيب ملزم بتقديم جميع البدائل المعقولة طبياً للوالدين - مع ملاحظة أن الآباء ليسوا أحراراً أخلاقياً في رفض جميع البدائل المعقولة طبياً؛ كون ذلك لا يتفق مع حماية وتعزيز مصالح الطفل المرتبطة بصحته- بل عليه إقناع الآباء بالاختيار من بين تلك البدائل المعقولة طبياً.[1] وهو ما أقره القانون الفرنسي بنصه صراحة على أنه عندما يتعلق قرار الحد من العلاج أو إيقافه بطفل، فعلى الطبيب أن يشارك هذا القرار مع المسؤول عن السلطة الأبوية للطفل، باستثناء حالات الطوارئ التي تجعل هذه المشاركة مستحيلة.[2]

وتعرف البدائل المعقولة طبياً بأنها "خطط الإدارة السريرية الممكنة تقنياً، والمتاحة مادياً ولديها قاعدة أدلة موثوقة، لصافي الفائدة السريرية المتوقعة"،[3] ووفقاً لرأي المحكمة في قضية McCulloch، فإن معقولية اختيار بديل للعلاج الملائم سريرياً يتم تقييمه وفقاً للخبرة الطبية والأحكام المهنية، وفي حال اختيار الوالدين علاجاً بديلاً، فإن تقييم الموافقة على هذا العلاج يحتاج في جميع الأحوال إلى خبرة سريرية. نتيجة ذلك؛ ظهر مصطلح "منطقة تقدير الوالدين"، والذي أطلق على المواقف التي يتم فيها تقدير العلاج أو عدمه اعتماداً على رغبات الأسرة، والتقدير في هذه الحالة يعني أن

1 Buchanan AE, Brock DW, ibid, p 35.

2 Code de la santé publique, Article R4127-37-2.

3 McCullough LB. Contributions of ethical theory to pediatric ethics: pediatricians and parents as co-fiduciaries of pediatric patients. In: Miller G, ed. Pediatric bioethics. New York: Cambridge University Press, 2010, p 69-72.

قرار الوالدين يقع في المساحة المحمية أخلاقياً وقانونياً [1]. مما يعني أن للوالدين اتخاذ القرار بشكل شرعي لأطفالهم، ولو لم تكن تلك القرارات ليست الأفضل لهم.

ويمثل القرار في هذه الحالة عملية مشتركة بين الوالدين والأطباء، وعلى الرغم من وجود مساحة يتم فيها احترام آراء الوالدين ورغبتهما، إلا أن هناك مساحة أخرى لا تحدد فيها رغبات الوالدين، وإلا سوف يطلق العنان للحالات التي يتدخل فيها الوالدان لاتخاذ القرار. وهذا ما تم تأكيده في العديد من السوابق القضائية، على سبيل المثال: حينما تم تقديم طلب إلى المحكمة للفصل فيما إذا كان من الضروري إجراء جراحة أمعاء، سوف تنقذ حياة طفل مصاب بمتلازمة داون، وكان الفريق الطبي قد أيد إجراء تلك الجراحة، وقابل ذلك رفض الوالدين، فعلى الرغم من الاعتراف بمعقولية موقف الوالدين، إلا أن المحكمة ستحكم بناء على اختبار المصلحة الفضلى فقط، وكان قرارها تأييد إجراء الجراحة للطفل.[2]

في مقابل ذلك ظهر موقف مناقض للمحاكم في قضية Marwa Bouchenafa،[3] حيث نظرت المحكمة العليا الفرنسية الاستئناف المتعلق بحالة الطفلة مروة، والتي كانت رضيعة مصابة بتلف في المخ وكانت تعتمد على جهاز تنفس صناعي، وعندما قرر الأطباء سحب العلاج عنها، رفضا والدا الطفلة - وفقاً للقانون الفرنسي يسمح قانون

---

1 Gillam, L. "The zone of parental discretion: An ethical tool for dealing with disagreement between parents and doctors about medical treatment for a child". Clinical Ethics, 2015, p111-132.

2 Mackintosh, K., McConnell, P. "Parent and medical team disagreements in the UK: universal lessons in the origins and resolution in conflict". J Anesth Analg Crit Care 2, (47).2022, https://doi.org/10.1186/s44158-022-00075-2 .

3 Pope, T. 'Marwa Bouchenafa - French Court Orders Clinicians to Treat Baby over Their Objections.' Medical Futility Blog, 2017. from: http://medicalfutility.blogspot.co.uk/2017/03/marwa-bouchenafa-french-court-orders_19.html

الصحة العامة في مادته (L1110-5) للأطباء الحق في وقف العلاج دون الحصول على موافقة الوالدين، متى ثبت أن العلاج لم يكن ذات فائدة، أو لم يعد مناسباً- وعندما رفع الأمر إلى المحكمة، كان قرار المحكمة عدم وجود يقين كاف بشأن نظرة الطفلة للمستقبل، ورجحت المحكمة رغبة الوالدين فيما يتعلق بمصلحة الطفلة.

مفاد ذلك؛ أن المحاكم الفرنسية تعطي وزناً أكبر لرغبات الوالدين- مقارنة بالمحاكم الإنجليزية- وتأخذ بذلك المحاكم الأمريكية والأسترالية أيضاً، حيث يتمتع الآباء بقدر أعلى من التقدير فيما يتعلق بالقرارات الطبية بشأن حالات أبنائهم الطبية.

ثالثاً: التحديات الأخلاقية التي يواجهها الأطباء عند تعارض رغبات الآباء مع المصالح الصحية للأبناء:

تتعدد الإشكاليات التي تقف خلف النزاعات بين الفريق الطبي والوالدين، وتدور غالباً حول عدة عوامل مختلفة من بينها عدم اليقين التشخيصي، سواء أكان للحالة المرضية أم العلاج نفسه، وكذلك المشاعر السلبية للوالدين، والأمية المرتبطة بالمعارف الطبية، وكذلك عبء المسؤولية الأبوية وارتباطه بمشاعرهم ومخاوفهم [1].

ولأن مصالح الطفل الفضلى هي مفهوم يتناسب مع تفسير هيكلة العلاقة بين الطفل والدولة، فإن طبيعة العلاقة التي تربط بين الطفل ووالديه تبرر معياراً آخر مختلفاً، وهو معيار أقل فيما يرتبط برفاهة الطفل الفردية، والذي يسمح بتجاوز القرارات الطبية للوالدين، متى ثبت عدم وجود نمط تفكير غير مدروس بشكل كاف

1 Spijkers AS, Akkermans A, Smets EMA, et al., "How doctors manage conflicts with families of critically ill patients during conversations about end-of-life decisions in neonatal, pediatric, and adult intensive care". Intensive Care Med. 48, (7), 2022.p 111.

يبرر القرار المتعلق بصحة الطفل[1].

في مجال طب الأطفال يحتاج الأطباء تقييم مدى ملاءمة الوالدين كصناع لقرار الطفل، إضافة إلى مدى ملاءمة القرار الفعلي للوالدين. ويكمن حق الوالدين في أن يكونوا صناع قرار، عندما يكون لديهم التزام برفاه الطفل المريض، وتحقيق مستوى مناسب من الاهتمام به. وفي الحالة التي يفشل فيها الوالدان في تلبية تلك المعايير، يجب على الأطباء طلب تدخل الدولة، لتعيين صانع قرار بديل مناسب للطفل. مؤدى ذلك؛ من الواجب التعرف على الفارق الأخلاقي بين قرارات المريض وقرارات البديل، حيث يحق للمريض اتخاذ قرارات بناء على أسباب شخصية خاصة به، في حين أن البدائل وهم الآباء لن يكونوا على نفس النحو.[2] ومن الناحية القانونية فإن المطالبة بعدم كفاية الرعاية الطبية، لا ترقى إلى مستوى انتهاك الدستور، إلا إذا أظهرت الوقائع أن المدعى عليه كان غير مبال عمداً بالاحتياجات الطبية الخطيرة للمدعي. فالخلاف حول تقنيات التشخيص وأشكال العلاج المتنوعة، والحاجة إلى متخصصين وتوقيت تدخلهم، ينطوي على أحكام طبية، وليس حقوقاً دستورية.[3]

1 Schoeman F.," Parental discretion and children's rights: background and implications for medical decision-making". J Med Philos. 1985, p 312.

2 Rhodes R, Holzman IR. "The not unreasonable standard for assessment of surrogates and surrogate decisions". Theor Med 2004, p 21.

3 Jean Bernier, Plaintiff, v. Carl Koenigsmann, et al. (2021), 05-13-2021. 9:17-CV-0254 (DNH/ATB), United States district court northern district of New York.

المبحث الثاني

تدخل المحاكم في فصل النزاعات بين مقدمي الرعاية الصحية والآباء

تمهيد وتقسيم:

نجد أنه من النادر أن يقدم العلم استنتاجات يقينية ونهائية في مجال الطب، حيث إن غالبية الحقائق الطبية المتعلقة بالرعاية الصحية ليست قاطعة في جميع الأحوال؛ بسبب تعقيد علم الأحياء البشري، بل وعدم القدرة على التنبؤ بالسلوك الإنسان. الأمر الذي يثير النقاش حول: هل نلجأ إلى العلم كحل لفض النزاع القائم فيما يتعلق باتخاذ القرار الطبي؟ أم أن القانون ينبغي ألا يتخلى عن مسؤوليته الأساسية في ضمان حقوق وحريات الأفراد؟

إن موقف المحاكم تجاه المصالح الفضلى، لا يتطلب منها البحث عما هو أفضل للطفل على الإطلاق، بل يتطلب التركيز على كيفية إعمال التوازن العادل بين احتياجات وحقوق ومصالح العديد من الأشخاص الآخرين المشتركين في القرار. كما أن العديد من قوانين الدول -من بينها القانون الأمريكي- يمنح سلطة التدخل ضد قرارات أحد الوالدين التي لا تحترم رفاهة الطفل- وهو ما تم التأكيد عليه من قبل المحكمة العليا الأمريكية في قراراها الصادر منذ عام 1944م في قضية Prince v. Massachusetts،[1] حينما أقرت أن الدولة لديها التزام بضمان تلبية احتياجات تلك الفئة الضعيفة، وعندما تختار المحاكم التغلب على سلطة الوالدين، فإنها تقوم بذلك في الحالة التي يثبت فيها عدم توافر المعايير المعمول بها في الرعاية الطبية، والتي قد تؤدي إلى تعرض الطفل لخطر جسيم.

بناء على ما تقدم، سوف نقسم هذا البحث إلى مطلبين على النحو التالي: -

- **المطلب الأول: التوازن العادل بين المصالح المتعارضة.**

---

1 Prince v. Massachusetts, (1944).321 U.S.158.

- **المطلب الثاني: الجدل في المحاكم بشأن التدخلات في قرارات الآباء الطبية.**

المطلب الأول
التوازن العادل بين المصالح المتعارضة

يبدو التركيز على تكامل العلم والقانون في مقابل احترام القواعد القانونية ذات أهمية، خاصة وأن التطورات العلمية قد تؤدي إلى تحول لدى الرأي العام، والتفكير الأخلاقي، بل وقرارات المحاكم، لاسيما ما يتعلق منها بخلق اعتبارات جديدة تصيغ المفاهيم الأخلاقية. وهو ما يتطلب تدخل المحاكم عندما ينظر إلى قرارات الوالدين على أنها تنتهك مصالح الطفل الفضلى، أو تعرضه إلى خطر جسيم، في ظل خيارات عالية المخاطر محفوفة بالمشاعر والعاطفة.

إن الهدف من مبدأ المصلحة الفضلى ليس منح الأولوية المطلقة لمصلحة الطفل، بل يعني ضمان عدم إغفال مصالح الطفل وحقوقه، ويفسر ذلك عندما تقوم المحاكم بعقد موازنة بين المصالح المتعارضة، يجب عليها اختيار أفضل نتيجة للطفل من بين النتائج المحتملة، وبذلك تكون المصلحة الفضلى للطفل هي الاعتبار الأول والأساسي، مع الأخذ في الاعتبار مصالح أخرى مثل مصلحة الأسرة. وهو ما يسمح للقاضي بتقييم كل حالة على حدة، من خلال ربط الوقائع الفردية بالأدلة الواقعية.

أولاً: تقرير مصير الطفل بشأن اتخاذ قراره الطبي:

عندما يتم التفكير في القرارات الطبية المرتبطة بأخلاقيات الطب بالنسبة للبالغين، فإن الأولوية تكون لاستقلال المريض، وهو ما يتم التعبير عنه بالحق في تقرير المصير، فلكل شخص حق اتخاذ القرار بشأن حياته.[1] حيث إن المجال الطبي

---

1 أشرف رمال، "حقوق المرضى بين التشريع والقضاء"، مجلة الحقوق، الجامعة اللبنانية، العدد الأول، سنة 2019م، ص 190.

يقوم على احترام رغبات المرضى بشأن العلاج الطبي، ومع ذلك من اللازم أن نعي أن استقلال المريض لا ينبغي أن يفهم على أنه تحرر من التدخل، أي أن المرضى لا يتمتعون بحق اختيار أي علاج يختارونه، ومع ذلك فالأطباء ملزمون باحترام استقلالية المريض في تقديم العلاج، إذا طلب ذلك ولم يكن هناك ما يمنع من تقديم هذا العلاج.

وفي رأينا في حالة عدم وجود يقين أخلاقي طبي بشأن ما هو القرار الطبي الصحيح الذي يجب اتخاذه، فتكون الأحقية للآباء في اتخاذ القرارات بشأن علاج أبنائهم، متى تم ذلك ضمن حدود معقولة وثيقة الصلة بتربية ورعاية الطفل. ومتى كان عدم اليقين حقيقي حول اختيار المسار الصحيح لعلاج الطفل، وكان الأبوان مؤهلين لاتخاذ قرار طفلهما، فمن غير العدل أن يفرض الأطباء أو المحاكم قيمهم الخاصة على الأسرة. وهوما يثير تساؤل هام حول؛ ما الأهمية التي يجب أخذها في الاعتبار فيما يتعلق باستقلالية ورغبات الوالدين في الحالات التي يتم التنازع عليها مع القرارات الطبية لأبنائهم؟

إن الهدف الوحيد الذي ينبغي من أجله ممارسة سلطة على الفرد في مجتمع ديمقراطي وضد إرادته، هو منع وقوع الأذى على الآخرين، أي لا ينبغي على الوالدين أن يتخذوا القرار الطبي المتعلق بالحالة الصحية لأبنائهم، إذا كان من المرجح أن الطفل سوف يعاني من ضرر جسيم جراء اتخاذ هذا القرار. ولعل ذلك من أبرز الحجج التي قدمت في قضية Charlie حيث استندت المحكمة إلى معيار الحد الأدنى " Threshold " criteria [1]، لتقرير ما إذا كان ينبغي إلغاء قرار الوالدين الذين اختاروا بديلاً لعلاج

---

1 تضمنت المادة/ 31-3 من قانون الطفل الإنجليزي لعام 1989م النص تحت عنوان **معايير العتبة** على أنه "يجب أن تقتنع المحكمة بأن الطفل المعني يعاني أو من المحتمل أن يعاني من ضرر كبير". وأكملت الفقرة الثانية قولها بأن الضرر أو احتمال الضرر يعزى إلى (أ) الرعاية المقدمة للطفل، أو لمن ==

ابنهما، إلا أن المحكمة وجدت أن هذا المعيار لا يتم الاستناد إليه في جميع الحالات، وذلك عادة ما يرتبط بحدود منطقة تقدير الوالدين، حيث يجب عليهما عقد موازنة بين ما إذا كان القرار سوف يتسبب في إلحاق الضرر بالطفل أو ضرر الآخرين.[1]

ثانياً: مبررات تدخل الدولة في قرار الوالدين:

تضمن قانون حقوق المريض الفرنسي لسنة 2002م، والمعدل بموجب القانون الصادر في 6 فبراير لعام 2024م النص صراحة على أنه لمصلحة المريض القاصر، ولمنع أي تهديد لحياته أو أي ضرر خطير على صحته، يجب على الطبيب متى كان ذلك مناسباً وبعد استشارة متعددة التخصصات أن يحيد عن القرار الذي يتخذه والد الطفل.[2]

وهو ما أقرته المحاكم في العديد من القضايا كما في قضية Tafida v. Barts NHS، [3]عند وجود خلاف بين الآباء والأطباء فيما يتعلق بتحديد المصلحة الفضلى للطفل - في حال عدم وجود توافق أو عدم وجود بديل آخر- فإن المؤسسة الطبية يقع عليها التزام باللجوء إلى المحكمة للفصل في هذا الخلاف، وعلى القاضي أن يحسم الخلاف في هذا

==

المحتمل أن تقدم له، وهي ليست ما يمكن توقعه من أحد الوالدين، أو (ب) إذا كان الطفل خارج سيطرة الوالدين". وأكملت المادة/ 31-9 من نفس القانون تعريف الضرر بأنه "سوء المعاملة أو الإضرار بالصحة أو النمو، بما في ذلك الإعاقة التي يعاني منها الشخص في الرؤية أو السمع، أو سوء معاملة شخص آخر". انظر قانون الطفل الإنجليزي (االمملكة المتحدة) لعام 1989م وآخر تعديلاته:

Children Act 1989(UK). Section 31. https://www.legislation.gov.uk/

1 Wilkinson D, Savulescu J, "Ethics, conflict and medical treatment for children: From disagreement to dissensus." London (UK): Elsevier; 2018 Sep 4.p 17.

2 Loi relative aux droits des patients de (2002), telle que modifiée par la loi du 6 février (2024).

3 Tafida Raqeeb v. Barts NHS Foundation Trust (2019), EWHC 2531.

الأمر، وإلا ترك فراغاً حول ما يعد في مصلحة الطفل الفضلى؛ ويرجع ذلك إلى أن عمل القاضي وتدخله في مثل هذه القضايا هو تحقيق للمصلحة العامة في حماية المصالح الفضلى للطفل؛ كونها إحدى المصالح والحقوق الأساسية في المجتمع، وهو ما عبرت عنه المحاكم بقولها "يجب أن يكون للطفل صوت مستقل في حالة الخلاف بين الأشخاص والجهات المسؤولة عن قراره الطبي، وضماناً لتحقيق المساواة لجميع الأطفال في مثل هذه الحالات".

وعلى الرغم من أن الآباء لديهم مسؤولية الاختيار بما يحقق مصلحة طفلهم، إلا أنه في المقابل يلتزم الأطباء بحماية رفاهة الطفل، وفي ظل الاعتراف للدولة بالتدخل في حالة توافر ضرر جسيم سوف يمس بمصلحة الطفل، فقد اتجه جانب من الفقه[1]. إلى ضرورة أخذ الاعتبارات التالية في الحسبان، حتى يكون هذا التدخل مبرراً، وذلك على النحو التالي: -

1. عدم موافقة الوالدين على قرار الأطباء، بما يعرض الطفل لخطر جسيم.
2. تقييم حالة الضرر، فهل يمثل ضرراً وشيكاً يتطلب اتخاذ إجراءات فورية لمنع وقوعه؟
3. هل تدخل الدولة ضروري لمنع وقوع الضرر الجسيم؟
4. هل تدخل الدولة سوف يثبت فاعليته في حالة المريض العلاجية؟
5. هل يمكن تطبيق تدخل الدولة على جميع الحالات المماثلة؟
6. تقييم مدى توافر خيار آخر يمنع إصابة الطفل بالضرر الجسيم، ويعد أقل تدخلاً في استقلالية الوالدين، وأكثر قبولاً لهما.

---

1 Diekema DS. "Parental refusals of medical treatment: the harm principle as threshold for state intervention". Theor Med Bioeth.2004, p56.

7. هل فوائد التدخل تفوق الأعباء المتوقعة بشكل إيجابي من الخيار الذي اختاره الوالدين؟

8. هل سوف يوافق جميع الآباء على أن تدخل الدولة كان معقولاً؟

وأثار ذلك مسألة أخرى مرتبطة بما يسمى "إدارة الألم" حيث يجادل جانب من الفقه بأن تخفيف الألم هو التزام أساسي راسخ في الأخلاقيات الطبية، بل وحق من حقوق الإنسان الأساسية. وقد أوجبت المادة (R4127-37-2) من قانون الصحة العامة الفرنسي على الطبيب السعي دائماً نحو تخفيف المعاناة عن المريض بالطرق المناسبة لحالته، ويجوز له الامتناع عن القيام أو الاستمرار في العلاج إذا كان عديم الفائدة أو غير مناسب أو ليس له تأثير سوى الحفاظ على الحياة بطريقة اصطناعية. وعلى هذا الأساس سوف يتطلب من الطبيب أن يعمل جاهداً من أجل مصلحة المريض، ومنع إلحاق الأذى به. كون الالتزام الأخلاقي بإدارة الألم وتخفيف معاناة المرضى، من صميم التزام مقدمي الرعاية الصحية[1]، وهو ما وجد دعماً كبيراً في قرارات المحاكم.

وسابقاً وتحديداً في قضية Washington v. Glucksberg،[2] أثيرت مسألة حرية الإجراءات القانونية الواجبة في التعديل الرابع عشر للدستور الأمريكي، وما إذا كانت تلك الحرية تتضمن الانتحار بمساعدة الطبيب أو أي شخص آخر. حيث كان قرار المحكمة - آنذاك- أن الانتحار بمساعدة الطبيب لا يمثل مصلحة أساسية للحرية، ولم يكن محمياً بموجب التعديل الرابع عشر للدستور. وهو ما أقرته العديد من

1 Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain management: Operative or medical procedures and trauma. Rockville: Department of Health and Human Services, Pub. No. 94e0592, (1992).

2 Washington v. Glucksberg, 521 U.S. 702 (1997). Supreme Court of the United States. Decided June 26, 1997.

السوابق القضائية، والتي تبرر أن الانتحار بمساعدة الطبيب يشكل موضع استنكار؛ ومرجعهم في ذلك أن الدولة بموجب هذا الحظر تستطيع حماية الحياة البشرية، وحماية المرضى من أي إهمال أو إكراه، وإذا اعترفت المحكمة بشكل صحيح وأعلنت أن اعترافها بأن الانتحار بمساعدة الطبيب حق محمي دستورياً فلن ينتهي طريق القتل الرحيم الطوعي أو غير الطوعي. ولكن منذ عام 2008م تمت الموافقة على قانون واشنطن للموت بكرامة، والذي اعترف وحدد الإجراءات التي يجب استخدامها من قبل الطبيب لإنهاء حياة المريض.[1]

كما أجاز القانون الإماراتي السماح بحدوث الوفاة الطبيعية، وذلك بعد إجراء الإنعاش الرئوي للمريض في بعض الحالات، وذلك دون الحصول على موافقة المريض أو وليه أو وصيه:[2]

- إذا كان المريض يعاني من مرض غير قابل للشفاء منه غالباً.
- أن يتم استنفاذ كافة طرق العلاج
- أن يثبت عدم جدوى العلاج في مثل هذه الحالة
- أن ينصح الطبيب المعالج بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي
- أن يقدر ثلاثة على الأقل من الأطباء الاستشاريين أن مصلحة المريض تقتضي السماح بحدوث الوفاة الطبيعية، وعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي.

ومع ذلك أكد القانون الإماراتي عدم جواز رفع أجهزة الإنعاش عن المريض، إلا إذا توقف القلب والتنفس أو جميع وظائف المخ توقفاً تاماً ونهائياً، ويتم تحديد ذلك وفق

---

1 Norbert J. Weidner. ibid, p 33.

2 راجع في ذلك: نص المادة/ 11 من المرسوم بقانون اتحادي رقم (4) لسنة 2016م بشأن المسؤولية الطبية.

المعايير الطبية الدقيقة التي يصدر بها قرار من الوزير، وبعد قرار الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه.[1] ويعارض ذلك ما اشتمل عليه نظام مزاولة المهن الصحية السعودي، حينما قرر عدم جواز إنهاء حياة أي مريض ميؤوس من شفائه طبياً -بأي حال من الأحوال- ولو كان بناء على طلبه أو طلب ذويه.[2]

أما القانون الفرنسي فقد اعترف وفق المادة (L1110-5) من قانون الصحة العامة، بأن لكل إنسان الحق في نهاية حياة كريمة، مصحوبة بأفضل ممارسات لتخفيف المعاناة، وعلى مقدمي الخدمة الصحية بذل قصارى جهدهم لضمان احترام هذا الحق. بناء على ذلك يجوز إيقاف التغذية الاصطناعية والرعاية التلطيفية ولا يمكن استمرارها كعلاج متى ثبت أنها عديمة الفائدة أو غير مناسبة.[3]

كما أجاز قانون الصحة العامة الفرنسي عندما يكون المريض غير قادر على التعبير عن رغباته، وتم اتخاذ قرار بتوقف العلاج الداعم لحياته، يجب على الطبيب المسؤول عنه -حتى ولو لم يكن من الممكن تقييم معاناة المريض بسبب حالته الدماغية- أن ينفذ التخدير العميق والمستمر، الذي يسبب تغييراً في الوعي يستمر حتى الموت، ما لم يعارض المريض.[4] وفي جميع الأحوال يحظر على الطبيب التسبب في

---

1 المادة/ 10، من المرسوم بقانون اتحادي رقم (4) لسنة 2016م بشأن المسؤولية الطبية.

2 المادة/ 19، نظام مزاولة المهن الصحية السعودي، مرجع سابق.

3 الرعاية التلطيفية هي رعاية نشطة ومتواصلة يقدمها فريق متعدد التخصصات في مؤسسة طبية او المنزل، بهدف تخفيف المعاناة النفسية والألم، وحماية كرامة المريض ودعم من حوله (راجع نص المادة/ (L1110-10 من قانون الصحة الفرنسي.

4 Code de la santé publique, Article (R4127-36-3).

- التخدير العميق أو المستمر حتى الموت هو حق جديد اعترف به المشرع الفرنسي، في حالة الشخص الذي يعاني من مرض خطير وغير قابل للشفاء، والذي يتوقع مستقبله الصحي على المدى القصير، ويتم ذلك عن طريق تخديره حتى يدخل في نوم عميق ومستمر لمنع معاناته المستعصية، ويهدف هذا الإجراء إلى
==

إحداث الوفاة عمداً.

- **ويثور تساؤل في الحالة التي يرفض فيها الآباء الاطلاع على خصوصية الطفل عند اللجوء إلى المحاكم، فهل يحق للطبيب إفشاء أسرار ومعلومات الطفل الطبية؟**

عالجت العديد من التشريعات هذه المسألة صراحة، ومن بينها ما تضمنته المادة / 11 من نظام مزاولة المهن الصحية السعودي بنصها صراحة على أنه يجب على الممارس الصحي أن يحافظ على أسرار المريض ولا يجوز له إفشاؤها إلا إذا صدر له أمر بذلك من جهة قضائية. كما وحدد مشروع قانون المسؤولية الطبية المصري الحالات التي يجوز فيها لمقدم الخدمة الصحية إفشاء المعلومات الطبية، من بينها حالة ارتباط المعلومة بوقوع جريمة أو الإبلاغ عنها، أو إذا كان الإفشاء لحماية الصحة العامة في حالات الأمراض المعدية، شريطة أن يتم الإفصاح للجهة المختصة وحدها.[1] يعني ذلك إمكانية الاطلاع على المعلومات الطبية للطفل في ظل استثناءات وحالات يحددها القانون صراحة.

أما المحاكم فقد حددت عدة معايير يجب مراعاتها، حتى يكون التدخل في خصوصية الطفل مبررة، ومن بينها من أقرته المحاكم الأمريكية في قضية Gajarov v. Allegheny لسنة 2019م فيما يتعلق بالمعلومة المطلوب الإفصاح عنها:[2]

- تحديد نوع المعلومات الطبية المطلوبة.
- احتمال الضرر في حالة الإفصاح اللاحق غير المتوافق عليه.

==

تسكين الألم ووقف العلاجات التي تساعد على استمرار الحياة. ويتم اتخاذ هذا القرار وفق القانون بشكل جماعي من الطبيب المعالج وفريق الرعاية الصحية، مع ضرورة إشراك الأسرة في هذا القرار.

1 راجع المادة/6، مشروع قانون المسؤولية الطبية المصري وحماية المريض، مرجع سابق.

2 Gajarov v. Allegheny Cnty. (2019), Office of Children. 376 F. Supp. 3d 547 (W.D. Pa. 2019).

- كفاية الضمانات لمنع الإفصاح غير المصرح به.
- تقييم درجة الحاجة إلى الوصول إلى تلك المعلومات.
- متى توافر تفويض قانوني صريح، أو سياسة عامة واضحة أو مصلحة عامة، تعمل على الوصول إلى تلك المعلومات.

تطبيقاً لذلك في قضية Plaintiffs, v. UPMC،[1] زعم المدعون الحصول على معلومات طبية شخصية حميمية عنهم وعن أطفالهم حديثي الولادة، لغرض متابعة تحقيقات إساءة معاملة الأطفال غير المبررة، وغير ذلك من المعلومات عن علاقاتهم الأسرية. وادعوا أن هذه المعلومات تم الحصول عليها بشكل يمثل انتهاكاً لتوقعاتهم المعقولة فيما يتعلق بالخصوصية في علاقاتهم بالأطباء، إلا أن المحكمة رأت عقد الموازنة بين ظروف تلك الأسرة، وبين مصلحة الدولة وأهمية كشف تلك المعلومات واستخدامها في سبيل حماية أطفالهم.

المطلب الثاني
الجدل في المحاكم بشأن التدخل في قرارات الآباء الطبية

على الرغم من إقرار استقلالية الوالدين في اتخاذ قرار طفلهم المريض، إلا أن هذه الاستقلالية تمارس ضمن حدود معينة، فيمكن للآباء مقايضة مصالحهم العائلية مقابل مصلحة أطفالهم الفضلى، وعندما يؤدي ذلك إلى حرمان الطفل من الحصول على احتياجاته الأساسية، ليصبح بالغاً مستقلاً، فيعد ذلك مبرراً لتدخل الدولة. ونستطيع أن نوصف الضرر بأنه جسيم في هذه الحالة، خاصة عندما يؤدي إلى احتمالية فقدان الأرواح، التأثير على الصحة، الحرمان من الاحتياجات الأساسية،

1 Plaintiffs, v. UPMC and ALLEGHENY COUNTY. (2024), Civil Action 20-497 (W.D. Pa. Oct. 28, 2024).

والحرمان من احتياجات الطفل لكي يصبح بالغاً مستقلاً. ويثير ذلك إشكالية هل التوازن العادل الذي يجب توافره بين المصالح المتعارضة والتي تتمثل في (مصالح الطفل- مصالح الوالدين- النظام العام)، تمت مراعاتها أثناء تدخل الدولة في الفصل في تلك النزاعات؟

أولاً: فرض الدولة وصايتها عن طريق المحاكم:

إن تدخل الدولة عن طريق فرض وصايتها على الطفل يعد إعمالاً لممارسة سلطتها العامة في حماية رفاهة الطفل حال النزاع بين الآباء والأطباء في اختيار القرار الطبي المناسب للطفل، ويظهر هذا الدور لدعم الوالدين في الوفاء بمسؤولياتهم تجاه أطفالهم، كونه دوراً وقائياً لتحديد ما هو أفضل للطفل، وعندما تصدر المحكمة قرارها فإنها بذلك تكتسب السلطة الأبوية وتتقاسمها مع والدي الطفل..[1] وهو ما أجازه القانون المدني الفرنسي ضمن المادة/ 378 صراحة بالنص على إمكانية سحب السلطة الأبوية من الوالدين الذين يعرضون سلامة الطفل أو صحته أو أخلاقه للخطر بشكل صريح، أو الذين فشلوا طواعية في ممارسة الحقوق والوفاء بالواجبات الممنوحة لهم بموجب القانون.[2]

وتضمن قانون الطفل الإنجليزي لسنة 1989م، النص صراحة على فرض وصاية الدولة، وأجاز للمحكمة إصدار أمر الرعاية والإشراف الحالات الآتية: (أ) إذا كان الطفل يعاني أو يحتمل أن يعاني من ضرر جسيم، (ب) إذا كان الضرر أو احتمال وقوع الضرر يعود إلى الرعاية المقدمة أو التي يحتمل أن تقدم إلى الطفل من أحد

1 Jo Bridgeman, (2021) "Our legal responsibility . . . to intervene on behalf of the child': Recognizing public responsibilities for the medical treatment of children". Medical Law International, Vol. 21(1). P 54.

2 L'article 378 du Code civil.

الوالدين، (ج) إذا كان الطفل خارجاً عن سيطرة الوالدين.[1]

ويعتمد اللجوء إلى فرض وصاية الدولة وتدخلها عن طريق المحاكم لاتخاذ القرار الطبي المناسب عن الطفل، على أمرين: الأول، وهو القدرة على اتخاذ القرار، أما الثاني، فيتمثل في تحديد المصلحة الفضلى. وأوصت عدد من المحاكم بتقديم طلب إلى المحكمة إذا كانت هناك مخاوف في نهاية اتخاذ القرار الطبي، من بين تلك الحالات على سبيل المثال:[2]

(أ) وجود اختلاف في الرأي الطبي، أو

(ب)عدم وجود اتفاق يتعلق بالخطة العلاجية من جانب أصحاب المصلحة في تحقيق رفاهة الطفل، أو

(ج) وجود تضارب محتمل في المصالح، يرتبط بالمشاركين في عملية اتخاذ القرار.

في مثل الحالات سابقة الذكر، يجب اللجوء إلى المحكمة خاصة فيما يتعلق بقرارات الإبقاء على العلاج لضمان الحياة، وقرارات سحب أو حجب التغذية؛ ذلك أن قرار سحب العلاج عن الطفل في حالة الخلاف بين الوالدين، والذي سيقضي بلا شك على حياته، هو قرار يحمل في طياته صعوبة أكبر من مجرد ممارسة المسؤولية الأبوية. وفي الحالة التي يأخذ فيها الطبيب المعالج قراره بسحب العلاج، فإن ذلك لا يخالف القانون متى تم بناء على موافقة أحد الوالدين.[3] ومن الناحية العملية ولخطورة هذا الإجراء، فعادة ما يستمر العلاج لحين اتفاق الوالدين على أنه لم يعد في مصلحة الطفل الفضلى، أو لحين صدور قرار من المحكمة. ولعل السبب في ذلك أن مثل هذه القرارات، يتعين على كل من يتحمل المسؤولية الأبوية الموافقة عليها.

---

1 Children Act 1989(UK). Section 31.

2 Royal court justice. Strand London, WC 2A 211, 22-05-2020.

3 Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust v E (2021). EWHC 126.

يعني ذلك أن الدولة تحمي مواطنيها مع مراعاة عدم انتهاك حقوقهم الدستورية، ويمثل ذلك إحدى أهم الإشكاليات التي تواجه المحاكم بصفتها ممثلة للدولة عند وجود قرار غير مناسب طبياً، وهو ما يفرض على المحاكم مراعاة التوازن بين مصلحة الطفل وحق الوالدين. ويبرز ذلك مجموعة جديدة من التوازن المتعلق بالأدوار والمسؤوليات المتبادلة للأسرة والدولة في رعاية الطفل.

وأثيرت هذه المسألة في العديد من القضايا، وبصفة خاصة حينما قرر القاضي Hayden بتاريخ 7 فبراير 2020م، أن منطقة Tower Hamlets في لندن، تستطيع إجراء التطعيمات الروتينية للأطفال تحت رعاية الدولة على الرغم من رعاية والديهم، دون حاجة إلى الرجوع إلى المحكمة للحصول على موافقة منها بذلك[1]. وكان ذلك بمناسبة قضية الطفل (T) الذي كان يبلغ من العمر تسعة أشهر وقت قرار القاضي، ونظراً لسوء معاملة الوالدين وإهمالهم في رعايته ورفض تلقيه التطعيمات الروتينية للأطفال، تم وضع الطفل في الرعاية البديلة وتفويض السلطة المحلية بوضعه للتبني. وأعطى القاضي السلطة المحلية آنذاك الحق في تطعيم الطفل، حيث إن مثل هذه التطعيمات تصب في مصلحة الطفل وضمان رفاهيته.

واستأنف الوالدان قرار القاضي في قضية Re H،[2] ودارت الإشكالية الأساسية حول هل الدولة تتمتع بسلطة تجاوز معارضة الوالدين للتطعيمات الروتينية؟ ورفضت المحكمة استئناف الوالدين؛ مستندة في ذلك إلى أنه على الرغم من أن التطعيمات الروتينية ليست إلزامية، إلا أن الأدلة العلمية أثبتت أنها تصب في مصلحة الطفل الفضلى، ما لم تتوافر موانع فردية تمنع من إعطاء تلك التطعيمات. يضاف إلى ذلك أن هذه التطعيمات لا تمثل خطورة على الطفل، وعلى الرغم من وجوب مراعاة

1 Royal court justice. Strand London, WC 2A 211, 22-05-2020.

2 Re H (Parental Responsibility: Child Vaccination), (2020). EWCA Civ 664.

آراء الوالدان فيما يتعلق بتحصين الطفل عن طريق التطعيمات وأخذها بعين الاعتبار، إلا أنه يجب ألا يكون لها تأثير حقيقي على رفاهة الطفل.

يبدو من حكم المحكمة في السابقة القضائية المذكورة أن القاضي ميز بين مفهومين، هما التطعيم والعلاج الطبي، على اعتبارهما وجهان من أوجه الرعاية الطبية الوقائية العامة التي تقررها الدولة لحماية الأطفال باعتبارهم أفراداً في المجتمع. وعلى الرغم من أن هذين المفهومين متداخلان، إلا أنه يمكن التمييز بينهما، ففي حالة عدم وجود موانع لتطعيم الطفل وفقاً للإرشادات الصحية العامة، فلا يمثل ذلك خطورة على الطفل، ويمكن التأكد من ذلك عن طريق دراسة الشواهد الطبية حول مخاطر هذا التطعيم، والآثار الجانبية التي يمكن أن تترتب عليه.

ونلاحظ أن السلطات المحلية تكتسب المسؤولية الأبوية في هذه الحالة، خاصة مع غياب الأدلة العلمية التي تشير إلى وجود مخاوف بشأن فاعلية أحد اللقاحات الموصى بها، وسوف يكون من غير المرجح قبول اعتراضات الوالدين على تطعيم أطفالهم بناء على مخاوف عامة لا تستند إلى أدلة علمية.

وفي جميع الأحول، عندما تتولى المحكمة الوصاية على الطفل، فمن اللازم أن تأخذ في اعتبارها مقدار الألم والمعاناة المترتبة على العلاج، ونوع الحياة التي سيعيشها الطفل إذا تم إطالة أمد حياته؛ تحقيقاً للمصلحة العامة في القرارات التي تحد من العلاج لطفل لا يستطيع اتخاذ قراره وخضع لرعاية الدولة.

ثانياً: دور المحاكم عند مراجعة طلب تدخلها لفض النزاع بين الطبيب والوالدين:

إن الحق في خصوصية الأسرة ليس مطلقاً، بل يتوقف على ما إذا كان الآباء يحترمون الاحتياجات الأساسية لأطفالهم من عدمه. ذلك ما تضمنته اتفاقية حقوق الطفل في مادتها/ 24 بقولها" لكل طفل الحق في التمتع بأعلى مستوى صحي، وحقه في إعادة التأهيل الصحي وعدم حرمانه من الحصول على خدمات الرعاية الصحية

والمساعدات الطبية، واتخاذ جميع التدابير لإلغاء الممارسات التي تضر بصحته".

ويقرر القاضي "Baker" في أغلب الأحوال يكون الوالدان هم أفضل الأشخاص لاتخاذ القرارات التي تخص أطفالهم، ولا يحق للدولة سواء أكانت محاكم أم أية سلطة عامة التدخل في ممارسة السلطة الأبوية، ما لم يكن الطفل يعاني أو من المرجح أن يعاني من ضرر جسيم، وحسم الجدل في مسألة معقولية كلا الخيارين، بأن الوالدين هم من يتحملون مسؤولية اتخاذ قراراتهم.

في قضية King R،[1] خضع الطفل لعملية جراحية لورم نخاعي، والذي تطلب المزيد من العلاج الإشعاعي، وتدخلت الجهة الصحية بعرض العلاج الإشعاعي التقليدي، إلا أن الوالدان طلبا العلاج بحزمة البروتون "proton" والتي لم تكن متوافرة لدى هيئة الخدمات الوطنية الصحية، فضلاً عن رفض الفريق الطبي التدخل بهذا العلاج لعدم فائدته في علاج تلك الحالات. فقرر والدا الطفل إخراجه من المستشفى، ولجأت الجهة الصحية إلى المحاكم بشأن خطر الإضرار بالطفل، وعندما تم القبض على الوالدين أثبتا أنهما توصلا لخطة علاج بديلة، وأيدتهما المحكمة وألقت بمسؤولياتهم عن اتخاذ قراراهم دون تدخل من المحكمة.

وفي سابقة قضائية أخرى NHS Trust v. Evans،[2] ولد الطفل Alfie مصاباً بمرض التنكس العصبي والذي أدى إلى تأكل الدماغ، وقرر الأطباء أن حياته أصبحت بلا جدوى. واختلف الفريق الطبي ووالدا الطفل حول إزالة أجهزة دعم الطفل، وفي فبراير عام 2018م رفعت الجهة الطبية الأمر إلى المحكمة، وحاول القاضي معرفة ما إذا كانت هناك إمكانية لأي تغيير للأفضل في دماغ الطفل، مطالباً بإجراء فحوصات

1 Meyer v. France King R (2014) EWHC:2964.

2 Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust v E [2021] EWHC 126.

بالرنين المغناطيسي، إلا أن الفحوصات أثبتت أنه لم يتبق من الدماغ سوى الماء والسائل الدماغي والشوكي.

بعد اطلاع القاضي على الأدلة المقدمة، ومن بينها آراء الأطباء المعالجين وغيرهم من الخبراء المستقلين، توافر الإجماع الطبي حول أن حالة دماغ الطفل لا رجعة فيها، ولا يوجد علاج لها، ولا يمكن استمراره إلا بالحفاظ على تواجده باستخدام وسائل صناعية، واستخدام أجهزة التنفس، وإدخال التغذية عن طريق السوائل في وحدة العناية المركزة. لذلك؛ كان قرار الأطباء سحب العلاج المكثف ورفع الأجهزة الصناعية عن الطفل، والذي بلا شك سيموت خلال فترة زمنية قصيرة.

استأنف الوالدان الحكم الصادر من المحكمة، وأيدت محكمة الاستئناف حكم محكمة الدرجة الأولى ورفضت طلب الوالدين بإبقاء الأجهزة الصناعية، ثم استأنف الوالدان أمام المحكمة العليا، وتلتها المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، ولكنها أعلنت عدم قبوله وتأييد رأي المحاكم السابقة في تأكيد عدم وجود جدوى من علاج الطفل، وأن استمرار التنفس الصناعي غير إنساني ولا يحقق مصلحة الطفل الفضلى.

على خلاف ذلك في قضية H D.V. L،[1] تقدم الأب إلى المحكمة بطلب الإذن بتطعيم الطفل القاصر بلقاح كوفيد -19، دون موافقة والدة الطفل، حيث تعارض الأم حصول الطفل على اللقاح مشككة في فاعليته، وفقاً للقانون في مقاطعة Québec الكندية، إذا لم يتمكن الوالدان من التوصل إلى اتفاق فيما يتعلق بالقرار الطبي للطفل، يتم اللجوء إلى المحكمة، والتي يجب عليها البت في هذه المسألة بما يخدم مصلحة الطفل الفضلى، ويقيم الطبيب ذلك من خلال عدة عوامل من بينها فوائد العلاج، والمخاطر المرتبطة بهذا العلاج وخصوصية الطفل. فيرى الأب أنه من المناسب

1 H D.V. L, (2023). COUR SUPÉRIEURE- (Chambre familial). No: 500-04-078558-229. 2023 QCCS 661. https://canlii.ca/t/jw028.

اتباع توصيات السلطة العامة في الدولة، خاصة حينما أبدى قلقه إزاء خطر نقل العدوى إلى باقي أفراد الأسرة، مع إصرار الأم على إبداء قلقها من المخاطر التي يمكن أن يرتبها هذا اللقاح، وصدر قرار المحكمة بتأييد قرار الأب والسماح بتطعيم الطفل، دون موافقة المدعى عليها وهي الأم، وحظرت المحكمة على الأم مناقشة أي أيدولوجيات مناهضة للقاحات أمام الطفل. ويؤيد ذلك أيضاً القانون المدني الفرنسي عندما أورد في ثنايا المادة/ (1-2-3737) النص على أنه يجوز للقاضي إذا اقتضت مصلحة الطفل، أن يعهد إلى ممارسة السلطة الأبوية إلى أحد الوالدين.

وفي رأينا أن الطفل في الأساس جزء من الأسرة، والقرار الذي يأخذه الوالدان إنما يصب في مصلحة الأسرة بأكملها، وليس في مصلحة الطفل وحده، فإذا عقدنا موازنة بين الفوائد والأعباء التي ستترتب على قرار الأسرة، سوف نرجح أولوية مصلحة ورغبات الوالدين، متى ثبت أنها تصب في مصلحة الأسرة بشكل حقيقي. يضاف إلى ذلك أن مسألة اتخاذ القرار الطبي تتعلق في أغلب الأحيان بالقيم التي يسترشد بها الآباء عند تقرير مصير أبنائهم، ولو كانت تتعارض مع القرارات الطبية؛ لذلك فعلى الدولة عند التدخل في فصل النزاعات التي تتعلق بهذه المسألة، أن تعطي أولوية لقيم معينة عن غيرها.

ثالثاً: التعارض بين قيم الوالدين وقرارات المحاكم:

يتجه بعض الفقه إلى أن للمريض الحق في أن يأخذ قيمه الخاصة في اعتباره، وتقييمه للمزايا التي ستعود عليه مقارنة بالخيارات المختلفة- أياً كان الرأي الطبي- إلى جانب التقييم الطبي للمخاطر، وفي هذه الحالة يجب على الأطباء احترام خيار المريض، مادامت لا تفتقر إلى الأهلية القانونية لاتخاذ القرار[1].

1 David Archard and el., (2024) "How should we decide how to treat the child: harm ==

بينما يتجه رأي آخر إلى أنه يجب أن تكون الأخلاق الطبية بعيدة عن أي عقيدة دينية، وألا تتضمن نوع من النزعات الفلسفية[1]. وفي رأينا أن الأخلاق الطبية هي جزء أصيل لا يمكن فصله عن العقيدة الدينية، متى كان العلاج المقترح مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بتلك العقيدة، على سبيل المثال: العلاج باستخدام الكحول.

وبمراجعة العديد من السوابق القضائية، وجدنا أن تحديد العلاج المناسب في الحالة التي يستند فيه الآباء إلى قيمهم، تنظر إليه المحاكم بحسب نوع هذه القيمة. على سبيل المثال: الاعتراضات على أساس الدين، فكثير من الأفراد يعتمدون على الإيمان في علاجهم، وهو ما أجبر المحاكم على احترام الدين، والاعتراف بأن القرارات الطبية ليست دائماً علمية. على سبيل المثال في قضية الطفلة DR والتي كانت تبلغ من العمر عشرة أشهر، وأثناء وجودها في العيادة الطبية لتقييم حالتها أصيبت بنوبة صرع شديدة استمرت مدة عشر دقائق، وتوقفت عن التنفس خلال هذه الفترة لمدة 60 ثانية، وعلى الرغم من خطورة وضع الطفلة، إلا أن والديها رفضا التقييم الطبي وأي علاج آخر من الممكن أن يقدم للطفلة، على إثر ذلك تم تقديم طلب إلى المحكمة لفرض حضانتها على الطفلة، وتم قبول الطلب استناداً إلى الإهمال الطبي من جانب الوالدين، وعلى الرغم من ذلك أرجع الوالدان سبب رفض العلاج إلى أسس دينية، وأن الكنيسة ترفض كافة صور العلاج الطبي لجميع الأمراض، اعتماداً على الشفاء الروحي، وأكدا الوالدان أنهما يؤمنان بتعاليم الكنيسة.[2]

==

versus best interests in cases of disagreement", Oxford University Press, Medical Law Review, 2024, (32). p 19.

1 محمد كمال محمد الجيزاوي، "الموافقة المستنيرة، دراسة في الأخلاق الطبية"، مجلة وادي النيل للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية والتربوية، جامعة القاهرة، فرع الخرطوم، المجلد (27)، العدد (27)، جمهورية مصر العربية، سنة 2020م، ص 43.

2 D.R. (2001). OK CIV APP 21, Case Number: 94659. Decided: 01/16/2001, Mandate Issued: 02/20/2001.

جدير بالذكر أن العقيدة الكاثوليكية تعتمد على أن "قيمة حياة الإنسان بوصفها خلق الله أبعد من تقييم الإنسان أو السلطة، وليس البشر إلا مجرد مشرفين على أجسادهم دون أن يملكونها، بل ومسؤولون أمام الله عن هذه الحياة التي أعطيت لهم، ومن ثم لا يجوز لهم العبث بها أو الاعتداء عليها".[1]

ومع ذلك كان للمحكمة رأي آخر، حيث اعتبرت أن الحق في رفض العلاج على أساس القيم الدينية ليس مطلقاً، خاصة في الحالات التي توجه فيها تلك القيم نحو حظر الرعاية المنقذة للحياة، مما يترتب عليها وفاة الطفل في الأغلب، حيث اعتبرت المحاكم أن الآباء لا يجوز لهم أن يجعلوا من أطفالهم شهداء وهم صغار؛ كونهم لن يتمكنوا من الموافقة على تلك العقيدة. إضافة إلى عدم وجود نص في القانون يحرم الطفل من العلاج اللازم استناداً لسبب وحيد، يجعل من الوالد أو الوصي القانوني أن يختاره، ويلجأ إلى الأساليب الروحية من خلال الصلاة وفقاً لممارسات ومعتقدات كنيسة أو طائفة دينية معترف بها، لعلاج أو شفاء مرض أصيب به الطفل.

على الرغم أن المحكمة ليس لديها شك في أن الوالدين يعتقدان أنهما قادران على رعاية الطفلة بشكل سليم، من خلال الاعتماد على العلاج الروحي، وقد لا يشكل ذلك ضرراً للطفلة، إلا أنها وجدت أن للدولة مصلحة في حماية أطفالها، ولها حق التدخل في قرارات الوالدين إذا أدت إلى تهديد حياة طفلهما، وأكدت المحكمة على أن الحق في حرية ممارسة الدين لا تشمل حرية تعريض المجتمع أو الطفل إلى خطر المرض أو الموت، حتى ولو كانت تصرفات الوالدين تتوافق مع معتقداتهم الدينية؛ كونهم لا يمكنهم أن يتحرروا من القيود التشريعية متى كانت قراراتهم تشكل تهديد للسلامة

1 نائل فوزي السودة، "سلطة الأخلاق الطبية قديماً وحديثاً" الناشر: كرسي اليونسكو للفلسفة، فرع جامعة الزقازيق، جمهورية مصر العربية، العدد (60)، سنة 2018م، ص 14.

العامة أو النظام أو صحة ورفاهة الطفل.

في مقابل ذلك، قد تجد المحاكم جدوى للموازنة بين مصالح الوالدين ومصالح الطفل والدولة استناداً إلى العقيدة الدينية، في قضية Newmark v. Williams[1] تم تأييد رأي الوالدين لعلاج ابنهما الذي يبلغ من العمر ثلاث سنوات ومصاب بمرض السرطان، وتم منحه فرصة 40% للبقاء على قيد الحياة في حالة حصوله على العلاج الكيميائي، وكان هذا العلاج سوف يسبب ألماً للطفل، فضلاً عن ترتيبه آثاراً جانبية مؤقتة ودائمة. وقد رفض الوالدان هذا العلاج مقررين أنهما سيطلبان العلاج من الكنيسة. في هذه القضية أصدرت المحكمة قراراً في صالح الوالدين؛ مبررة ذلك بأنه قد ينعم الطفل المريض بالحياة في جو يسوده الرعاية والحب مقابل نوع العلاج الذي تم تقريره من جانب الأطباء والذي سيترتب عليه ألماً، بل ومشكوك في فاعليته.

خلاصة ما تقدم، فإن الآباء ليس لهم رفض كافة أنواع العلاج الطبي، ولهم كذلك الاعتراض على العلاج المقدم المبني على عقيدة دينية معترف بها، إذا بدت أنها ناجحة وأقل خطورة من العلاج الطبي. أما إذا ثبت عدم وجود قيمة علمية لاختيار الوالدين المبني على عقيدتهما، فلن تسمح المحاكم للوالدين اختيار العلاج الذي لا يحقق مصلحة الطفل ورفاهيته.

1 Newmark v. Williams Newmark v. Williams, (1991). 588 A.2d 1108 (Del. Super. Ct. 1991).

الخاتمة

إن القرار الطبي المتعلق بعلاج الطفل هو قرار خاص يتخذه الآباء بالمشاركة مع الفريق الطبي المعالج، والذي يهدف - في جميع الأحوال- إلى حماية رفاهة الطفل وفقاً للمصلحة الفضلى التي يتم الاتفاق عليها أو قبولها من جميع الأطراف المشاركة في اتخاذ القرار. ولأنه يجب التوفيق بين مسؤولية الآباء عند تحديد المصلحة الفضلى للطفل بما يتفق مع الواجبات الأخلاقية والقانونية للطبيب، فعند عدم استطاعة الطبيب ممارسة حكمه المهني والأخلاقي بما يتفق مع رغبات الوالدين، فمن الواجب إحالة الأمر إلى المحكمة، وعندئذٍ يقع على عاتق المحكمة تحديد خطة العلاج التي تخدم مصلحة الطفل ورفاهيته، وفقاً للأدلة والوقائع المقدمة أمامها. وبناء على ما تقدم فقد توصلنا إلى عدد من النتائج والتوصيات على النحو التالي:

أولاً: النتائج:

- يفرض العلاج الطبي للأطفال عدة مسؤوليات تجاه الآباء والأطباء والمحاكم، حيث يتحمل الآباء المسؤولية الأولية والأساسية عند اتخاذ العلاج المناسب لأطفالهم من بين خيارات متعددة، وبما يتناسب مع مصالح الطفل الفضلى. كما يتحمل الأطباء واجبات مهنية وأخلاقية للعمل بما يحقق مصلحة الطفل الفضلى بالشراكة مع الآباء. وفي حالة الخلاف تظهر مسؤولية المحاكم التي يقع عليها عبء اتخاذ القرار وفقاً لمصلحة الطفل ورفاهيته.
- ترتبط المصالح الفضلى ارتباطاً وثيقاً بالنظريات الأخلاقية، بما فيها النفعية. واتخاذ القرارات الفعَّالة المرتبطة بتحديد المصالح الفضلى، يعتمد في الأساس على التنبؤ الدقيق بالعواقب.
- على الرغم من أن الوالدين لهم حرية اتخاذ القرار الطبي لأبنائهم، إلا أن هناك حدوداً لممارسة تلك الحرية؛ كون المسؤولية الأبوية مقيدة بالأخلاقيات والواجبات

المهنية، إضافة إلى المسؤولية العامة من قبل الدولة والتي تبرر التدخل لحماية رفاهة الطفل.

- حددت العديد من التشريعات المقارنة الأطر الواجب اتباعها عندما يتعلق القرار الطبي بقاصر، ومنها من اقتصر فقط على تأكيد المسؤولية الكاملة للأبوين أو الولي أو الوصي عن القرار الطبي للطفل كالنظام السعودي والقانون المصري، ومنهم من وسع في ضوابط الوصاية بالنيابة عن قرار الطفل كالقانون الإماراتي والقانون الفرنسي، بل أعطوا الحق للقاصر باتخاذ قراره الطبي بنفسه في ظل شروط معينة.
- تباينت آراء المحاكم في حالات إنهاء الخلاف بين مقدمي الخدمة الصحية والآباء، وعلى الرغم من ارتباطها بتشريعات الدولة إلا أنه من الواضح مراعاتها لمصلحة الطفل الفضلى في جميع الأحوال.

ثانياً: التوصيات:

1- وضع اشتراطات معلنة وواضحة لإقامة نظم صحية عالية الشفافية والموثوقية، بما يكفل حماية حقوق المرضى وأسرهم.

2- وضع آليات تضمن تقديم المعلومات الطبية للآباء بما يتناسب مع خبراتهم وقيمهم الاجتماعية، وبما يتناسب مع تخفيف الأذى الذي يشعرون به، من أجل خفض مستويات التضارب أثناء ترجيح العلاج المناسب للطفل، ولا يتحقق ذلك إلا بإكساب مقدمي الخدمة الصحية المهارات اللازمة للقيام بذلك.

3- نشر الوثائق والمعلومات اللازمة بشأن ضمان سلامة المرضى وحقوقهم، بما في ذلك حقوق مقدمي الرعاية الصحية وتحديد مسؤولية كل طرف مشارك في عملية اتخاذ القرار.

4- ضمان التمويل الكاف لمقدمي الرعاية الصحية، بما يوفر احتياجاتهم التي على أساسها قد يتخذون قراراً علاجياً لا يتفق مع قرار الوالدين، بسبب أعبائهم

البشرية والمادية، والتي تمثل عائقاً أمام قدرتهم على تقديم الرعاية المناسبة.

5- وضع استراتيجية عامة لقطاع الخدمات الطبية -الخاص والعام- تتضمن الأهداف والأولويات الصحية العامة، وتحديد أوجه المخاطر التي يمكن تجنب حدوثها، مع ضرورة تحديد الموارد المتاحة التي تضمن تنفيذ أهداف تلك الاستراتيجية، بما فيها القيم المتعلقة بسلامة المريض.

6- اتخاذ إجراءات مستدامة، تكفل رعاية المريض، من بينها:

- تبني وسائل التكنولوجيا في توفير المعلومات الصحية اللازمة، بما يسهل عملية التواصل عن بعد، والحد من ازدحام المستشفيات، وإيجاد طرق مناسبة للعلاج بأقل التكاليف.
- وضع نماذج تتضمن أطر محددة تساعد في اتخاذ القرار الطبي بشكل تشاركي بين الأطباء والأطفال أو من يمثلونهم من الآباء.
- وضع سياسات إجرائية علانية وشفافة، تنظم عملية الموافقة المستنيرة للآباء عند اتخاذ إجراءات العلاج، بما يضمن وضوح الخيارات المختلفة لهم.
- تعزيز الدعم النفسي للآباء؛ لمساعدتهم في اتخاذ القرار بشكل طوعي، وبما يصب في مصلحة الطفل.

7- على الرغم من عدم توافر معايير أساسية ومحددة على سبيل الحصر للمحاكم - والسبب في ذلك هو اختلاف الحالات المرضية التي تعرض عليها- لتحديد ما يكون في مصلحة الطفل الفضلى، إلا أننا نوصي بوضع نموذج استرشادي يتضمن الضوابط الطبية والأخلاقية والاجتماعية والدينية بحسب تشريع كل دولة، إضافة إلى بيان الحالات التي يتوافر فيها حق الدولة في التدخل لضمان حماية مصلحة مواطنيها، لتحقيق ما هو أفضل للطفل.

قائمة المراجع

أولاً: مراجع باللغة العربية:

(أ) الكتب والأبحاث العلمية:

- أشرف رمال، "حقوق المرضى بين التشريع والقضاء"، مجلة الحقوق، الجامعة اللبنانية، العدد الأول، سنة 2019م.
- إبراهيم مدكور، "المعجم الفلسفي". الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية جمهورية مصر العربية، القاهرة، سنة 1983م.
- حسين علي، "فلسفة الطب". الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر والتوزيع، جمهورية مصر العربية، القاهرة، سنة 2009م.
- لؤي فارس سيد إبراهيم، "دور إرادة المريض في الممارسة الطبية"، المجلة العربية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الخامس والعشرون، الجامعة الإسلامية، لبنان، سنة 2024م.
- محمد كمال محمد الجيزاوي، "الموافقة المستنيرة، دراسة في الأخلاق الطبية"، مجلة وادي النيل للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية والتربوية، جامعة القاهرة، فرع الخرطوم، المجلد (27)، العدد (27)، جمهورية مصر العربية، سنة 2020م.
- مراد صغير، "مدى التزام الطبيب بتبصير المريض، دراسة علمية تأصيلية مقارنة"، مجلة الحقوق، الكويت، المجلد 34، العدد (4)، سنة 2010م.
- نائل فوزي السودة، "سلطة الأخلاق الطبية قديماً وحديثاً". الناشر: كرسي اليونسكو للفلسفة، فرع جامعة الزقازيق، جمهورية مصر العربية، العدد (60)، سنة 2018م.

(ب) المواثيق الدولية والقوانين والتشريعات الوطنية:

- مرسوم بقانون اتحادي (دولة الإمارات العربية المتحدة) رقم (4) لسنة 2016م بشأن المسؤولية الطبية. الجريدة الرسمية العدد (601) بتاريخ 15 أغسطس 2016م.
- قانون اتحادي (دولة الإمارات العربية المتحدة) رقم (3) لسنة 2016 م بشأن حقوق الطفل "وديمة".
- قانون اتحادي(دولة الإمارات العربية المتحدة) رقم (5) لسنة 2019م في شأن تنظيم مزاولة مهنة الطب البشري.
- نظام مزاولة المهن الصحية السعودي، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 1426/11/4هـ، ولائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 1439/1/2هـ.
- الدليل الإرشادي "المعايير السعودية للرعاية الصحية المرتكزة على الإنسان" الصادر عن وزارة الصحة السعودية، بتاريخ 2021/12/2م.
- مشروع قانون المسؤولية الطبية وحماية المريض المصري، وافق عليه مجلس الشيوخ المصري في 2024/12/23م
- -قانون الصحة العامة الفرنسي لسنة 1935م وأحدث تعديلاته. Code de la santé publique,
- -قانون حقوق المرضى الفرنسي لسنة 2002م. (Loi relative aux droits des patients)
- -قانون الطفل بالمملكة المتحدة لعام 1989م. (Children Act 1989(UK)
- قانون التبني والأسر الآمنة (ASFA) الأمريكي، ١٩٩٧م. (Adoption and Safe

(Families Act (ASFA

- قانون منع ومعالجة إساءة معاملة الأطفال (CAPTA)1996م. Child Abuse Prevention and Treatment
- المبادئ التوجيهية للرعاية البديلة للأطفال- الصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في 18 ديسمبر 2009م، الدورة الرابعة والستون، بناء على تقرير اللجنة الثالثة رقم (A/64/434).
- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948م.
- اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989م.
- الميثاق الإفريقي لحقوق ورفاهة الطفل لعام 1990م، دخل حيز التنفيذ في 29 نوفمبر 1999م.

ثانياً: مراجع باللغة الأجنبية:

- A Local Health Board v Y (A Child) and Others (2016). EWHC 206 (Fam).
- Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain management: Operative or medical procedures and trauma. Rockville: Department of Health and Human Services, Pub. No. 94e0592, (1992).
- Buchanan AE, Brock DW. (1989) Deciding for others: the ethics of surrogate decision making. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust v E (2021). EWHC 126.
- Castleberry, C. (2017) 'God makes no mistakes': Christian couple in Michigan are charged with manslaughter after they refused jaundice treatment for their newborn daughter. Published: 22:25 GMT, 28 September 2017. Retrieved 23 Nov 2024. http://www. daily mail.

co.uk/news/article-4930978/Jaundice-kills-baby-parents-refuse-treatment-her.html.

- Charles Gard and Others v the United Kingdom, (2018): Application No 39793/17: European Court of Human Rights (First Section).
- Cooper R, Koch KA (1996). Neonatal and pediatric critical care: ethical decision making. Crit Care Clin.
- David Archard and el., (2024) "How should we decide how to treat the child: harm versus best interests in cases of disagreement", Oxford University Press, Medical Law Review, 2024, (32).
- Diekema DS (2004). Parental refusals of medical treatment: the harm principle as threshold for state intervention. Theor Med Bioeth.
- Douglas L. Hill and others (2017). Parental Concordance Regarding Problems and Hopes for Seriously Ill Children: A Two-Year Cohort Study. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 53 No. (5 May 2017).
- D.R. (2001). OK CIV APP 21, Case Number: 94659. Decided: 01/16/2001, Mandate Issued: 02/20/2001.
- Gajarov v. Allegheny Cnty. (2019), Office of Children. 376 F. Supp. 3d 547 (W.D. Pa. 2019).
- Gillam, L. (2015) "The zone of parental discretion: An ethical tool for dealing with disagreement between parents and doctors about medical treatment for a child". Clinical Ethics.
- Hariyani, S. (2005). "Sengketa medik: alternatif penyelesaian perselisihan antara dokter dengan pasien. Diadit Media". Safitri Hariyani- Jakarta: Diadit Media.
- H D.V. L, (2023). COUR SUPÉRIEURE- (Chambre familiale). No: 500-04-

078558-229. 2023 QCCS 661. https://canlii.ca/t/jw028.

- Indi Gregory, Cas No: FD23P004452. Royal courts of justice strand, London, WC2A.2LL, 8 November 2023.
- Jean Bernier, Plaintiff, v. Carl Koenigsmann, et al. (2021), 05-13-2021. 9:17-CV-0254 (DNH/ATB), United States district court northern district of New York.
- Jo Bridgeman, (2021) "Our legal responsibility . . . to intervene on behalf of the child': Recognizing public responsibilities for the medical treatment of children". Medical Law International, Vol. 21(1).
- Johan Christiaan Bester. (2018). The best interest standard and children: clarifying a concept and responding to its critics. Bester JC. J Med Ethics. doi:10.1136/medethics-2018-105036
- Mackintosh, K., McConnell, P. (2022). Parent and medical team disagreements in the UK: universal lessons in the origins and resolution in conflict. J Anesth Analg Crit Care 2, (47). https://doi.org/10.1186/s44158-022-00075-2
- Maxwell J Smith. How 'Ought' the Best Interests of Children be Considered in Medical Decision-making? Canadian Journal of Bioethics, June 2024 -7(2-3):222.
- Meyer v. France King R (2014) EWHC:2964.
- Meyer v. France, (2021). https://www.canlii.org/en/.
- Newmark v. Williams Newmark v. Williams, (1991). 588 A.2d 1108 (Del. Super. Ct. 1991).
- Ney v. Canada (Attorney General), (1993). CanLII 1301 (BC SC). https://canlii.ca/t/1dhsj.

- Nottingham University Hospitals NHS Foundation Trust v Gregory & Ors (2023), EWHC 2556 (Fam); https://www.judiciary.uk/.
- Norbert J. Weidner, MD, and Diane M. Plantz, MD, MA. (2014)" Ethical Considerations in the Management of Analgesia in Terminally Ill Pediatric Patients". Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 48 No. 5 November 2014.
- Plaintiffs, v. UPMC and ALLEGHENY COUNTY. (2024), Civil Action 20-497 (W.D. Pa. Oct. 28, 2024).
- Pope, T. (2017). 'Marwa Bouchenafa - French Court Orders Clinicians to Treat Baby over Their Objections.' Medical Futility Blog from <http: //medicalfutility.blogspot.co.uk/2017/03/marwa-bouchenafa-french-court-orders_19.html>.
- Prince v. Massachusetts, (1944).321 U.S.158.
- Re H (Parental Responsibility: Child Vaccination), (2020). EWCA Civ 664.
- Rhodes R, Holzman IR (2004). The not unreasonable standard for assessment of surrogates and surrogate decisions. Theor Med 2004.
- Royal court justice. Strand London, WC 2A 211, 22-05-2020.
- R v BM (2018), EWCA Crim 560.
- Schoeman F. (1985), Parental discretion and children's rights: background and implications for medical decision-making. J Med Philos.
- Spijkers, L. (2015) "The zone of parental discretion: An ethical tool for dealing with disagreement between parents and doctors about medical treatment for a child". Clinical Ethics.
- Spijkers AS, Akkermans A, Smets EMA, et al. (2022), "How doctors manage conflicts with families of critically ill patients during

conversations about end-of-life decisions in neonatal, pediatric, and adult intensive care". Intensive Care Med. 48, (7).

- Tafida Raqeeb v. Barts NHS Foundation Trust (2019), EWHC 2531.
- United Nations Human rights. (2002). 'Convention on the Rights of the Child.' From http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx.
- Washington v. Glucksberg, 521 U.S. 702 (1997). Supreme Court of the United States. Decided June 26, 1997.
- Weaver MS, October T, Feudtner C, Hinds PS. "**Good-parent beliefs": research, concept, and clinical practice**. Pediatrics. 2020;145(6). doi:10.1542/peds.2019-4018.
- Wilkinson D, Savulescu J. (2018), "Ethics, conflict and medical treatment for children: From disagreement to dissensus [Internet]." London (UK): Elsevier; 2018 Sep 4.

المواقع الإلكترونية:

- الموقع الرسمي لحكومة الولايات المتحدة الأمريكية https://acf.gov
- الموقع الرسمي لحكومة دولة الإمارات العربية المتحدة

https://uaelegislation.gov.ae

- موقع هيئة الخبراء السعودي https://www.boe.gov.sa
- موقع الأمم المتحدة لحقوق الإنسان http://www.ohchr.org