



مجمع فقهاء الشريعة بأمريكا

مؤتمر الأئمة التاسع عشر

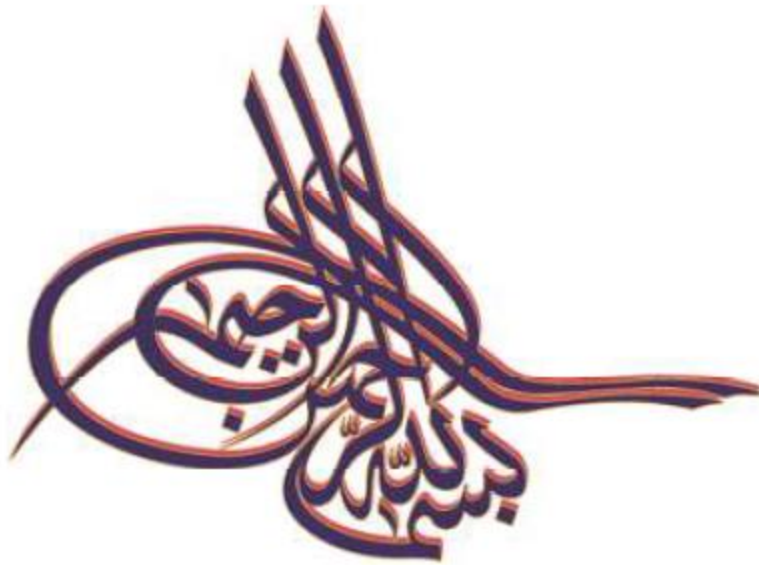
هيوستن - أمريكا

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

د. باسم أحمد حميد

"الآراء في هذا البحث تعبر عن رأي الباحث وليس بالضرورة عن رأي أمجا"

Opinions in this research are solely those of the author and do not represent AMJA.



فهرس المحتويات

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | ملخص البحث | 5 |
| 2. | المقدمة | 7 |
| 3. | مصطلحات البحث | 9 |
| 4. | المبحث الأول: الأحكام الفقهية الخاصة بالمعالجة | 12 |
| 4.1 | المطلب الأول: مشروعية ترك المعالجة عموماً | 12 |
| 5. | المبحث الثاني: حكم المعالجة في المدارس الفقهية | 20 |
| 5.1 | المطلب الأول: أقوال الفقهاء | 20 |
| 5.1.1 | أولاً: مذهب الأحناف | 20 |
| 5.1.2 | ثانياً: مذهب المالكية | 20 |
| 5.1.3 | ثالثاً: مذهب الشافعية | 21 |
| 5.1.4 | رابعاً: مذهب الحنابلة | 21 |
| 5.1.5 | خامساً: آراء المعاصرين | 22 |
| 5.2 | المطلب الثاني: المناقشة والترجيح لحكم المعالجة | 23 |
| 5.2.1 | أولاً: المعالجة باعتبار ولي الأمر ومن ينوب عنه | 23 |
| 5.2.2 | ثانياً: حكم المعالجة باعتبار التطبيب (تقديم المعالجة) - أي فيما يتعلق بالطبيب وأعضاء الفريق الطبي | 24 |
| 5.2.3 | ثالثاً: حكم المعالجة باعتبار الطلب (الاستطباب والاستشفاء وطلب التداوي) - أي فيما يتعلق بالمريض ووليه | 25 |
| 5.3 | المطلب الثالث: أحكام الامتناع عن المعالجة | 26 |
| 6. | المبحث الثالث: الإذن الطبي وملحقاته | 27 |
| 6.1 | المطلب الأول: الإذن الطبي | 27 |
| 6.1.1 | أولاً: مشروعية الإذن الطبي | 27 |
| 6.1.2 | ثانياً: أركان الإذن الطبي | 29 |
| 6.1.3 | ثالثاً: شروط الإذن الطبي | 29 |
| 6.2 | المطلب الثاني: الإذن المسبق <i>Advance directives</i> ، وصية الحياة <i>Living will</i> ، التوكيل الطبي | |

30..... *Medical power of attorney*

31..... 6.2.1 الفرع الأول: التكيف الفقهي للمسألة

33..... 6.2.2 الفرع الثاني: المصالح الشرعية المعتبرة للإذن المسبق والتوكيل

36..... 6.2.3 الفرع الرابع: عجز المريض عن إصدار الإذن

38..... 6.3 المبحث الرابع: الأحكام الفقهية العملية المتعلقة بالامتناع عن المعالجة

38..... 6.4 المطلب الأول: الأمراض المزمنة المستقرة: *Stable chronic diseases*

39..... 6.4.1 الفرع الأول: الأمراض الميؤوس من شفائها

39..... 6.4.2 الفرع الثاني: أوجه المصلحة والمفسدة في معالجة الأمراض اليائسة

42..... 6.4.3 الفرع الثالث: المعالجات التلطيفية Palliative treatment

43..... 6.4.4 الفرع الرابع: مسألة الإنعاش

6.5 المطلب الثاني: التغذية والإماهة الاصطناعية *Artificial nutrition and hydration*

51..... (ANH)

51..... 6.5.1 الفرع الأول: معنى التغذية الاصطناعية

52..... 6.5.2 الفرع الثاني: إشكالية التغذية الاصطناعية

53..... 6.5.3 الفرع الثالث: حقيقة التغذية الاصطناعية

57..... 6.5.4 الفرع الرابع: حكم الامتناع عن التغذية والإماهة الاصطناعية

6.6 المطلب الثالث: حالات اضطراب الوعي المديدة *Prolonged disorders of*

58..... *consciousness (PDOC)*

58..... 6.6.1 الفرع الأول: مفهوم الوعي Consciousness

59..... 6.6.2 الفرع الثاني: اضطرابات الوعي

65..... 7. النتائج

68..... 8. قائمة المصادر والمراجع

68..... 8.1 المراجع العربية:

74..... 8.2 المراجع الإنجليزية

1. ملخص البحث

يتناول هذا البحث الأحكام الفقهية للأمراض الميؤوس من شفائها. وهي من نوازل العصر التي تعددت فيها البحوث والفتاوى. وتتمثل إشكالية البحث في عدم وجود أحكام واضحة تستوعب الجوانب المعقدة المختلفة لهذه النوازل، وتحيط بالتفاصيل التي تواجه الناس في الواقع العملي بما يتماشى مع الممارسة العملية للطب. وتزداد الإشكالية أهمية في الغرب، حيث تكثر هذه النوازل، ويفتقر المسلمون وذوو الشأن إلى فتاوى تفصيلية عملية واضحة العبارة والمضمون باللغات المحلية. ومن ثم فقد تمثلت أهداف البحث في تفصيل الحكم الفقهي للمعالجة والامتناع عنها، ثم بيان الضوابط الشرعية التي تحكم ممارسة الطب بشكل عام، ومعالجة الأمراض بشكل خاص، والمصالح المعتبرة للامتناع عن معالجة الأمراض الميؤوس من شفائها. ومن ثم التركيز على الأحكام المتعلقة بالامتناع عن المعالجات الشائعة في الأمراض الميؤوس من شفائها، وخصوصاً مسائل الإنعاش والوسائل الداعمة للحياة، ومسألة التغذية الاصطناعية. وأبرز البحث في هذا السياق بعض الحالات الخاصة كاضطرابات الوعي المديدة. وقد خلص البحث إلى نتائج كثيرة أهمها اختلاف حكم المعالجة حسب مكانتها. فهي تكون بموقع التداوي طلباً من المريض، أو بموقع المداواة وذلك تزويداً من العاملين في الميدان الطبي ومن ورائهم ولي الأمر ومن ينوب عنه. وتنسحب على كل فرع من تلك الفروع الأحكام الخمسة من الوجوب والاستحباب والإباحة والكرهية والتحريم. وتنضبط ممارسة الطب بالقواعد الفقهية ومن ذلك النظر في تحقيق المصالح ودفع المفاسد والموازنة بينها في ضوء المعطيات العلمية المعروفة. وتنضبط علاقة المريض بالطبيب بعقد مُحَدَّث هو عقد الاستطباب الذي يستوجب الإذن الطبي. وبناء على ذلك يمكن التكييف الفقهي لكثير من الممارسات الغربية

د. باسم أحمد حميد

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

كموافقة المريض على المعالجة والإذن المسبق ووصية الحياة والوكالة الطبية، والتي لها مصالح شرعية معتبرة تجعل

استخدامها سائغاً مشروعاً. ثم يخلص البحث إلى جواز الأمر بعدم بدء محاولة الإنعاش، ثم جواز الامتناع عن كافة

المعالجات العقيمة (شروعاً أو إيقافاً بعد بدئها) بما في ذلك الوسائل الداعمة للحياة والتغذية الاصطناعية بأنواعها

المختلفة، وذلك في ضوء الضوابط الشرعية التي فصلها البحث؛ وفي تلك الحالة تحل محلها المعالجات التلطيفية على

الوجوب. ويبقى حكم مسألة موت المرحة والموت بمساعدة الطبيب محرماً.

2. المقدمة

إن الحمد لله، نحمده ونستعينه ونستهديه ونستغفره. ونعوذ بالله من شرور أنفسنا وسيئات أعمالنا. إنه من يهده الله فلا مضل له، ومن يضلل فلا هادي له.

وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له، أحاط خلقه بالرحمة وأقام شرعه بالحكمة، وأودع القرآن لكل شيء حكمه، فقال عز من قائل: " مَا قَرَطْنَا فِي الْكِتَابِ مِنْ شَيْءٍ"^(١).

وأشهد أن محمداً عبده، ورسوله وصفيه من خلقه وخليته، بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة على نحو ما قدر ربه " الْيَوْمَ أَكْمَلْتُ لَكُمْ دِينَكُمْ وَأَتَمَمْتُ عَلَيْكُمْ نِعْمَتِي وَرَضِيْتُ لَكُمُ الْإِسْلَامَ دِينًا"^(٢).

والصلاة والسلام على سيدنا وحبينا ومرشدنا ومعلمنا وقره أعيننا نبينا محمد وعلى آله وصحبه وذريته وأهل بيته الطيبين الطاهرين ومن استن بسنته واقتفى هديه إلى يوم الدين وبعد

فإن أحكام الدين كلها قائمة على الرحمة والحكمة. وقد اقتضت حكمة الباري عز وجل أن جعل من أجل مقاصد الشريعة الغراء حفظ النفس، وشرع من الأحكام ما ينشئ هذه المصلحة ويصونها ويضمن استقامتها.

ثم إن الله عز وجل جعل البلاء في هذه الدار من أمره وقدره، وجعل الشفاء من أمره وقدره. " وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِين"^(٣). وبين ذلك رسول الله صلى الله عليه وسلم فقال: " إن الله أنزل الداء والدواء، وجعل لكل داء دواء

^(١) سورة الأنعام: جزء من الآية 38.

^(٢) سورة المائدة: جزء من الآية 3.

^(٣) سورة الشعراء: الآية 80.

فتداووا..⁽⁴⁾.

ولذلك فقد كانت أحكام الداء والدواء من صميم الشريعة، فبذل أهل العلم في مختلف مراحل تطور الفقه جهداً جليلاً لإماطة اللثام عن تلکم الأحكام، فاحتوت كتب الفقه على نفيس ما كتبه وبتديع ما جمعه.

هذا وإن تعقد الحياة وتقدم العلوم في مختلف المجالات قد ترافق بتشخيص مزيد من الأمراض. ثم إن الله فتح على عباده بتقدم المعارف واكتشاف أدوية وعلاجات جديدة ووسائل لدعم الحياة ومساندتها. ومع ذلك فإن كثيراً من الأمراض بقيت عصية على المداواة والوسائل العلاجية المعروفة. وأصبح استخدام هذه الوسائل يشكل امتحاناً وبلاءً للمريض وأهله، ويتعداه إلى العاملين في ميدان الخدمات الطبية، بل ويشكل تداعيات خطيرة بما تحمله من أعباء اقتصادية وقانونية واجتماعية على المستوى الفردي والمؤسسي.

فاستخدام بعض الوسائل المساندة للحياة في داء لا يرجى برؤه قد يزيد من حجم المعاناة والآلام التي تمسه من غير جدوى أو أثر مباشر في عافيته الجسدية. ثم إن من تكاليف العلاج في مثل هذه الحالات ما تنوء به العصابة أولو القوة. إن المسلم الحصيف هو الذي يتحرى شرع الله سبحانه وتعالى في سكناته وحركاته، وسائر أفعاله في السراء والضراء، والرشاء والبلاء. لذلك كان حرياً بأهل العلم أن يقوموا بتجلية الأحكام للأنام على نحو يزول معه اللبس والأوهام، فيما استجد من نوازل الداء الذي يستعصي على الدواء وأنماط العلاجات التي يغلب على الظن أنها غير ذات جدوى. وإني لأسأل الله تبارك وتعالى أن يتفضل علينا فيكون هذا البحث المتواضع لبنة في جهد أهل العلم وأساساً بيني عليه في

⁽⁴⁾ أخرجه أبو داود في السنن، كتاب الطب، باب في الأدوية المكروهة، ط1، ص23، رقم (3874)، تحقيق الأرئووط، شعيب، وقال: صحيح لغيره.

3. مصطلحات البحث

الميؤوس منه

اليأس معروف، وتعريفه بها سواه قد يكون تعريفاً بالأخفى. وما سيجري عليه البحث هو استخدام مصطلح اليأس للدلالة على اضمحلال الأمل والرجاء بدلاً من انقطاعه بالكلية، إذ أن ذلك إلى حقيقة الواقع أقرب، ولتحقيق معنى العرف أصوب. والذي ينبغي التأكيد عليه هنا أن هذا اليأس إنما ما كان في قدرة البشر ودائرة الأسباب المتاحة لهم في نطاق العلم والواقع، ولا ينبغي فهمه بالمعنى المطلق. فلا تعارض إذن مع الحديث السابق أن لكل داء دواء.

فيما يلي عرض لبعض المصطلحات التي تتصل بموضوع البحث، وسيتردد ذكرها. فكان لا بد من إيضاحها.

المرض المزمن Chronic Disease

الزمانة في اصطلاح الفقهاء هي "وصف يطلق على من تعطلت حركته أو ضعفت بسبب اختلال في عقله أو فقد بعض حواسه أو بعض أعضائه أو تعطل قواها على وجه يدوم طويلاً ولا يرجى زواله غالباً".^(١) فمدار المعنى الاصطلاحي للزمانة كون الداء عاهة مزمنة.

والزمانة في العرف الطبي هي طول المرض بصرف النظر عن شدته وتأثيره على وظيفة المريض. ويعرّف المرض المزمن

(١) العنقاوي، رسالة أثر رجاء البرء من المرض في العبادات، رسالة ماجستير، د.ط، ص 23.

chronic disease أنه كل مرض يدوم ما يزيد على ثلاثة أشهر، وذلك وفقاً للمركز الوطني الأمريكي للإحصاءات

الصحية U.S. National Center for Health Statistics⁽⁶⁾

ويشمل ذلك أدواءً تشمل طيف التعقيد كله، كالبدانة والداء السكري والشلل وغيرها.

وحيثما يرد مصطلح الزمانة في هذا البحث فإنه يقصد به المعنى الطبي العرفي المعاصر، خلافاً للاصطلاح

الفقهية الذي قد يشمل المرض اليأس، مما قد يسبب خطأً في تنزيل الحكم المناسب.

المرض الانتهائي (الختامي) Terminal disease

للمرض الانتهائي بالعرف الطبي المعاصر تعريفات متقاربة مدارها أن يكون المرض غير قابل للشفاء ويتوقع منه الموت

في المستقبل المنظور إلى حد الستين⁽⁷⁾؛ أو ينجم عنه حالة فقد للوعي لا يتوقع تراجعها⁽⁸⁾. ويظهر قرب هذا التعريف من

المرض المخوف ومرض الموت. ولذلك فلا حرج من استخدام هذا المصطلح لموافقته للمفهوم الفقهي.

نهاية الحياة End-of-life

وهو مصطلح شركات التأمين، ويعنى به المرحلة المباشرة السابقة لانتهاء الحياة والتي لا تأثير للتدخلات الطبية فيها،

وتقدر بستة أشهر. فهي جزء محدد من المرض الانتهائي وعلاقتها به علاقة خصوص وعموم.

جدوى المعالجة effectiveness ويأسها futility

⁽⁶⁾ ينظر <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=33490>

Hui et al: *Concepts and Definitions for "Actively Dying," "End of Life," "Terminally Ill," "Terminal Care," and "Transition of Care": A Systematic Review*, J Pain Symptom Manage, 47(1): 77-89.

American Cancer Society⁽⁸⁾
<https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/understanding-financial-and-legal-matters/advance-directives/faqs.html>

ليس من كثير نفع في محاولة الخوض في المعنى اللغوي والفقهية لهذا المصطلح. ولذلك سيقتصر على معناه الإجرائي. فيقصد بالمعالجة المجدية تلك التي يغلب الظن بنفعها على عدمه أو على الضرر المترتب عليها، وذلك بمقتضى العرف والعادة عند أهل الاختصاص. ويقابلها المعالجة الميؤوسة. فإذا اضمحل الظن بفعالية معالجة ما وتلاشى الأمل بحيث يصبح بحكم المعدوم، فإنه يُصطلح على تسمية تلك المعالجة "المعالجة العقيمة" futile treatment، فتبلغ المعالجة عندها مرحلة "العقم" futility؛ وهذا المفهوم هو الذي يعوّل عليه في صناعة القرارات بشأن الامتناع عن المعالجة وكذلك في صنع الأحكام الفقهية في المسائل المدروسة في هذا البحث. واليأس هو حالة خاصة لمعالجة مخصوصة في مريض مخصوص، ولا يطلق على أي معالجة بالمعنى العام. فيقال إن الإنعاش القلبي في هذا المريض يائس لمرور 45 دقيقة على توقف قلبه، ولا يمكن التعميم بأن يقال مثلاً إن الإنعاش القلبي الرئوي غير مجديّ عموماً، لأنه قد يكون نافعاً في كثير من الحالات الأخرى.

ويميّز أهل الفن بين نوعين من اليأس: ⁽⁹⁾

1- اليأس الكميّ quantitative futility: بحيث يكون احتمال نفع معالجة ما ضعيفاً جداً. ومثاله يأس

الإنعاش القلبي الرئوي في معالجة من توقف قلبه لمدة طويلة.

2- اليأس النوعي qualitative futility: بحيث يكون نوعية النفع الناتج عن معالجة ما مدقعة أي لا فائدة

عملية. ويكون ذلك لأسباب عديدة منها كون الأثار الجانبية للمعالجة تفوق المرض ذاته، أو لا يمكن معها

1. Jecker, "Medical futility"
<https://depts.washington.edu/bioethx/topics/futil.html>

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

د. باسم أحمد حميد

العيش بهناء. ومثاله نجاح الإنعاش القلبي الرئوي في إرجاع وظائف الجسد لكن بما لا تستقيم معه الحياة بل

بأن تكون نباتية.

الإنذار Prognosis والنتيجة Outcome

يقصد بالإنذار التقدير المحتمل لمآل حالة مرضية (أي حصيلتها ونتيجتها) outcome معينة من حيث تحقق الشفاء من عدمه. وهي تعكس غلبة الظن في تقرير مآل المرض بناء على الدراسات المتوفرة. فيقال إنذار سيء أو جيد أو أسوأ من ذلك أو أحسن منه. وقد يصار إلى استخدام نسبة مئوية تعكس ذلك؛ كأن يقال إن 45% من المرضى المصابين بحالة معينة يموتون خلال 4 أسابيع. ويرتبط الإنذار ارتباطاً وثيقاً بجدوى المعالجة أو يأسها كما تقدم شرحه آنفاً.

4. المبحث الأول: الأحكام الفقهية الخاصة بالمعالجة

4.1 المطلب الأول: مشروعية ترك المعالجة عموماً

وفيه قوله صلى الله عليه وسلم: "يدخل الجنة من أمتي سبعون ألفاً بغير حساب، قالوا: من هم يا رسول الله؟ قال هم الذين لا يسترقون ولا يتطيرون ولا يكتون وعلى ربهم يتوكلون"⁽¹⁰⁾.

وقوله: "من اكتوى أو استرقى فقد برئ من التوكل"⁽¹¹⁾

مع أن الكي وسيلة علاج معروفة استعملها رسول الله صلى الله عليه وسلم، فقد "رمي أبي يوم الأحزاب على أكحله

⁽¹⁰⁾ أخرجه مسلم في صحيح مسلم، كتاب الإيمان، باب الدليل على دخول طوائف من المسلمين الجنة بغير حساب ولا عذاب، ط1، ج1، ص198، رقم (218).

⁽¹¹⁾ أخرجه الترمذي في السنن، كتاب الطب، باب ما جاء في كراهية الرقية، ط1، ج3، ص573، رقم (2055) وقال حسن صحيح.

د. باسم أحمد حميد

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

فكواه رسول الله صلى الله عليه وسلم⁽¹²⁾. وكذلك فقد "رُمي سعد بن معاذ في أكحله قال فحسمه النبي -صلى الله عليه

وسلم -بيده بمشقص ثم ورمته فحسمه الثانية"⁽¹³⁾. فمن ترك الكي -والحال ما ذكر- أ يكون تاركاً لواجب يأثم به أم

فاعلاً لفضيلة يؤجر عليها؟

وفي حديث ابن عباس رضي الله عنهما إذ قال لعطاء بن رباح: "ألا أريك امرأة من أهل الجنة؟ قال: بلى، قال: هذه المرأة

السوداء أتت النبي صلى الله عليه وسلم فقالت: إني أصرع وإني أتكشف فادع الله لي، قال: إن شئت صبرت ولك الجنة،

وإن شئت دعوت الله أن يعافيك، قالت: أصبر، قالت: فإني أتكشف فادع الله أن لا أتكشف، فدعا لها"⁽¹⁴⁾.

واستنبط ابن حجر في فتح الباري: "... فضل من يصرع، وأن الصبر على بلايا الدنيا يورث الجنة، وأن الأخذ بالشدة

أفضل من الأخذ بالرخصة لمن علم من نفسه الطاقة ولم يضعف عن التزام الشدة، وفيه دليل على جواز ترك التداوي،

وفيه أن علاج الأمراض كلها بالدعاء والالتجاء إلى الله أنجع وأنفع من العلاج بالعقاقير، وأن تأثير ذلك وانفعال البدن

عنه أعظم من تأثير الأدوية البدنية، ولكن إنما ينجع بأمرين: أحدهما من جهة العليل وهو صدق القصد، والآخر من

جهة المداوي وهو قوة توجهه وقوة قلبه بالتقوى والتوكل."⁽¹⁵⁾

إن وجه الدلالة في فضل ترك التداوي جليّ واضح لا مرأى فيه، وذلك على الرغم من إمكان الشفاء من الداء على وجه

التحقيق فضلاً أن يكون على وجه الظن بالعقاقير وغيرها. بل وثمة أمر آخر في الحديث لا بد من الإشارة إليه وهو أن

داء الصرع هو من الأمراض التي قد تكون مهلكة تتسبب بالوفاة، ومع ذلك فقد ورد فيه الحديث بالحث على الصبر.

⁽¹²⁾ أخرجه مسلم في صحيح مسلم، كتاب السلام، باب لكل داء دواء واستجاب التداوي، ط1، ج4، ص1730، رقم (2207).

⁽¹³⁾ أخرجه مسلم في صحيح مسلم، كتاب السلام، باب لكل داء دواء واستجاب التداوي، ط1، ج4، ص1731، رقم (2208).

⁽¹⁴⁾ أخرجه البخاري في الصحيح، كتاب المرضى، باب فضل من يصرع من الريح، ط1، ج5، ص2140، رقم (5328).

⁽¹⁵⁾ ابن حجر العسقلاني، فتح الباري، ط1، ص121.

وحديث جابر رضي الله عنه قال: "استأذنت الحمى على رسول الله صلى الله عليه وسلم وقال: من هذه؟ قالت: أم ملدم.

فأمر بها إلى أهل قباء، فلقوا منها ما يعلم الله فأتوه فشكوا ذلك إليه فقال: ما شئتم؟ إن شئتم دعوت الله فكشفها عنكم

وإن شئتم أن تكون لكم طهوراً؟ قالوا: وتفضل يا رسول الله؟ قال: نعم. قالوا: فدعها" (16).

وفي الحديث دلالة واضحة على فضل الصبر على الداء مع إمكان تحقق العافية منه قطعاً لا ظناً.

وحديث أبي بن كعب أنه قال: "يا رسول الله ما جزاء الحمى قال: تجري الحسنات على صاحبها ما اختلج عليه قدم أو

ضرب عليه عرق، قال أبي: اللهم إني أسألك حمى لا تمنعني خروجاً في سبيلك. فلم يمسه أبي قط إلا وبه الحمى" (17).

قال الذهبي: "ملازمة الحمى له حَرَفَتْ خلقه يسيراً، ومن ثم يقول زرّ بن حبيش كان أبي فيه شراسة" (18).

وفي هذا الحديث نرى أبياً رضي الله عنه قد استجلب المرض لنفسه بدعائه، وأقرّه النبي صلى الله عليه وسلم. ولقائل أن

يقول إنّ الداء عند أبي استجلب بالدعاء لا بترك الدواء. لكن في الحديث وجه آخر للدلالة وهو أن مرض أبي رضي الله

عنه كان سبباً في حدته وشراسته، ومع ذلك أثر الصبر ولم يطلب الدواء. ولو كان التداوي واجباً وهو ميسور مقدور-

لفعل.

وحديث أم المؤمنين عائشة رضي الله عنها قالت "لَدَدْنَا رسول الله صلى الله عليه وسلم في مرضه فأشار أن لا تلدوني،

فقلنا كراهية المريض للدواء. فلما أفاق قال لا يبقى أحد منكم إلا لدّ غير العباس فإنه لم يشهدكم" (19).

(16) أخرجه أحمد في المسند، مسند جابر بن عبد الله، ط1، ج1، ص22، رقم (14393)، تحقيق الأرنؤوط، شعيب، وقال: رجاله رجال الصحيح وفي متنه غرابة.

(17) أخرجه الطبراني في الكبير، باب من اسمه أبي، ط1، ج1، ص200، رقم (540)، وهو ضعيف.

(18) الذهبي، سير أعلام النبلاء، ط3، 392/1.

(19) أخرجه مسلم في صحيح مسلم، كتاب السلام، باب كراهة التداوي باللدود، ط1، ج4، ص1733، رقم (2213)، وأخرجه البخاري في الصحيح، كتاب المغازي، باب مرض النبي صلى الله عليه وسلم ووفاته، ط1، ج4، ص1618، رقم (4189).

قال ابن حجر في فتح الباري: "... قيل: وإنما كره اللدّ مع أنه كان يتداوى لأنه تحقق أنه يموت في مرضه، ومن حقق ذلك

كره له التداوي. قلت: وفيه نظر، والذي يظهر أن ذلك كان قبل التخيير والتحقق، وإنما أنكر التداوي لأنه كان غير

ملائم لدائه، لأنهم ظنوا أن به ذات الجنب فداووه بما يلائمها، ولم يكن به ذلك كما هو ظاهر في سياق الخبر..."⁽²⁰⁾.

وما قاله ابن حجر لا ينفي اعتبار من قال بأنه كره اللدّ لأنه تحقق أن يموت في مرضه. وعلى أية حال ففي الحديث وجه

آخر يستدل به وهو قولهم "فقلنا كراهية المريض للدواء". فالظاهر أن هناك معنى مستقر لدى من حضر من الصحابة

بمن فيهم فقيهاتهم أم المؤمنين رضي الله عنها؛ وهو صحة امتناع المريض عن الدواء كراهيةً له. والمكروه في الدواء هنا

طعمه. ومن باب أولى صحة تجاوز الكراهية إلى ما فوق ذلك مما يكره الدواء لأجله.

وأورد الذهبي عن الوليد بن هشام قال: "لقيني يهودي فقال: إن عمر بن عبد العزيز سيلى، ثم لقيني آخر ولاية عمر

فقال: إن صاحبك قد سقي، فمره فليتدارك نفسه، فأعلمت عمر، فقال: قاتله الله ما أعلمه، لقد علمت الساعة التي

سقيت فيها، ولو كان شفائي أن أمسح شحمة أذني ما فعلت"⁽²¹⁾. وهذا مثال عملي آخر يعضد قول الحافظ ابن حجر

الذي تم ذكره آنفاً.

هذا ولقد كثر الاستدلال بما روى الإمام أحمد موقوفاً عن أبي السفر أنه قال: "مرض أبو بكر فعادوه، فقالوا: ألا ندعو

لك الطبيب؟ فقال قد رأني الطبيب. قالوا: فأى شيء قال لك؟ قال: إني فعّال لما أريد"⁽²²⁾.

والحق أن هذا الأثر فيه انقطاع، إذ لا يصح أن يكون أبو السفر قد لقي أبا بكر. ولذلك فلا يستقيم الاستدلال بهذا الأثر

⁽²⁰⁾ ابن حجر العسقلاني، فتح الباري، ط1، ص754.

⁽²¹⁾ الذهبي، سير أعلام النبلاء، ط1، 140/5.

⁽²²⁾ أخرجه أحمد في الزهد، زهد أبي بكر الصديق، ط1، ص93، رقم (587)، وهو موقوف ضعيف.

د. باسم أحمد حميد

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

في حكم فقهي. فلا غرابة أن الإمام أحمد إنما ساقه في كتاب الزهد، بما يمكن الاستدلال به في التسرية عن أهل البلاء والمصائب وما إلى ذلكم من جنس فضائل الأعمال وليس في إقامة الأحكام.

ومثل ذلك ما روي عن عثمان بن عفان أنه "عاد ابن مسعود في مرضه، فقال: ما تشتكي؟ قال: ذنوبي، قال: فما تشتهي؟

قال: رحمة ربي، قال: ألا ندعو لك الطبيب؟ قال: الطبيب أمرضني، قال: ألا أمرُّ لك بعطائك؟ قال: ما منعته قبل اليوم

فلا حاجة لي فيه، قال: تدعه لأهلك وعيالك، قال: إنِّي قد علمتهم شيئاً إذا قالوه لم يفتقروا، سمعت رسول الله صلى الله

عليه وسلم يقول "من قرأ الواقعة كل ليلة لم يفتقر".⁽²³⁾

وهو ضعيف لانقطاع السند فلا يصح الاحتجاج به في حكم فقهي.

وما روي موقوفاً عن حبيب بن أبي ثابت أن الحارث بن هشام وعكرمة بن أبي جهل وعياش بن أبي ربيعة

أصيبوا يوم اليرموك، فدعا الحارث بشراب، فنظر إليه عكرمة فقال: ادفعوه إلى عكرمة، فدفع إليه، فنظر إليه عياش بن

أبي ربيعة، فقال عكرمة: ادفعوه إلى عياش، فما وصل إلى أحد منهم حتى ماتوا جميعاً وما ذاقوه.⁽²⁴⁾

فهذا الأثر وإن كان مضمونه لا يستهجن بشأن الصحابة الأطهار والصفوة الأخيار، فإنه ليس له سند صحيح يجعل منه

دليلاً يحدِّث به في مسائل الفقه عامة، فضلاً عن ورطات النوازل كالتي يناقشها هذا البحث، وإنما يليق بالخبر أن يساق في

كتب المغازي والتاريخ والرفائق. وإن صحَّ الخبر فقد يحمل على عدم القطع بهلاك ترك الشراب، أو شهودهم لربِّ

الأرباب وغفلتهم عن الأسباب، وسيأتي بسطه في قول الشاطبي أدناه، إن شاء الله.

⁽²³⁾ أخرجه البيهقي في **شعب الإيمان**، كتاب الضحايا، تعظيم القرآن، فصل في فضائل السور والآيات، تخصيص سور منها بالذكر، ط1، ج4، ص118، رقم (2267)، وهو ضعيف تفرد به شجاع بن عطية هذا، ورواه ابن وهب عن السري بن يحيى، أن شجاعاً، حدّثه عن أبي ظبية، عن عبد الله بن مسعود.

⁽²⁴⁾ أخرجه الحاكم في **المستدرک علی الصحیحین**، كتاب معرفة الصحابة رضى الله عنهم، ذكر مناقب عكرمة بن أبي جهل واسم أبيه مشهور، ط2، ج3، ص270، رقم (5058)، قال المحقق: حذفه الذهبي من التلخيص لضعفه. وأخرجه الهيثمي في **مجمع الزوائد ومنبع الفوائد**، د، ط6، ج6، ص213، رقم (10371) وقال: رواه الطبراني وخبيب لم يدرك اليرموك، وفي إسناده من لم أعرفه.

د. باسم أحمد حميد

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

إن تلکم الأدلة جعلت مشروعية الامتناع عن المعالجة أمراً مستقراً متأسلاً في الفقه. فجاء في أقوال العلماء:

"الاشتغال بالتداوي لا بأس به إذا اعتقد أن الشافي هو الله تعالى، وأنه جعل الدواء سبباً، أما إذا اعتقد أن الشافي هو الدواء فلا"⁽²⁵⁾.

وقد تقدم معنا نقل العلماء:

...اعلم بأن الأسباب المزيلة للضرر إلى مقطوع به كالماء المزيل لضرر العطش، والخبز المزيل لضرر الجوع، وإلى مظنون كالفصد والحجامة وشرب المسهل وسائر الطب، أعني معالجة البرودة بالحرارة ومعالجة الحرارة بالبرودة وهي الأسباب الظاهرة في الطب، وإلى موهوم كالكي والرقية، أما المقطوع به فليس تركه من التوكل بل تركه حرام عند خوف الموت، وأما الموهوم فشرط التوكل تركه، إذ به وصف رسول الله صلى الله عليه وسلم وآله المتوكلين، وأما الدرجة المتوسطة وهي المظنونة كالمداواة بالأسباب الظاهرة عند الأطباء فعليه ليس مناقضاً للتوكل بخلاف الموهوم، وتركه ليس محظوراً بخلاف المقطوع به، بل قد يكون أفضل من فعله في بعض الأحوال وفي حق بعض الأشخاص، فهو على درجة بين الدرجتين..."⁽²⁶⁾

"ولو أن رجلاً ظهر به داء فقال له الطبيب قد غلب عليك الداء فأخرجه فلم يفعل حتى مات لم يكون آثماً لأنه لم يتيقن أن شفاءه فيه"⁽²⁷⁾.

"والرجل إذا استطلق بطنه أو رمدت عيناه ولم يعالج حتى أضعفه ذلك وأضناه ومات منه لا إثم عليه. فرق بين هذا

⁽²⁵⁾ الفتاوى الهندية، د.ط، 5/354.

⁽²⁶⁾ المرجع السابق.

⁽²⁷⁾ المرجع السابق.

د. باسم أحمد حميد

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

وبينما إذا جاع ولم يأكل مع القدرة حتى مات حيث يَأثم، والفرق أن الأكل مقدار قوته مشبع بيقين فكان تركه إهلاكاً،

ولا كذلك المعالجة والتداوي...⁽²⁸⁾

"ترك الدواء أفضل ونصّ عليه، وقدمه في الفروع وغيره، واختار القاضي ابن عقيل، وابن الجوزي وغيرهم: فعله

أفضل، وجزم به في الإفصاح، وقيل: يجب، زاد بعضهم: إن ظنّ نفعه"⁽²⁹⁾.

ولابن الجوزي في معرض توضيحه لما التبس من مشروعية الكي قوله: "أما الكي فعلى خمسة أضرب: ... والوجه

الخامس: استعمال الكي على وجه استعمال الدواء في أمر يجوز أن ينجح فيه ويجوز ألا ينجح، كما تستعمل أكثر الدوية،

وربما لم يفد، فهذا يخرج المتوكل عن التوكل. وعندنا أن ترك الكي في مثل هذه الحالة أفضل"⁽³⁰⁾.

بل وقد أورد الذهبي نقل الإجماع على عدم وجوب التداوي.⁽³¹⁾

وقد سطر الشاطبي كلاماً نفيساً فيما يلي بعض منه بما يتعلق بمسألة البحث⁽³²⁾:

... إذ كان واجباً على كل مؤمن أن يعتقد أن الأسباب غير فاعلة بأنفسها، وإنما الفاعل فيها مسببها سبحانه، لكن عاداته

في خلقه جارية بمقتضى العوائد المطردة، وقد يخرقها إذا شاء لمن شاء، فمن حيث كانت عادة؛ اقتضت الدخول في

الأسباب، ومن حيث كانت الأسباب فيها بيد خالق المسببات؛ اقتضت أن للفاعل أن يفعل بها وبدونها؛ فقد يغلب على

المكلف أحد الطرفين، فإن غلب الطرف الأول وهو العادي؛ فهو ما تقدّم، وإن غلب الثاني؛ فصاحبه مع السبب أو

⁽²⁸⁾ الفتاوى الهندية، د. ط، 5/355.

⁽²⁹⁾ المرادوي، الإنصاف، ط1، باب الجنائز، 2/463.

⁽³⁰⁾ ابن الجوزي، كشف المشكل من حديث الصحيحين، ط1، 1/481.

⁽³¹⁾ الذهبي، الطب النبوي، ط3، ص227.

⁽³²⁾ الشاطبي، الموافقات، ط1، 1/338.

بدونه على حالة واحدة؛ فإنه إذا جاع مثلاً فأصابته مخمصة؛ فسواءً عليه أتسبب أم لا؛ إذ هو على بينة أن السبب كالمسبب بيد الله تعالى، فلم يغلب على ظنه - والحال هذه - أن تركه للسبب إلقاءً باليد إلى التهلكة؛ بل عقده في كلتا الحالتين واحد؛ فلا يدخل تحت قوله: "ين" (33)؛ فلا يجب عليه التمسُّبُّ في رفع ذلك؛ لأن علمه بأن السبب في يد المسبب أغناه عن تطلب المسبب من جهته على التعيين، بل السبب وعدمه في ذلك سواءً، فكما أن أخذه للسبب لا يُعدُّ إلقاءً باليد إذا كان اعتماده على المسبب، كذلك في التَّرك، ولو فرض أن أخذ السبب أخذه بإسقاط الاعتماد على المسبب؛ لكان إلقاءً باليد إلى التهلكة لأنه اعتمد على نفس السبب، وليس في السبب نفسه ما يُعتمد عليه، وإنما يُعتمد عليه من جهة كونه موضوعاً سبباً، فلذلك إذا تُرك السبب لا لشيء؛ فالسبب وعدمه في الحالين سواءً في عقد الإيوان وحقائق الإيقان، وكل أحد فقيهه نفسه، وقد مرَّ الدليل على ذلك...

وقد ساق الغزالي في الإحياء جملة من العلل التي لأجلها تأول أصحابها ترك المعالجة فقال (34):

1. أن يكون المريض قد علم بقرائن الأحوال أن مرضه مرض الموت، وأن الدواء بالتالي لا ينفعه، وهو

ما حدث لأبي بكر الصديق رضي الله عنه.

2. أن يكون مشغولاً بمآله وخوف عاقبته حتى ينسيه ألم المرض، (كمثل ما نقل عن أبي ذر الغفاري).

3. العلة مزمنة ويغلب على الظن عدم نفع الدواء. قال الغزالي: "وأكثر من ترك التداوي من العباد

والزهاد هذا مستندهم".

(33) سورة البقرة: جزء من الآية 195.

(34) انظر إحياء علوم الدين للغزالي، د.ط، 4/287.

4. لينال ثواب الصبر على البلاء، وهو يطيقه وتكفير الذنوب لمن أسرف على نفسه.

5. لمن يعرف في نفسه الأثر والبطر ونسيان النعمة عند الصحة وحلول العافية، فإذا جاء المرض عرف

ربه والتجأ إليه، فيترك التداوي حتى لا تعاوده الغفلة.

5. المبحث الثاني: حكم المعالجة في المدارس الفقهية

يظهر من العرض السابق مشروعية المعالجة والامتناع عنها. فأيهما أولى، وما رتبة الحكم فيها من حيث الوجوب

والاستحباب؟ فيما يلي عرض مقتضب لأشهر الآراء فيه غنى عن الإبحار في جتتها إن شاء الله.

5.1 المطلب الأول: أقوال الفقهاء

5.1.1 أولاً: مذهب الأحناف

ذهب الأحناف إلى جواز التداوي مطلقاً. فجاء في الفتاوى الهندية: "الاشتغال بالتداوي لا بأس به، إذا اعتقد أن الشافي

هو الله تعالى".⁽³⁵⁾

5.1.2 ثانياً: مذهب المالكية

ذهب المالكية إلى الإباحة المطلقة للتداوي. قال ابن هبيرة: "ومذهب مالك أنه يستوي فعله وتركه فإنه قال لا بأس

بالتداوي ولا بأس بتركه".⁽³⁶⁾

⁽³⁵⁾ الفتاوى الهندية، د. ط، 5 / 355.

⁽³⁶⁾ ابن مفلح، الآداب الشرعية، ط 3، 2 / 359.

5.1.3 ثالثاً: مذهب الشافعية

ذهب الشافعية إلى سنيّة المعالجة واستحبابها. قال النووي: "ويسنّ التداوي"⁽³⁷⁾.

5.1.4 رابعاً: مذهب الحنابلة

ذهب الحنابلة إلى جواز التداوي مع الكراهة، وأن تركها أفضل. قال ابن مفلح: "يباح التداوي وتركه أفضل... قال في

رواية المروزي: العلاج رخصة وتركه درجة أعلى منه"⁽³⁸⁾.

قال ابن تيمية: "ولست أعلم سالفاً أوجب التداوي، وإنما كان كثير من أهل الفضل والمعرفة يفضل تركه تفضلاً واختياراً

لما اختار الله ورضيَّ به وتسليماً له"⁽³⁹⁾.

وخلص إلى التفصيل في حكمه، فقال رحمه الله: "فإن الناس قد تنازعوا في التداوي هل هو مباح أو مستحب أو واجب.

والتحقيق: أن منه ما هو محرم ومنه ما هو مكروه ومنه ما هو مباح؛ ومنه ما هو مستحب وقد يكون منه ما هو واجب

وهو: ما يعلم أنه يحصل به بقاء النفس لا بغيره كما يجب أكل الميتة عند الضرورة فإنه واجب عند الأئمة الأربعة وجمهور

العلماء وقد قال مسروق. من اضطر إلى أكل الميتة فلم يأكل حتى مات دخل النار فقد يحصل أحياناً للإنسان إذا استحرّ

المرض ما إن لم يتعالج معه مات والعلاج المعتاد تحصل معه الحياة كالتغذية للضعيف وكاستخراج الدم أحياناً"⁽⁴⁰⁾.

ولا بد من إبراز هذا القول لابن تيمية لأن من تجاوز المذاهب من المعاصرين لم يتعدّد هذا القول. فلعلّ في قوله هذا-

⁽³⁷⁾ الرمي، نهاية المحتاج إلى شرح المنهاج، ط3، 219/3.

⁽³⁸⁾ ابن مفلح، الآداب الشرعية، ط3، 2/358.

⁽³⁹⁾ ابن تيمية، مجموع فتاوى ابن تيمية، ط1، 1/564.

⁽⁴⁰⁾ ابن تيمية، مجموع فتاوى ابن تيمية، ط1، 12/18.

رحمه الله - رأي وسط جامع لكل الأقوال، ملائم لاختلاف الأحوال.

5.1.5 خامساً: آراء المعاصرين

كما سبق ذكره، فإن هذا البحث سيسعى جاهداً أن يسوق فتاوى وآراء المجامع الفقهية لأنها تمثل ظاهرة اجتهاد جماعي

يجمع عصارة علم طائفة من العلماء الراسخين. فهي وإن لم تمثل الإجماع فحسبها أنها تسدد وتقارب.

وفي مسألة الحكم على المعالجة، فقد توصل مجمع الفقه الإسلامي لرابطة العالم الإسلامي في مجلسه المشار إليه أعلاه إلى

القرار التالي⁽⁴¹⁾:

...الأصل في حكم التداوي أنه مشروع، لما ورد في شأنه في القرآن الكريم والسنة القولية والعملية، ولما فيه من (حفظ

النفس) الذي هو أحد المقاصد الكلية من التشريع.

وتختلف أحكام التداوي باختلاف الأحوال والأشخاص:

- فيكون واجباً على الشخص إذا كان تركه يفضي إلى تلف نفسه أو أحد أعضائه أو عجزه، أو كان المرض ينتقل ضرره

إلى غيره، كالأضرار المعدية.

- ويكون مندوباً إذا كان تركه يؤدي إلى ضعف البدن ولا يترتب عليه ما سبق في الحالة الأولى.

- ويكون مباحاً إذا لم يندرج في الحالتين السابقتين .

- ويكون مكروهاً إذا كان بفعل يخاف منه حدوث مضاعفات أشد من العلة المراد إزالتها...

⁽⁴¹⁾ مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد، دورة مؤتمره السابع (جدة، مجلة مجمع الفقه الإسلامي، عدد 7، 1992 م).

5.2 المطلب الثاني: المناقشة والترجيح لحكم المعالجة

إن الناظر في أقوال الفقهاء، المتقدمين منهم والمتأخرين، يطمئن إلى قول وسط، وهو قول ابن تيمية وما وافقه من قول المعاصرين، وذلك لانسجامه مع مقصود الشارع في الحفاظ على الحياة، وذلك حيث تتعين المعالجة سبباً للحياة. لكن لا بد من التفصيل في ذلك الحكم بالنظر فيه من وجهتين اثنتين. أولهما باعتبار معنى الاستحياء وثانيهما باعتبار تعلق حكم المعالجة بمراتبها المختلفة أي بالشخص الحقيقى والاعتبارية المتعلقة بها.

5.2.1 أولاً: المعالجة باعتبار ولي الأمر ومن ينوب عنه

تقدم القول بأن الطب من فروض الكفاية. وفي العرف المعاصر، فقد أصبحت الرعاية الصحية في غالب الدول تعتبر حقاً من حقوق المواطن التي تكفله وتنظمه الدولة. ولم يعد ممكناً طرح الأحكام الشرعية للمعالجة منسلخة عن الإطار المؤسساتى الذي يضبطها.

ولذلك فإنه يُستخلص أن حكم المعالجة والتطبيب والاستحياء بشروطه هو الوجوب بحق ولي الأمر، وذلك بأن يُعهد إلى المؤسسات المختصة وأهل الخبرة سنّ القوانين الناظمة للرعاية الصحية وأمور المعالجة، والتي يعتبر الكثير منها محل خلاف وحيرة. وهذه الأمور لا ينبغي أن تبقى مرسلة من غير ضابط. ولا ينبغي أن تترك للطبيب والمريض للبتّ فيها بما من شأنه أن يوافق الصواب أو يجانبه. فهذه المهمة ينبغي أن تكون لها نظم وضوابط تخضع للمؤسسات المهنية بحسب الدولة، كوزارة الصحة أو نقابة الأطباء وغيرها.

وينبغي التأكيد على أنه وإن كان هذا البحث يخلص إلى إباحة المعالجة عموماً وعدم القول بوجوبها إلا بشروط، فإن حق

د. باسم أحمد حميد

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

المعالجة لا بد أن يكون مكفولاً للجميع. ولا ينبغي إشاعة الثقافة العامة بالقول بعدم التداوي، وذلك لأنه أقرب من

تحقيق مقصد الشارع في حفظ النفس، وصيانة الأمة للقيام بواجباتها التي أناطها الله بها.

5.2.2 ثانياً: حكم المعالجة باعتبار التطبيب (تقديم المعالجة) - أي فيما يتعلق

بالطبيب وأعضاء الفريق الطبي الفريق الطبي:

يتفرع حكم المعالجة بحق الطبيب والفريق الطبي إلى ما يلي:

1. وجوب اتباع أنظمة الممارسة الطبية إن علم أنها مستمدة من الشريعة الإسلامية. وإن لم تنسجم الأنظمة مع

أحكام الشريعة فللطبيب أن يعتذر عن ذلك. وذلك أمر ميسور بالجملة.

2. وجوب معالجة الأمراض المعدية والتي تتعلق بحق الغير والإخطار عنها وفق الأنظمة المتبعة والناظمة

للممارسة الطبية، وذلك بلاغاً للمريض وأولياء الأمر.

3. وجوب معالجة من أوشك على الهلاك أو تلف عضو منه مع رجحان كفة النفع على الضرر في المعالجة المقدورة

للطبيب.

4. يندب له معالجة الأمراض غير المهلكة ولا يتوجب عليه ذلك في حال توفر طبيب آخر يفي بالغرض.

5. يكره له معالجة المريض إن كانت المعالجة تحتمل رجحان كفة الضرر على النفع بذاتها، أو بما يترتب عليها كإثقال

كاهل المريض بنفقات من غير طائل.

6. يجرم معالجة المريض من غير إذنه في غير حالات الوجوب آنفة الذكر.

7. يجرم معالجة المريض التي تفضي إلى الاطلاع على عورة المريض في غير حالات الوجوب مع وجود البديل من

جنس مماثل لجنس المريض أو وسيلة أخرى.

8. يحرم المعالجة بمحرم أو بما رجح ضرره على نفعه مع وجود البديل.

9. يباح للطبيب الامتناع عن معالجة المريض إذا غلب على ظنه عدم جدوى المعالجة.

10. يباح للطبيب معالجة المريض إذا غلب على ظنه عدم جدوى المعالجة وأصرّ المريض أو أولياؤه عليها وتحملوا

التبعات المترتبة على ذلك.

5.2.3 ثالثاً: حكم المعالجة باعتبار الطلب (الاستطباب والاستشفاء وطلب التداوي)

–أي فيما يتعلق بالمريض ووليه

تأكد مما سبق عرضه مشروعية المعالجة ومشروعية الامتناع عنها بحيث تعترها الأحكام الخمسة كما يلي:

1. فتكون واجبة على الشخص إذا علم أنه يحصل بها بقاء النفس لا غيرها، كنقل الدم لمن يهراق دمه؛ أو إذا كان

تركها يفضي إلى تلف نفسه أو أحد أعضائه أو عجزه، أو كان المرض يتسبب بضرر الغير، كالأمراض المعدية.

2. وتكون مندوبة إذا كان تركها يؤدي إلى ضعف البدن ولا يترتب عليه ما سبق في الحالة الأولى

3. وتكون مباحة إذا لم تندرج في الحالتين السابقتين.

4. وتكون مكروهة إذا غلب على الظن ترجيح ضررها على نفعها، كأن يخشى تسببها بحدوث مضاعفات أشد

من العلة المراد إزالتها، أو تضييع للمال وحقوق العيال مع ضلالة أمل الشفاء.

5. وتكون محرمة إذا كان أصلها غير مباح كالتداوي بمحرم من غير ضرورة مثل الخمر. أو كانت مباحة في ذاتها

لكنها استعملت في غرض غير مشروع كعمليات تغيير الخلق من غير مبرر مشروع.

5.3 المطلب الثالث: أحكام الامتناع عن المعالجة

ولتمام الوضوح والفائدة يحسن بسط أحكام الامتناع عن المعالجة التي هي تحصيل ما سبق بسطه كما يلي:

1- يكون حراماً إذا علم أنه يحصل بها بقاء النفس لا غيرها، أو كان يفضي إلى تلف عضو أو عجز يقصر به عن

أداء وظائفه، أو يلحق الضرر بالغير.

2- يكون مكروهاً إذا ترجح نفع المعالجة على ضررها.

3- يكون مباحاً إذا استوى فيه احتمال النفع والضرر ولم ترجح المصالح على المفاسد.

4- ويكون مستحباً إذا كان احتمال النفع ضئيلاً وترتب على المريض ارتكاب محظور كانكشاف العورة، أو التداوي

بها فيه شبهة. ولا بد معه من استصحاب التوكل على الله والاعتقاد بأنه سبحانه وتعالى هو الشافي، وأن المعالجة لا

تقتصر على المعالجة العصرية بل تتعداها إلى الدعاء وما شابه مما تمّ بيانه آنفاً.

5- ويكون واجباً إن كانت المعالجة بمحرم من غير عذر مشروع، أو كانت مشروعة ولكن لسبب غير مشروع.

والمرجو أن الأحكام المتقدم سردها تصلح لأن تتخذ ضابطاً لتقنين ممارسة الطب وأحكام القضاء، وهي التي ينبغي أن

تشاع على عموم الناس، لانسجامها مع مقاصد الشريعة في حفظ مصالح العباد والبلاد. لكن نظراً لبقاء الحكم على

الأصل في جواز الامتناع عن المعالجة عموماً فإنه لا بأس إن أراد آحاد الناس ذلك ولو بمخالفة رأي الطبيب. وتخرجه

جواز من تحقق من رؤية هلال رمضان أن يصوم منفرداً مخالفاً في ذلك قول الإمام (ومن ينوب عنه) في عدم دخول

الشهر.

وبناءً على تلكم الأحكام سيستمر البحث بتوفيق الله عزّ وجلّ.

6. المبحث الثالث: الإذن الطبي وملحقاته

6.1 المطلب الأول: الإذن الطبي

إن مسألة الإذن الطبي بشكل عام مألوفة لدى الناس في الواقع العملي، وقد أشبعت في الفقه بحثاً. والمراد فيما ههنا التوطئة للتكييف الفقهي لبعض الممارسات العملية الغربية المتبعة فيما يتعلق بالأمراض الیائسة، ووضعها في إطارها الشرعي الصحيح. ولذلك فسوف يتم تناول مسألة الإذن بما يتعلق بغرض البحث مباشرة وحسب.

6.1.1 أولاً: مشروعية الإذن الطبي

والإذن في اصطلاحه الفقهي أصلاً هو إباحة التصرف للشخص فيما كان ممنوعاً منه شرعاً لحق غيره.⁽⁴²⁾ وفي حال الإذن الطبي هو إباحة المريض للطبيب ومن يمثله بالتصرف ببدنه لتنجيز المعالجة.

يقول الشاطبي "كل ما كان من حقوق الله، فلا خيرة فيه للمكلف على حال، وأما ما كان من حق العبد في نفسه فله فيه

الخيرة".⁽⁴³⁾ "وإنما يعرف ذلك بصحة الإسقاط، فكل ما للعبد إسقاطه فهو الذي نعني به حق العبد، وكل ما ليس له

إسقاطه فهو الذي نعني بأنه حق الله تعالى".⁽⁴⁴⁾ وبذلك يُدرك أن منافع الإنسان وتوابعها حق له، ومن ذلك تعهدنا

بألوان العناية والمعالجة. ولذلك فيحق للمريض أن يميز لغيره التصرف بجسده ما يتعلق بالمعالجة إثباتاً وإسقاطاً،

⁽⁴²⁾ سلطان العلماء، أحكام إذن الإنسان في الفقه الإسلامي، د.ط، 1/ 37.

⁽⁴³⁾ الشاطبي، المرافقات، ط1، 2/ 375.

⁽⁴⁴⁾ القرافي، الفروق، ج1، ص 141.

وذلك بحسب الكم الشرعي المتعلق بالمعالجة. ولا يشرع للمريض ولا يحق له التصرف بأصل حياته إذ أن ذلك حقّ يتفرد به البارئ عزّ وجلّ دون سواه.

هذا وإن تصرف الطبيب في جسد المريض، من غير ضرورة، هو تعدّ وبغي، إذ "لا يجوز لأحد أن يتصرّف في ملك الغير أو حقه بلا إذن"⁽⁴³⁾. وإن فعل الطبيب ذلك فنتج عنه ما أضر بالمريض كان ضامناً.

وكما هو مستقر في القاعدة الفقهية فإن "الأصل في العقود رضا المتعاقدين، وموجبها هو ما أوجبها على أنفسهما بالتعاقد"⁽⁴⁴⁾. ولذلك يقتضي عقد الاستطباب تراضي كل من المريض والطبيب (أو غيره من الشخوص الاعتبارية) بشأن المعالجة وأوجهها المختلفة. وفي هذا الموضع سوف يُفصّل في مسألة الرضا والاختيار من طرف المريض وأما طرف الطبيب فيأتي في موضع آخر إن شاء الله. ورضا المريض يمكن صياغته بتكليفه في مصطلح الإذن.

ومن نافلة القول التذكير بجواز إسقاط الإذن في الحالات الاضطرارية الإسعافية التي يكون فيها تحقق الإذن متعذراً⁽⁴⁵⁾ ولا يكون الطبيب فيها ضامناً، وهذا ما تنسجم معه أخلاقيات الطب الغربية على نحو ما ورد آنفاً. وتفصيل ذلك في

⁽⁴³⁾ الزرقا، شرح القواعد الفقهية، ط2، 2/ 461. والبورنو، الوجيز في إيضاح قواعد الفقه الكلية، ط4، 1/ 390.

⁽⁴⁴⁾ ابن تيمية، القواعد النورانية الفقهية، ط1، ص 280.

⁽⁴⁵⁾ بحث هذا الأمر يجمع الفقه الإسلامي الدولي المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي في دورته الثامنة عشرة في ماليزيا من 24 إلى 29 جمادى الآخرة 1428هـ، الموافق 9-14 تموز (يوليو) 2007م، وقرر ما يأتي:

أولاً: يجوز اتخاذ التدابير والإجراءات الطبية اللازمة في الحالات الإسعافية (طب الطوارئ) دون حاجة إلى أخذ موافقة المريض أو وليه في الحالات التالية:

- (أ) وصول المريض في حالة إغماء شديد أو في حالة يتعذر الحصول معها على الموافقة قبل التدخل.
 - (ب) أن المريض في حالة صحية خطيرة تعرضه للموت تتطلب التدخل السريع قبل الحصول على الموافقة.
 - (ج) ألا يوجد مع المريض أي من أقاربه الذين لهم حق الموافقة مع ضيق الوقت.
- ثانياً: يشترط للتدخل الطبي في مثل تلك الحالات:
- (1) أن يكون العلاج مقررًا من الجهات الصحية المختصة ومعترفًا به.
 - (2) ضرورة وجود طبيب اختصاصي في فريق لا يقل عن ثلاثة أطباء للموافقة على التشخيص والعلاج المقترح، مع إعداد محضر بذلك موقع عليه من الفريق.
 - (3) ضرورة أن تكون الفوائد المتوقعة من العلاج تفوق أضراره مع تقليل المخاطر قدر الإمكان.
 - (4) بعد إفاقة المريض على الطبيب شرح التفاصيل الكاملة له.
 - (5) أن تكون المعالجة مجانية، وإذا كانت لها تكاليف فتحدد من جهة متخصصة محايدة.

لا بد من الإشارة إلى أن المصطلح الغربي المقابل للإذن الطبي هو informed consent ويترجم أحياناً الموافقة، فإن ورد أحدهما في سياق النص فالمقصود واحد.

6.1.2 ثانياً: أركان الإذن الطبي

1. الأذن وهو المريض أو وليّه.
2. والمأذون له وهو الطبيب والشخص الاعتبارية والحقيقية الأخرى المرتبطة به كالمشفي والمختبر والممرضين وغيرهم ممن يساهم في العملية العلاجية.
3. المأذون فيه وهي المعالجة بضرورها المختلفة.
4. الصيغة بأنواعها المشروعة من كتابة ولفظ وإشارة وغيرها.

6.1.3 ثالثاً: شروط الإذن الطبي

1. أهلية المريض competency وتتحقق بالبلوغ والعقل.
 2. أن يكون المأذون به مشروعاً، فلا يجوز قتل الرحمة مثلاً.
 3. أن يكون الإذن محددًا.
- وهذا الشرط الأخير هو المدخل لمناقشة وعرض النازلة المقصودة وهي الإذن المسبق للمعالجة و"وصية الحياة" ومتعلقاتها.

والإذن يكون مطلقاً ومقيداً.

- فبالإذن المطلق يطلق المريض للطبيب (أو المشفى) الإذن بمعالجته كما يراه مناسباً.
 - وبالإذن المقيّد يأذن المريض للطبيب بالقيام بمعالجة موصوفة محددة، كحقنة معينة أو عمل جراحي.
- ولا يملك الناظر في ممارسات القوم في الغرب إلا أن يعجب لما يراها تحذو أحكام فقهننا حذو القُذّة بالقذّة، ثمّ بدأت مشافي الشرق تحذو حذو القوم في الغرب وتسير سيرهم!⁽⁴⁴⁾ فعلى صعيد الممارسة العملية، يكون تطبيق الإذن المطلق بإذن المريض حال بدء علاقته بالطبيب أو دخوله المشفى وذلك بإقراره كتابة (أو بما ينوب عنه للعاجز) بإذن عام مطلق يأذن بموجبه تنفيذ العملية العلاجية فيما يعتبر في العرف والقانون أمراً "روتينياً" أو إن شئت فقل في صغائر الأمور، وهي تلكم التي لا يترتب عليها عمل جراحي أو عظيم خطر أو لا تتعلق بالامتناع عن المعالجة. أما إذا تجاوز الأمر إلى عظام الأمور فيصير عندها إلى إذن خاص مقيّد لتلكم المعالجة ومنه نقل الدم، أو عمل جراحي. وهناك حالة خاصة تتعلق بالامتناع عن المعالجة والتي ستبحث فيما يلي بتوفيق الله في مسألة الإذن المسبق.

6.2 المطلب الثاني: الإذن المسبق Advance directives، وصية الحياة Living will،

التوكيل الطبي Medical power of attorney

إن المقدمات السابقة في قضية عقد الاستطباب والإذن الطبي يتمخض عنها مسألة تتعلق بصميم مسألة البحث في الامتناع عن معالجة الأمراض اليائسة. فكما تبين أن حكم المعالجة يتفاوت من مرض إلى مرض، ومن مريض إلى

⁽⁴⁴⁾ وذلك باتباع منظومة Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) الأمريكية (اللجنة المشتركة للاعتراف بالمشافي)

ينظر: <https://www.jointcommission.org>

د. باسم أحمد حميد

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

مريض، وأن اختيار المعالجة أو الامتناع عنها راجع إلى المريض الذي لا بد من إذنه في إمضاء ذلك. وقد يتقدم المرض أو تحلّ أزمة مرضية بالمريض تمنعه من القدرة على اتخاذ القرار أو القدرة على التواصل.

وتشير الدراسات في الولايات المتحدة، حيث يولى هذا الأمر أهمية كبيرة، أن أكثر من ربع المرضى يتعرضون لمثل هذا الموقف وعندها يقع كل من الأطباء والمرضى وذووهم في حيص بيص، مما قد ينجم عنه تبعات مالية وقانونية لا حصر لها. فمن الأمثل أن يدلي المريض بالإذن المقيد في مسائل محددة حال كونه صحيحاً شحيحاً. ولذلك فقد نشأت في الغرب حلول عملية لهذا المشكلة، سيأتي على التعريف بها ثم الالتفات إلى تكييفها وبيان مشروعيتها.

أهمية المسألة

إن مسألة الإذن المسبق وتوابعه أمر مقبول شرعاً كما سيتضح عند تخرجها. وهو إجراء روتيني متبع في الغرب، لكن كثيراً من المسلمين يجدون فيه حرجاً لعدم إلفهم بمصطلحه وممارسته في بلاد المشرق. ويتورع أهل الفتوى عن الخوض فيه لأسباب مماثلة. وتوصيف هذه المسائل قد تم فيما سبق في إطار المقابلات الشخصية التي أجراها البحث. ولذلك كان لا بد من بيان الأمر بل والتشجيع عليه دونما حرج سواء في الشرق أو الغرب لما له من مصالح جمّة تتعلق بالعباد والبلاد.

6.2.1 الفرع الأول: التكييف الفقهي للمسألة

تستخدم الأدوات التالية مستقلة أو متممة لبعضها البعض وذلك حسب القوانين المحلية، ويمكن الجمع بينها في وثيقة واحدة

أولاً: الإذن المسبق **Advance directives**

إن الترجمة الحرفية ل advance directives هي "التوجيهات المسبقة"، لكن عدل البحث عن ذلك إلى "الإذن المسبق" لأنه يعكس روح المفهوم ويؤدي الغرض العملي بيسر موافقاً للمفهوم الفقهي. ويقصد بالإذن المسبق قرار المريض بشأن أمور معالجته في حال فقدان قدرته على إعطاء الإذن المباشر لسبب يتوقع أن يكون دائماً كما في حالات السبات. وفي عرف القوم يصلح الإذن المسبق كتابة أو مشافهة، ويفضل التوثيق بالكتابة. ومن جملة الأمور التي يمكن للمرء تحديدها توكيل من ينوب عنه في اتخاذ الإذن. وللمرء طبعاً حرية تغيير الإذن المسبق كيفما شاء طالما كان قادراً عليه. وفي العرف الجاري يكون إذن المريض القادر عليه مقدماً على "الإذن المسبق" إن اختلفا، إذ أن الإذن المسبق لا يعتبر ساري الفعالية إلا إذا تعطلت قدرة المريض عن أداء الإذن نهائياً.

والتكييف الفقهي لهذه المسألة لا يحتاج كبير عناء، فهي من جنس الإذن الذي يكون اتخاذه مشروعاً جائزاً لا مراء فيه. ويرجع حكم الإذن المسبق إلى حكم المأذون به وهو أمر المعالجة هنا. فتعزيره الأحكام الخمسة بحسب طبيعة المعالجة (أو الامتناع عنها) وهو ما تم تفصيله سابقاً. ولعل في حكمه أيضاً شبه من حكم الوصية.

ويصح الإذن الطبي المسبق بصيغ الإذن المشروعة من كتابة ولفظ وإشارة وغيرها. ويستحب فيها ويتأكد التوثيق مع إشهاد شاهدين قياساً على الوصية، وذلك لعظم الأمور المترتبة عليه. والعرف المتبع في الغرب قريب من هذا.

ولعله أن يكون من النافع أن تلزم القوانين الحكومية كلاً من المشافي والمرضى وأوليائهم بتوثيق الإذن المسبق ملحقاتها التوكيل الطبي لما في ذلك من مصالح معتبرة شرعاً سيأتي البحث على ذكرها مفصلة إن شاء الله.

ثانياً: وصية الحياة Living will

هي ذات معنى ما اصطُح عليه بالإذن المسبق لكنها تكون موثقة بالكتابة. ولذلك يصلح أن تسمى ببساطة "وثيقة

الإذن المسبق". وتسمى في الغرب باسمها لأنها تشبه الوصية لكنها تنفذ قيد حياة صاحبها، وتتعلق بأمر الحياة. والوصية شرعاً على العموم هي الأمر بالتصرف بعد الموت، ولذلك "وصية الحياة" تسمية غير دقيقة من الناحية الفقهية. وكما اتضح أعلاه فهي الإذن المسبق في أحكم صيغته الموثقة ويلحق به. ولذلك يكون اسم "وثيقة الإذن المسبق" أصح لأداء الغرض في كافة الاعتبارات.

ثالثاً: الوكالة الطبية **Medical power of attorney**

وهي وثيقة يفوض المرء بموجبها شخصاً آخر يكون وكيله proxy باتخاذ القرارات المتعلقة بالمعالجة عند فقد قدرته على اتخاذ القرارات وإعطاء الإذن وذلك لسبب عارض مؤقت كالإغماء، أو سبب مستديم كالسبات. ويقوم الوكيل بالإذن بناء على ما يعلمه من رغبة المريض أو لدن نفسه بما يراه الأصلح لحال المريض. ويمكن تخريج ذلك على الوكالة العامة وما كان من صحتها في مذهب الحنفية⁽⁴⁹⁾ والمالكية⁽⁵⁰⁾ وقول عند الحنابلة⁽⁵¹⁾. ويكون إذن الوكيل عندها منوطاً بمصلحة المريض وفق رأي الطبيب والنظم المعمول بها. وحالة النزاع ستبحث في فقرة أخرى إن شاء الله.

6.2.2 الفرع الثاني: المصالح الشرعية المعتبرة للإذن المسبق والتوكيل

إن لاتخاذ الإذن المسبق فوائد جمة معتبرة شرعاً، سيبحث أهمها فيما يلي. وبعضها يلتحق بالمصالح المعتبرة للامتناع عن المعالجة ويبحث في موضعه.

⁽⁴⁹⁾ ابن عابدين، رد المختار، ط2، 7/357.

⁽⁵⁰⁾ ابن رشد، بداية المجتهد، د.ط، 2/226-227.

⁽⁵¹⁾ ابن مفلح، الفروع، ط4، 4/366.

1- تجنب فقدان الأهلية

تقدم أن الأهلية من شروط الإذن تحقق الأهلية، والتي تعرّف بأنها صلاحية الشخص لوجوب الحقوق المشروعة له وعليه⁽⁹²⁾، أو صلاحية الشخص لأن يكون فعله وتصرفاته معتبرة شرعاً.⁽⁹³⁾ وتقوم الأهلية على البلوغ والعقل. والمعروف سقوط الأهلية بالعوارض التي تطرأ على الإنسان فتؤثر على عقله وتفقد البصيرة والإرادة اللازمتين للإذن. هذا المفهوم يعرف في الغرب قانوناً بـ decision making capacity أي "القدرة على صنع القرار". وكما هو واضح فإنه قريب من المفهوم الفقهي.

ومن تلكم العوارض تغيّر العقل بفعل المرض كالإغماء والسبات، أو بفعل الأدوية التي لها فعل المسكر من أدوية مخدرة وغيرها.

ويعتبر السّفه أيضاً من العوارض التي تسلب أهلية الإذن. ويصلح أن يقاس عليه ما قد يعترى المريض بتأثير المرض من شدة نفسية أو اكتئاب وتأرجح بين الوعي وفقدته مما لا يجعله متبصّراً بأمر مرضه، سويّاً لاتخاذ القرار السليم. فقد يدفعه الاكتئاب وتوهم اليأس أو الألم إلى اختيار ترك المعالجة حال كونها ناجعة. أو يدفعه الخوف والتعلق بالدنيا إلى خلاف ذلك.

لذلك كان من الحكمة أن يتدبّر المرء أمر الإذن المسبق في حال الصحة الجسدية والنفسية وكمال الأهلية، وإن لم يشأ أو كل إلى غيره ذلك.

⁽⁹²⁾ الرهاوي، حاشية الرهاوي على شرح المنار، ط1، ص390.

⁽⁹³⁾ قلنجي، وقنيبي، معجم لغة الفقهاء، ط2، ص96.

2- تجنب الإضرار

إن غياب الإذن المسبق الذي يوجه الفريق الطبي ويأذن لهم بالامتناع عن المعالجة ينجم عنه تأخير يطول أو يقصر لما يتطلب من مداوولات مع أهل المريض ولجنة الأخلاق الطبية للمشفى وأحياناً القضاء. وهذا مما يترتب عليه مضار عديدة منها:

- أ. ضياع المال: باستهلاك المصادر الكبية من غير جدوى؛ و "إن الله كره لكم ثلاثاً: قيل وقال، وإضاعة المال، وكثرة السؤال"⁽⁵⁴⁾. وهذا المال قد يكون مال المريض أو مال ذويه أو المال العام من الحكومة أو الهيئات الأخرى كشركات التأمين أو غيرها، ولكل درجة في الأهمية.
- ب. الإضرار بمرضى آخرين. فكثيراً ما يتطلب المريض الإقامة في العناية المركزة والاعتماد على جهاز التنفس الاصطناعي (المنفسة)، ولا يكون في الأمر سعة ووفرة تسمح لقبول مرضى آخرين، مما قد يؤخر نفع من يرجى شفاؤه منهم. وحرّيُّ بالمسلم أن يلتزم قاعدة "لا ضرر ولا ضرار".
- ت. إدخال المزيد من الألم والمعاناة على أهل المريض، وإلقاء الحيرة والأسى مما هم في غنى عنه. وإلقاء مسؤولية جسيمة على عاتقهم تتعلق بأمر جليل من أمر الحياة والموت⁽⁵⁵⁾.

3- تجنب النزاع: فقد ينشأ النزاع بسبب اختلاف وجهات النظر بين أعضاء الفريق الطبي وأولياء

المريض. وقد يتفاقم الأمر مما يضطر إلى اللجوء للقضاء.

⁽⁵⁴⁾ أخرجه البخاري في صحيحه، كتاب الزكاة، باب قول الله تعالى لا يسألون الناس إلحافاً وكلم الغنى، ط1، ج2، ص537، رقم (1407)، وأخرجه مسلم في صحيحه، كتاب الأفضية، باب النهي عن كثرة المسائل من غير حاجة، ط1، ج3، ص1340، رقم (593).

⁽⁵⁵⁾ Ann. Wendler, Rid: *Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others* Intern Med, 154(5):336.

4- الاستعداد للموت: ويقاس ذلك على الوصية. فإنه " ما حق امرئ مسلم له شيء يريد أن يوصي فيه

يبيت ليلتين إلا ووصيته مكتوبة عنده".⁽⁶⁶⁾ فمن دواعي حفظ حقوق العباد، والاستعداد ليوم المعاد، أن

يعد المرء لمرضه عدته، ويوثق أمر الإذن المسبق لمعالجته أسوةً بوصيته.

6.2.3 الفرع الرابع: عجز المريض عن إصدار الإذن

إن حق المريض مصون في ألا يتصرّف بجسده إلا بإذنه. ولقد تقدم معنا بعض الإجراءات المشروعة التي تكفل حق

المريض في ذلك، ومنه الإذن المسبق وتعيين الوكيل. لكن قد يطرأ على المريض ما يفقده القدرة على إصدار الإذن

كغياب وعيه وما إليه من العوارض الطارئة التي أتينا على ذكر بعضها. ولهذا الأمر حالتان:

1- الحالة الأولى: وهي ليست محل البحث لكن ما من ذكرها بأس لتتام العرض. وهي أن يكون المريض مشرفاً

على الهلاك، أو يكون مشرفاً على تلف عضو من أعضائه، وتمكن معالجته واستنقاذه. ومثاله حوادث السيارات أو

الحالات الإسعافية الأخرى التي لا يتسع فيها الوقت لانتظار المريض أن يستعيد وعيه، أو لاستئذان وليه. ففي

هذه الحالة يجب على الطبيب مباشرة العلاج دون استئذان. وهذا أمر لا يختلف فيه اثنان لجلائه بتعاقد صحيح

المنقول وبدهي المعقول.

2- الحالة الثانية: ألا يكون المريض مشرفاً على الهلاك، لكنه عاجز عن إصدار الإذن. ومثال ذلك مريض في

غيبوبة. فعندها ينظر إن كان له إذن أو وكيل معيّن وإلا صار إلى الولي.

⁽⁶⁶⁾ أخرجه مسلم في صحيح مسلم، كتاب الوصية، ط1، ج3، ص1249، رقم (1627). وأخرجه البخاري في الصحيح، كتاب الوصايا، باب الوصايا، ط1، ج3، ص1005، رقم (2587).

وهذا أمر شائع في الغرب، ولعله أكثر في الشرق. فقد خلصت دراسة أجريت عام 2010 عن الكهول البالغين

60 عاماً أو أكثر والذين قضوا بين عامي 2000 و2006 إلى أن 42 في المائة منهم كانوا يتطلبون اتخاذ قرار

(وإذن) يتعلق بشأن المعالجة في مرض الموت، ولكن 70 في المائة منهم كانوا يفتقرون إلى الأهلية لإصدار

ذلك. وثالث هؤلاء (أي العاجزين عن اتخاذ القرار)، لم يكن لديهم إذن مسبق أو وكيل بما يفني بالعرض.⁽⁵⁷⁾

ولا غرابة ألا نجد بحثاً بهذا الخصوص في المشرق.

الولاية على المريض

عرف الكاساني الولاية بأنها "ملك التصرف الشرعي مما يختص بتربيته والعناية بصحته وتزويجه وتأجيرهِ"⁽⁵⁸⁾، ويمكننا

القول بعبارة أخرى أنها سلطة شرعية تبيح للوليّ التصرف بشؤون المولى عليه بما في مصلحته.

وفي حال عجز المريض عن إصدار الإذن ولدى غياب الإذن المسبق والوكيل، فإن التصرف بشؤون المريض تؤول إلى

أوليائه من العصابات أقربهم فالأقرب على اختلافٍ معروف بين المذاهب.

■ الولاية على المريض في الغرب

والذي يهم في هذه المسألة بسط الحال في نظم الغرب وإمكان تخريجها فقهياً، مع اتّخاذ نموذج الولايات

المتحدة مثلاً. فالولاية تؤول إلى ذوي المريض بحسب الترتيب التالي⁽⁵⁹⁾ مع اختلاف طفيف بين الولايات:

1. الزوج

⁽⁵⁷⁾ Silveira, Kim, Langa: *Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death*, N Engl J Med 362(13):1211-8.

⁽⁵⁸⁾ الكاساني، بدائع الصنائع وترتيب الشرائع، ط1، 2/247.

⁽⁵⁹⁾ Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics*

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

د. باسم أحمد حميد

2. الولد الراشد أو غالبية الأبناء (بصرف النظر عن الجنس)

3. الوالدين (بصرف النظر عن الجنس)

4. أشقاء المريض (بصرف النظر عن الجنس)

5. أقرب أقرباء المريض الأحياء (بصرف النظر عن الجنس)

ويمكن توفيق ذلك فقهاً وتجنب الحرج الشرعي والقانوني بتوكيل العصابات أولى الولاية الشرعية لمن له الولاية القانونية أو العكس بما فيه المصلحة. وعند حدوث التنازع فتكون الولاية القانونية مقدمة بحكم الأمر الواقع مع تحمّل الإثم.

6.3 المبحث الرابع: الأحكام الفقهية العملية المتعلقة بالامتناع عن المعالجة

6.4 المطلب الأول: الأمراض المزمنة المستقرة: Stable chronic diseases

تقدم التعريف بأن المرض المزمن بمعناه الإجرائي هو المرض الذي يدوم ما يزيد على ثلاثة أشهر بصرف النظر عن شدته وإمكانية شفائه أم لا. والشفاء المقصود هو ما تم توضيحه أيضاً من كونه جزئياً أو كلياً ويكفي فيه تفوقه على الداء بمعنى غلبة الصحة على المرض، والعافية على العلة، والسلامة على السقامة، بما تستمر معه وظائف البدن وتكون الحياة مستمرة مستقرة. ولا يشترط زوال الداء بالكلية كما في معنى البرء.

والأمراض المزمنة المستقرة في جملتها إذن هي قابلة للشفاء بالمعنى السابق، ومن أمثلتها عموم الأمراض الشائعة كالداء السكري وارتفاع ضغط الدم أو السرطانات ذات الإنذار الحسن. فمعالجة هذه الأمراض هي التي يكون حكمها

د. باسم أحمد حميد

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

الندب؛ وقد يرتفع الحكم إلى الوجوب إذا كان الامتناع عن المعالجة يفضي للهلاك وتعينت المعالجة سبباً للشفاء، كاستخدام الإنسولين في مرض السكري من النمط الأول. وبالمقابل فالامتناع عن معالجتها حكمه الكراهة وقد يصل إلى الحرمة.

6.4.1 الفرع الأول: الأمراض الميؤوس من شفائها

بعكس ما سبق في الأمراض القابلة للشفاء فالأمراض اليائسة هي التي يضمحل الأمل والرجاء من شفائها. ويترجم ذلك من الناحية العملية بأنها الأمراض ذات الإنذار prognosis شديد السوء. ومثلها أدواء السرطان المتقدمة التي لا أمل للمعالجات المتاحة في التأثير فيها، كما في الحالة رقم 2 المتقدم سردها.

والحكم الشرعي لمعالجة الأمراض اليائسة يتوقف على نوعيتها. ويخضع تقرير هذا الحكم للقواعد الشرعية المذكورة آنفاً بما تترجح فيه المصالح والمفاسد، فما كان فيه نفع للمريض من تسكين الألم والعناية التمريضية التي تحفظ كرامة المريض فهو الواجب، أما ما كان من شأنه ضياع المال أملاً في تحصيل موهوم، أو أنه يزيد أم المريض ومعاناته ومعاناة أهله فحكمه نقيض الأول، إذ يكون مكروهاً وقد يتجاوز به إلى الحرمة.

وسوف يذكر فيما يلي أهم أوجه المصلحة والمفسدة التي لا بد من أخذها بعين الاعتبار في تقرير الحكم الشرعي لمعالجات الأمراض اليائسة والامتناع عنها، ثم ما يشيع من المعالجات ليتضح حكم ومكان كل منها في الأمراض اليائسة.

6.4.2 الفرع الثاني: أوجه المصلحة والمفسدة في معالجة الأمراض اليائسة

إن ما تم ذكره من شأن "المصالح الشرعية المعتبرة للإذن المسبق والتوكيل" في موضعه يصلح اعتبارها في هذا المحل أيضاً. وأبرز مواطن النظر الاعتبار ما يأتي.

أولاً: التبعات المالية

يدرك الناظر في نموذج الولايات المتحدة أن الله قد أذن بالفتوحات الطبية التي أتاحت أسباب ازدياد عمر المسنين الضعفاء والمصابين بأمراض مزمنة مقارنة مع الأجيال السابقة. فقد تطورت وحدات غسيل الكلى، وحدات العناية المركزة، وزرع الأعضاء، والإجراءات القلبية الوعائية، والأدوية المختلفة التي أسهمت في ذلك.⁽⁶⁰⁾

وبالطبع فقد ترافق ذلك مع تكلفة باهظة، حيث يبلغ إجمالي الإنفاق الفيدرالي للولايات المتحدة الأمريكية على الرعاية الصحية نحو 18 في المائة من الناتج الوطني، وهو ضعف ما تنفقه معظم الدول الصناعية على الرعاية الصحية. وفي عام 2011، بلغ إنفاق برنامج ال "ميديكير" Medicare على الرعاية الطبية ما يقرب من 554 مليار دولار، أي ما يعادل 21 في المائة من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة في ذلك العام. ومن أصل 554 بليون دولار، أنفق برنامج ميديكير 28 في المائة، أي حوالي 170 مليار دولار، على الأشهر الستة الأخيرة من حياة المرضى.⁽⁶¹⁾

وهذا يعكس حجم التكاليف الباهظة التي تتن لها أقوى الدول اقتصادياً.

وفي عام 2008، بلغت نفقات الأطباء والمشافي 50 مليار دولاراً على مرحلة آخر شهرين من حياة المرضى. والطريف في ذلك أن هذا المبلغ يفوق ميزانية وزارتي التربية والأمن القومي مجتمعين.

Moore, Pasternak: *KHN Morning Briefing, End-Of-Life Care: A Challenge In Terms Of Costs And Quality*, ⁽⁶⁰⁾ (June 4, 2013).
Moore, Pasternak: *KHN Morning Briefing, End-Of-Life Care: A Challenge In Terms Of Costs And Quality*, ⁽⁶¹⁾ (June 4, 2013).

وعلى المستوى الفردي، فالتكاليف الطبية هي السبب الأول لإعلان الإفلاس القانوني bankruptcy، بحيث تشكل ما

لا يقل عن 17% من مجمل حالات الإفلاس.⁽⁶²⁾

ثانياً: معاناة المرضى

ترافق السنة الأخيرة من حياة كثير من المرضى، يعني بما يتوافق مع المرض المخوف أو مرض الموت، بعوارض كثيرة

من الألم والمعاناة. فوفقاً لإحدى الدراسات⁽⁶³⁾، يتصدّر الألم تلکم الأعراض في أكثر 60% من المرضى، والاكئاب

depression بما يزيد على 40% من المرضى، والارتباك (تبدل الوعي) في 30% من المرضى. وغير هذه الأعراض

الكثير، ناهيك عن التأثيرات الجانبية والاختلاطات التي قد ترافق أصناف المعالجات المختلفة.

فلا بد من اعتبار هذه الأمور في معادلة ترجيح المصالح والمفاسد للعملية العلاجية.

ثالثاً: معاناة ذوي المرضى

مما لا يخفى أن مرض المريض يلقي بظلاله على من حوله ويلحق بهم الأعباء النفسية والجسدية والمالية. ولا بد من أخذ

هذا الأمر بعين الاعتبار خصوصاً إن كانت معالجة المرض غير ذات جدوى، بل كونها قد تلحق الضرر بأهل المريض

باستنزاف مواردهم المالية وإلجائهم للاقتراض من غير نفع يرجى.

رابعاً: نوعية أو جودة المعيشة Quality of life

وهو مفهوم غربي شائع في أدبيات علم الاجتماع والأخلاق، وينظر إلى المريض بشكل شامل من حيث نوعية الحياة

. Millwood, 25(2) Dranove, Millenson: *Medical bankruptcy: myth versus fact*, Health Aff⁽⁶²⁾

Singer et al: *Symptom Trends in the Last Year of Life From 1998 to 2010: A Cohort Study SHS*, Ann Intern⁽⁶³⁾ Med, 162(3): 175-183.

التي يعيشها. وتعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه "انطباع الأفراد عن مكانتهم من الحياة في السياق الثقافي والقيمي التي

يعيشون من خلالها وبما يتعلق بأهدافهم وتطلعاتهم وقيمهم واهتماماتهم. وهو مفهوم واسع الطيف يتأثر بجوانب

معقدة بالصحة الجسدية والحالة النفسية، ودرجة الاستقلالية، والعلاقات الاجتماعية، والاعتقادات الشخصية،

وعلاقة ذلك كله بالبيئة المحيطة".⁽⁶⁴⁾

فهذا المفهوم هو تحقيق للموازنات والمآلات من حيث السلامة والسقامة وغلبة إحداهما على الأخرى، وما ينتج عن

ذلك من عيش المريض عيشاً حميداً سعيداً يتزود به لآخرته، أو تنقطع به أعماله. وأهم ما يعيننا من أوجه هذا المفهوم مما

له وجهة من الناحية الفقهية هو ما يتعلق بسقوط التكليف. فكثير من الأمراض الانتهازية التي هي محل النزاع تتعلق

بأذيات الدماغ، والتي يزول بها عقل المريض وإدراكه بصفة دائمة ينتفي معها التكليف عن المريض. وهذا من أهم

العوامل التي لا بد من احتسابها في معادلة المصالح والمفاسد المترتبة على المضي في المعالجة أو الامتناع عنها.

6.4.3 الفرع الثالث: المعالجات التلطيفية Palliative treatment

وهي حسب تعريف منظمة الصحة العالمية "مقاربة تهدف لتحسين نوعية عيش المرضى وعوائلهم في سياق الأمراض

المهددة للحياة (المرض المخوف ومرض الموت)، بهدف الحيلولة دون معاناتهم وذلك باتخاذ وسائل رصينة لتقويم

ومعالجة الآلام والاحتياجات الجسدية والنفسية والروحية المختلفة"⁽⁶⁵⁾، وأصبح هناك مراكز متخصصة لذلك تعرف

⁽⁶⁴⁾ مترجم بتصرف عن منظمة الصحة العالمية

Measuring Quality of Life, Programme on Mental Health,
<http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en>

⁽⁶⁵⁾ منظمة الصحة العالمية. المعالجة التلطيفية 1998. ترجمة بتصرف

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

بمراكز رعاية وتدبير مرض الموت hospice care.

وخصائص هذه المعالجة أنها⁽⁶⁾:

- 1- تعالج الآلام والأعراض المزعجة للمريض.
 - 2- تنظر إلى الموت باعتباره عملية طبيعية.
 - 3- لا تهدف إلى تسريع الموت ولا إبطائه.
 - 4- تشمل الجوانب النفسية والروحية للمريض.
 - 5- تقدم منظومة تساعد المريض على بقاءه فعلاً قدر الإمكان حتى الموت.
 - 6- تقدم منظومة تساعد أهل المريض على التعايش مع حالة المريض وتجاوز الأزمة.
 - 7- تحسين نوعية المعيشة.
 - 8- تطبق بشكل مبكر في مراحل المرض مرافقة للمعالجات الأخرى التي قد يكون لها تأثير على المرض بحد ذاته.
- والظاهر أن هذه المعالجة هي المعالجة المشروعة التي تكون لها الأولوية في الأمراض اليائسة والانتهاية والتي ينبغي حشد الجهود للقيام بها على وجهها الصحيح بدلاً من المعالجات العقيمة التي لا تسمن ولا تغني من جوع.

6.4.4 الفرع الرابع: مسألة الإنعاش

تقدم بحث الأصل اللغوي والمعنى المبسط للإنعاش. فمن الجانب الإجرائي العملي، الإنعاش هو جملة من الإجراءات

⁽⁶⁾ المرجع السابق

د. باسم أحمد حميد

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

العملية الإسعافية التي تجرى بغرض إنقاذ حياة مريض فاقد للوعي. وفيما يلي عرض مبسط للجانب العملي بعيداً عن

التعقيدات الطبية المتداخلة.

الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) cardiopulmonary resuscitation هو أبسط الإجراءات العلاجية الإسعافية التي

تطبق على من تعرض لتوقف مفاجئ للقلب أو التنفس cardiopulmonary arrest. وكما يظهر من التسمية فإنها

تشتمل على شقٍّ يتعلق بوظيفة القلب وآخر بالتنفس. أما الشق المتعلق بالقلب فيكون بضغط الصدر يدوياً chest

compression بهدف ضخ الدم. ومن الصور الأخرى المرتبطة بالإنعاش هو تطبيق الصدمة الكهربية لصدر

المريض بوساطة جهاز خاص يسمى بنازع الرجفان⁽⁶⁷⁾ defibrillator والتي أصبحت متوفرة في الأماكن العامة

وستكون في متناول الجميع. وأما الشق المتعلق بالتنفس فهو القيام بالتنفس في فم المريض أو من خلال أنبوب يصل

إلى رئتيه من خلال إجراء هو ما يسمى بالتنبيب intubation.

وإذا نجحت هذه الإجراءات الأولية، وتوفرت الوسائل، فقد يتبعها وضع المريض على جهاز التنفس الاصطناعي

ventilator، وتطبيق المعالجات بمختلف أنواعها من عقاقير لإبقاء وظائف الأعضاء متوازنة قدر المستطاع إلى أن

يزول سبب الداء ويتعافى الجسد. وعادة ما يكون ذلك في بيئة تضمن توفير هذه الوسائل ابتداءً بسيارة الإسعاف

وانتهاءً بقسم العناية المشددة. هذه الأجهزة والأدوية هي ما يطلق عليه وسائل الإنعاش أو الوسائل الداعمة للحياة

life support measures.

إن تجاوز الحالة التي أدت إلى التوقف القلبي الرئوي والانفصام عن وسائل الإنعاش يتعلق بحالة المريض الأساسية

⁽⁶⁷⁾ نوع من أنواع اضطراب نظم ضربات القلب.

د. باسم أحمد حميد

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

قبل أن تطرأ أزمة التوقف القلبي الرئوي، ثم المستجدات الطارئة عليها. وهذا ما تتم محاولته من خلال ما يسمى بالإنذار prognosis. ويجدر التنبيه أن أهم ما في موضوع الإنعاش برمته هو صيانة الدماغ عن التلف، إذ أن توقف القلب والتنفس يؤدي إلى انقطاع الأكسجين عن الدماغ، وكلما طال مدة الانقطاع، كلما كانت الأذية والتلف اللاحق بالدماغ أكبر.

ولذلك فلا بد من مناقشة الحكم الشرعي المتعلق بالإنعاش من حيث الشروع به ابتداءً، ثم من حيث استمراره ومواصلته.

أولاً: حكم الأمر بعدم بدء أو محاولة الإنعاش (Orders Not to Attempt Resuscitation (DNAR))

وتشتهر هذه المسألة بـ (Do Not Resuscitate) DNR -الأمر بعدم الإنعاش. وتعني تقرير الفريق الطبي، أو إصدار الأمر مقدماً من قبل المريض أو وكيله بعدم الشروع بالقيام بعملية الإنعاش أصلاً وابتداءً. وعادة ما يشار لذلك في سجلات المريض بما يتيح لأعضاء الفريق الطبي معرفة قرار المريض أو وكيله والانصياع لذلك.

ولا يخفى أن الإنعاش هو لون من ألوان المعالجة وتسري عليه أحكامها التي فصل البحث فيها آنفاً. ولا بد حين النظر في الحكم أن يستصحب حال المريض وإنذار المرض، إذ بهما يتم موازنة المصالح والمفاسد وترجيح وجه من الأحكام على ما سواه. ويحسن في هذا المقام سوق الفتوى التالية لما فيها من فوائد جمة ثم التعقيب بما يفي بالجوانب العملية للمسألة.

جاء في قرار اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية فتوى رقم (12086) تاريخ 06/30/

⁽¹⁾ وهو المصطلح الأحدث المختار من الجمعية الطبية الأمريكية AMA.

فقد اطلعت اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء على ما ورد إلى سماحة الرئيس العام من مدير فرع الشؤون

الدينية للقوات المسلحة والمحال إلى اللجنة من إدارة البحوث العلمية والإفتاء برقم (1508) وتاريخ

28/3/1409 هـ وهذا نصه:

س. "ورد إلينا شرح ضابط التوعية الإسلامية بمستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية بتاريخ

13/3/1409 هـ المبني على خطاب رئيس الأطباء بمستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية

الغربية المؤرخ في 12/3/1409 هـ والذي يطلب فيه فتوى حول عدم تنفيذ إجراءات الإنعاش في النقاط التي

ورد ذكرها في دليل سياسة العمل والإجراءات المرافقة نأمل من فضيلتكم التكرم باتخاذ ما ترونه أو فتوى بجواز

هذه النقاط من عدمها وإشعارنا ليطم على ضوء ذلك العمل بموجبه في مستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية

الغربية هذا والله يحفظكم والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته...". هذا والحالات التي وردت في دليل سياسة العمل

والإجراءات هي التالية:

أولاً: إذا وصل المريض متوفى.

ثانياً: إذا كان ملف المريض مختوماً بعلامة عدم إجراءات الإنعاش بناء على رفض المريض أو وكيله في حال عدم

صلاحية المريض للإنعاش.

ثالثاً: إذا قرر ثلاثة أطباء أن من غير المناسب إنعاش المريض عندما يكون من الواضح أنه يعاني من مرضٍ مستعص

(69) فتاوى اللجنة الدائمة للبحوث والإفتاء بالمملكة العربية السعودية-الفتاوى المتعلقة بالطب وأحكام المرضى، فتوى رقم 12086، ص 322-324.

غير قابل للعلاج وأن الموت محقق.

رابعاً: المريض في حالة خمول ذهني مع مرض مزمن مثل السكتة الدماغية المسببة للعجز أو مرض السرطان في

مرحلة متقدمة أو مرض القلب والرئتين المزمن الشديد أو أمراض الهزال وتكرار توقف القلب والرئتين.

خامساً: إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعصٍ على العلاج عقب تعرضه لتوقف القلب

والرئتين لأول مرة.

سادساً: إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجد وغير ملائم لوضع معين حسب رأي الأطباء الحاضرين، فإن رأي

المريض الذاتي لا يهم، والأطباء غير ملزمين بإجراء إنعاش القلب والرئتين ولا يحق لذوي المريض طلب هذا النوع من

العلاج إذا كان غير مُجدٍ.

ج. وبعد دراسة اللجنة للاستفتاء أجابت بما يلي:

أولاً: إذا وصل المريض إلى المستشفى وهو متوفي فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

ثانياً: إذا كانت حالة المريض غير صالحة للإنعاش بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات لا حاجة لاستعمال

جهاز الإنعاش.

ثالثاً: إذا كان المريض مستعصياً غير قابل للعلاج، وأن الموت محقق بشهادة ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات فلا

حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

رابعاً: إذا كان المريض في حالة عجز أو في حالة خمول ذهني مع مرض مزمن أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة أو

مرض القلب أو الرئتين المزمن مع تكرار توقف القلب أو الرئتين، وقرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات ذلك فلا

حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

خامساً: إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعص على العلاج بتقرير ثلاثة من الأطباء

المختصين الثقات فلا حاجة أيضاً لاستعمال جهاز الإنعاش لعدم الفائدة في ذلك.

سادساً: إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجد وغير ملائم لوضع معين حسب رأي ثلاثة من الأطباء

المختصين الثقات فلا حاجة لاستعمال آلات الإنعاش، ولا يلتفت إلى أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو

رفعها لكون ذلك ليس من اختصاصهم.

ويمكن إيجاز الأحكام المتعلقة بهذه المسألة فيما يلي:

1. يشرع للمريض أن يختار إصدار الإذن المسبق ب DNR ويفوض الطبيب باختيار الأصلاح لحاله في ضوء

ترجيح المصالح والمفاسد العامة للحالة الصحية للمريض.

2. إذا لم يعرف حال المريض وطبيعة مرضه (كمن أغمي عليه في مكان عام) فيتوجب الشروع في إنعاشه

لدفع الخطر عنه، وبقاء الحكم على الأحوط بما يحفظ الحياة. ويكون الحكم بحق المجتمع واجباً كفاً، ويزداد

وجوباً ويتعين في حق الطبيب والقادر عليه، ويتعلق به المسؤولية الشرعية والقضائية⁽⁵³⁾.

3. إذا كان المريض قد أصدر الإذن المسبق ب DNR، فلا بد من الأخذ به إلا إذا ظن الطبيب أن مصلحة

المريض تقتضي ذلك. ومثاله أن يكون المرض اليائس مستقراً وسبب توقف القلب الرئوي عابراً مستقلاً عن

المرض الأصلي وكان احتمال الشفاء راجحاً. وإن أجاب المريض إلى رغبته فلا حرج عليه.

⁽⁵³⁾ أبو زهرة، مسؤولية الأطباء، مجلة لواء الإسلام، ع12، ص53.

4. إذا لم يكن المريض قد أصدر إذناً مسبقاً فيؤول الأمر إلى وكيله إن سنحت الظروف لذلك، وإلا فإنه

يصار إلى رأي الطبيب بحسب اللوائح المعمول بها. وإن كانت تقتضي إعمال رأيه فيصار على الأحوط بإجراء

الإنعاش إلا إذا قرر ثلاثة أطباء أن الإنعاش سيكون عقيماً futile.

5. إذا اختلف وكيل المريض والطبيب حال غياب إذن المريض فيصار إلى رأي الوكيل إن تحمل التبعات

المالية، وإلا يصار إلى رأي الطبيب وعندها تؤول المسألة إلى الحالة الأنفة الذكر.

ثانياً: حكم إيقاف الوسائل الداعمة للحياة (أجهزة الإنعاش)

ذكر آنفاً، يقصد بذلك الوسائل العلاجية التي تستخدم للحفاظ على الوظائف الحيوية للمريض، وتختلف بحسب

حالة المريض. ولا يمكن حصرها، إذ ما يزال التقدم التقني يطالعنا بكل جديد يوماً بعد يوم. ومن أهم ما تشمله تلكم

الوسائل "المنفسة" أو جهاز التنفس الاصطناعي ventilator، وأجهزة تنظيم عمل القلب وضخ الدم، وعملية غسل

الكلى hemodialysis، والمستحضرات الدوائية التي تحافظ على استقرار القلب والدوران بها يضمن استمرار وظائف

البدن.

والمسألة هنا تتعلق بإيقاف الوسائل الداعمة أو المساندة للحياة وليس ببدئها كما في المسألة آنفة الذكر. ويحتمل ذلك في

الواقع العملي إذا وصل المريض إلى مرحلة تعتبر معها الأجهزة الداعمة للحياة عقيمة futile. وفي هذه الحالة يكون

حكم المعالجة في حق الطبيب غير واجب، بل يكون مكروهاً إن كانت المعالجات مظنة لإيلاام المريض أو إضاعة المال

والموارد من غير طائل. وفي حق ولي الأمر لا تكون المعالجة واجبة بل مكروهة للعلة السابقة. وتزداد الكراهة وقد

تصل درجة الحرمة إن كان هناك مريض آخر بحاجة إلى غرفة العناية المشددة أو الأجهزة الداعمة للحياة (كالمنفسة

مثلاً) مع غلبة الظن بأن هذا المريض الآخر يرجى نفعه. وأما في حكم ولي المريض فأقصى ما يمكن قوله إن المعالجة

مباحة. فإن كان هناك توافق بين الفريق الطبي ووكيل المريض بإيقاف المعالجة فقد قضي الأمر. وإن كان هناك

اختلاف بين وجهة نظر الفريق الطبي من جهة والمريض ووكيله أو وليه من جهة أخرى فيصير إلى رأي الفريق الطبي

مع بعض التحفظات الإجرائية. ومرة أخرى يحسن استحضار ما جاء في الفتوى السالفة⁽⁷⁾:

"إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجد وغير ملائم لوضع معين حسب رأي ثلاثة من الأطباء المختصين

الثقات فلا حاجة لاستعمال آلات الإنعاش، ولا يلتفت إلى أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها

لكون ذلك ليس من اختصاصهم".

ومن حيث المبدأ نتفق مع الحكم مع شيء من التفصيل والإضافة. فينبغي الإشارة إلى أن الرأي الطبي يقتضي كون

الأطباء من ذوي الخبرة في هذا المجال، كأن يكون أحدهم من اختصاص الأمراض العصبية، وثنائهم من اختصاص

العناية المشددة، وثنائهم من اختصاص ثالث له علاقة بحالة المريض، وقد يكون الطبيب العام. وهذا من المفترض أن

يكون ميسوراً من الناحية العملية. ولعل تطور وسائل الاتصال اليوم يتيح استشارة كثير من أهل الخبرة بما يسد

الفجوة ويحقق المقصود.

ثم إنه لا بد من الإشارة إلى ضرورة من اللجوء إلى آليات لفض النزاع بين الطبيب والمريض وفريق كلٍ منهما، بحيث

تتولى لجنة أخلاقية مستقلة التأكد من صحة التشخيص، وصحة المعالجة، ودقة الإنذار، والسلامة من الأخطاء الطبية

التي ينتفي بها الضمان عن الطبيب. وكذلك انتفاء تضارب المصالح كالطمع في حصد أعضاء المريض لنقلها إلى مريض

⁽⁷⁾ فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. انظر نصها الكامل ص 125-126 من هذا البحث.

آخر، وغير ذلك. ولا يكفي الاقتصار على رأي ثلاثة من الأطباء ممن كان لهم صلة مباشرة بالعناية بالمريض، خصوصاً

في البلاد المعروفة باستشراء الفساد الإداري والمهني فيها.

وعلى مستوى أعلى، فمما يوصى به تضمين اللوائح الإدارية لممارسة الطب في الهيئات الطبية في البلدان العربية إيجاب

الإبلاغ عن الحالات التي يتم فيها الامتناع عن الإنعاش بحيث يتم مراجعتها من قبل لجنة مستقلة بما يكون رادعاً

للأطباء ووازعاً لاتخاذ القرار السليم.

6.5 المطلب الثاني: التغذية والإماهة الاصطناعية Artificial nutrition and

hydration (ANH)

6.5.1 الفرع الأول: معنى التغذية الاصطناعية

معنى التغذية الاصطناعية: يقصد بالتغذية الاصطناعية الوسائل العلاجية التي يتم بواسطتها إيصال المواد الغذائية

لجسم المريض العاجز عن تناول الطعام من طريقه الطبيعي المعتاد أي الفم، وبآليته الفيزيولوجية الطبيعية وهي البلع.

والإماهة هي إيصال السوائل تحديداً. ولهذه الوسائل نوعان:

1. الطريق الهضمي: ويعني إيصال السوائل والتغذية إلى جهاز الهضم بواسطة أنبوب يصل إلى المعدة وله

نمطان رئيسان:

(1) الأنبوب الأنفي المعدي (NGT) nasogastric tube: وهو أنبوب يدخل من الخيشوم إلى

الأنف ثم إلى الحلق والمريء ليصل إلى المعدة.

(2) الأنبوب المعدي النافذ لجدار البطن percutaneous endoscopic gastrostomy: وهو

أنبوب يوضع جراحياً من خلال فتحة في البطن تصل بالأنبوب إلى المعدة.

2. الطريق الوريدي: وهو إيصال السوائل والأغذية عن طريق قناة توضع عبر الوريد، والشائع منها ما

يسمى (total parenteral nutrition (TPN).

6.5.2 الفرع الثاني: إشكالية التغذية الاصطناعية

إن قضية إيقاف التغذية - كما هو واضح - من أعقد القضايا المتصلة بالبحث، في سائر الأديان والثقافات. ويجدر

هنا أن نذكر بقضية السيدة تيري شيافو Terri Schiavo التي اشتهرت على مستوى العالم، إذ في ذلك فائدة

لتوضيح أبعاد المسألة وتصورها تصوراً سليماً. فقد أصيبت السيدة شيافو عام 1990 بوقف قلبي رئوي أدى إلى

وصولها للحالة النباتية، وتطلبت أنبوباً للتغذية والإماهة. بعد ثماني سنوات من الأمل بتحسّن لم يتحقق منه سوى

السراب، طالب زوجها (والذي هو وكيلها) بإيقاف التغذية، وعارض ذلك والداها. تقلبت القضية في المحاكم

حتى انتهى القرار الفاصل لمحكمة فلوريدا العليا عام 2004 بسحب أنبوب التغذية، وعلى إثر ذلك توفيت

المريضة وأسدل الستار على هذه القضية.⁽²⁷⁾ والجزء الأهم في القضية أن المحكمة وبناء على آراء أهل الخبرة اعتبرت

أن التغذية الاصطناعية إنما هي من صنوف المعالجات، ووفقاً للقانون المتبع في الولاية فإن من حق الوكيل إيقاف

المعالجة.

ولدى البحث في الدراسات الفقهية المتعلقة بهذه المسألة بالذات فإن الباحث لا يجد ما يتعمق فيها بشكل كاف. ومن

Legal aspects of palliative and end of life care in the United States ⁽²⁷⁾

Bush v. Schiavo, 125 S. Ct 1086 (2005).

من أرشيف المحكمة العليا لولاية فلوريدا في الولايات المتحدة.

أمثلة ما تجده:

قرار المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته الثانية والعشرين المنعقدة بمكة المكرمة، من 21-24

رجب 1436هـ الموافق 10-13 مايو 2015 م بنصه:

"ثالثاً: لا يجوز إيقاف العلاج عن المريض إلا إذا قرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات أن العلاج يُلحق الأذى

بالمريض ولا تأثير له في تحسن حالته أو بقاء حياته، مع أهمية الاستمرار في رعاية المريض المتمثلة في تغذيته وإزالة الآلام

أو تخفيفها قدر الإمكان".

وكذلك توصيات الجمعية الطبية الأمريكية في أمريكا الشمالية Islamic Medical Association of

:North America

"عندما يصبح الموت محتملاً، كما يقرره فريق من الأطباء، فينبغي السماح للمريض أن يموت من غير إجراءات غير

لازمة. لكن لا ينبغي إجراء أي محاولة لمنع التغذية والإماهة"⁽⁷³⁾.

ولذلك كان لزاماً لإفراد هذه المسألة بالبحث والوصول إلى حكم فيها شاف.

6.5.3 الفرع الثالث: حقيقة التغذية الاصطناعية

يصار إلى التغذية الاصطناعية حيثما كان المريض عاجزاً عن تناول الطعام بطريقه المعتاد فموياً، وبآليته الفيزيولوجية

المعتادة بلعاً، لإمداد المريض بالسعرات الحرارية والمواد الغذائية والسوائل اللازمة لاستمرار وظائف البدن وحفظ

(73) Islamic Medical Association of North America: Code Medical Ethics, (2004).

الحياة. ويكون ذلك في حالات متنوعة منها انعدام الشهية كما في المصابين بداء العتة dementia بأصنافه المختلفة،

ومنها فقدان القدرة على البلع وخشية استنشاق الطعام إلى الرئتين مما يسبب ذات الرئة الاستنشاقية aspiration

pneumonia كما هو الحال في المصابين بالسكتات الدماغية أو الأمراض التي يتدنى أو ينعدم فيها الوعي. ومنها عدم

تحمل الطعام كالمصابين ببعض أمراض الجهاز الهضمي. وهناك حالات أخرى لا يتسع المقام لذكرها.

وحتى تنجلي الصورة الحقة للتغذية الاصطناعية بما ييسر السبيل إلى حكم قويم بشأنها، فلا بد من إثبات

النقاط التالية التي تتجلى في ضوءها المصالح والمفاسد التي تتعلق بالتغذية الاصطناعية⁽⁷⁴⁾:

1. إن الأصل في التغذية الاصطناعية أن تكون مؤقتة عارضة إلى حين زوال المانع من التغذية الطبيعية، لكن

أصبح من المعتاد الاعتماد عليها إلى فترات طويلة قد تمتد إلى سنوات كما في المثال السابق للمريضة Terri

Schiavo، وهنا تكمن المشكلة.

2. تختلف التغذية الاصطناعية عن تناول الطبيعي للطعام من وجوه عدة. فالغرض من الأولى تأمين الطاقة

اللازمة للمريض بينما يتعدى تناول الطعام في حالاته الطبيعية إلى ما وراء ذلك من اللذة والمتعة الحاصلة

للشم والنظر والتذوق والإحساس بالشبع، والأنس بالصحة وغيرها. بل وإن التغذية الاصطناعية قد تكون

مصدر إزعاج للمريض بسبب الأنبوب الذي يقتحم أنفه أو يخترق بطنه. ولذلك فمن نافلة القول ذكر ما يراه

الباحث بعدم إفطار الصائم بالتغذية الوريدية لانعدام تحقق وصف الطعام فيها.

(74) Arenella: *Artificial Nutrition and Hydration at the End of Life: Beneficial or Harmful?*

<https://americanhospice.org/caregiving/artificial-nutrition-and-hydration-at-the-end-of-life-beneficial-or-harmful>

3. تتطلب التغذية الاصطناعية خضوع المريض لإجراء وضع وسيلة التغذية، والتي تكون بحد ذاتها عملية

لا تخلو من الإيذاء والإيلام بما يرتبط بذلك من إمكان الاختلاطات والتأثيرات الجانبية للتداخل الجراحي.

أ. في حالة الأنبوب المعدي النافذ لجدار البطن قد تحدث اختلاطات كالنزيف والإنتان، علاوة على

أخطار التخدير المصاحب للتداخل الجراحي.

ب. في حالة TPN ينبغي وضع قسطرة وريدية مركزية central venous مما قد يتسبب في إنتان في

موضع القسطرة والذي قد ينتشر إلى الدم. ويمكن حدوث خثرات موضعية قابلة للانتشار. ويمكن

حدوث اضطرابات نظم القلب واختلال توازن شوارد الجسم. وجميع الاختلاطات السابقة قد تكون

مهدة للحياة. وهناك اختلاطات أخرى عديدة يضيق المقام عن ذكرها لعمق اختصاصها.

ت. في حالة الأنبوب الأنفي المعدي NGT، قد يتسبب الأنبوب في إزعاج المريض (الواعي) وقت

الوضع وبعده. وحين وضعه قد يسلك مساراً خاطئاً إلى القصبة الهوائية مما يؤدي إلى التهاب الرئة (ذات

الرئة) الاستنشاقية والتي قد تكون قاتلة. وقد يتسبب بقاء الأنبوب لفترة طويلة بخدوش وتقرحات بل

ثقوب تمتد امتداد الأنبوب بدءاً بالأنف وانتهاءً بالمعدة. وقد يتسبب الأنبوب بنزوف حادة أو مزمنة.

وإذا كان المريض غير تام الوعي فقد يحاول نزع الأنبوب من أنفه فيصير إلى تقييده restrain ولذلك

قسط وافر من الأذى النفسي والجسدي. هذا وقد تتسبب المواد الغذائية هي بدورها بآثار أخرى ثانوية

كالغثيان والإقياء والإسهال وانتفاخ البطن وزيادة حمولة السوائل وغيرها.

ث. في حالة الإمهاة الوريدية يمكن حدوث التهابات وإنتانات موضعية وقابلة للانتشار، ويمكن

المريض عندما يتوقف عن تناول الطعام فإن ذلك بسبب آلية فيزيولوجية مردها إلى عدم قدرة الجسم على معاملة الطعام والشراب كما في الجسم السليم. واستعمال وسائل التغذية والإماهة الاصطناعية لا يجعل المريض أقوى أو أحسن ولا يغير من طبيعة المرض. بل إن ذلك قد يسبب تأثيرات جانبية كالغثيان وانتفاخ البطن والإسهال.

ث. في اضطرابات الوعي المزمّنة (PDOC) prolonged disorders of consciousness: والتي سيأتي التفصيل فيها لاحقاً، كان الظن السائد عدم إحساس المرضى بالعطش والجوع وما ينجم عن ذلك من ألم ومعاناة. لكن الدراسات الحديثة تشير إلى إمكانية تحليل الدماغ لهذه الأحاسيس. أما إدراك المريض لذلك من عدمه فغير معروف⁽⁷⁷⁾ -⁽⁷⁸⁾. ولذلك هناك احتمال -ولو لم يكن ثابتاً- أن يؤدي إيقاف التغذية أو الإماهة الاصطناعية إلى حس بالجوع أو العطش الذي قد يرافقه الإحساس بالمعاناة. على أن ذلك يمكن معالجته بالوسائل التلطيفية للتخفيف عن المريض قدر المستطاع. ثم إنه يجب أن ينظر إلى مقدار هذه المعاناة بالمقارنة مع أحوال المريض الأخرى وما يعانیه منها!

6.5.4 الفرع الرابع: حكم الامتناع عن التغذية والإماهة الاصطناعية

مما سبق يتبين أن التغذية والإماهة الاصطناعية إنما هي من وسائل المعالجة التي تترتب عليها جملة من المصالح والمفاسد. والحكم عليها لا ينبغي أن يكون مجرداً معزولاً عن حالة المريض العامة. وينطبق عليها إذن ما قيل آنفاً بشأن

⁽⁷⁷⁾ Panksepp, Fuchs, Garcia, Lesiak: *Does any aspect of mind survive brain damage that typically leads to a persistent vegetative state? Ethical considerations*, Philos Ethics Humanit Med, 32:2

⁽⁷⁸⁾ Riganello et al: *Pain Perception in Unresponsive Wakefulness Syndrome May Challenge the Interruption of Artificial Nutrition and Hydration: Neuroethics in Action*. Front Neurol, 7: 202.

أحكام الأمراض الميؤوس من شفائها

د. باسم أحمد حميد

ألوان المعالجة الأخرى من أحكام؛ ومنه جواز الامتناع عنها، سواءً شروعاً أو إيقافاً، إن كانت غير مجدية. وينبغي التأكيد أن عدم ابتدائها أساساً في الأمراض اليائسة خير وأيسر من سحبها وإيقافها بعد بدئها، والدفع أقوى من الرفع. وكذلك ينبغي التأكيد على معالجة أي أعراض يعاني منها المحتضر من آلام ومعاناة على نحو ما بيناه في المعالجة التلطيفية والتي تأخذ حكم الوجوب حال الاستطاعة. والله أعلى وأعلم.

6.6 المطلب الثالث: حالات اضطراب الوعي المديدة Prolonged disorders of

consciousness (PDOC)

لقد أدى تقدم تقنيات الإنعاش والوسائل الداعمة للحياة إلى مزيد من المرضى الذين يبقون على قيد الحياة مع درجات متفاوتة من أذيات الدماغ وما ينجم عنها من تبدل في الوعي. وإن هذه الحالات هي في صميم مسألة الامتناع عن المعالجة وتشكل عقبتها. ولذلك كان لا بد من إفرادها بالبحث لتصويرها تصويراً دقيقاً يتيح الحكم عليها حكماً صائباً.

6.6.1 الفرع الأول: مفهوم الوعي Consciousness

أولاً: المعنى اللغوي

الوعي في المصطلح الطبي⁽⁷⁹⁾ وظيفته الجسم المتمثلة في أمرين:

1. اليقظة wakefulness: وهي حالة تتمثل بفتح العينين مع شيء من الفاعلية الحركية، بخلاف النوم الذي

Royal College of Physicians. *Prolonged disorders of consciousness: National clinical guidelines*. London, RCP, (79) 2013.

يتميز بانغلاق العينين والسكون الحركي.

2. الإدراك awareness: قدرة المريض على الشعور الذاتي أياً كان كإحساسه بنفسه او بما يحيط به، وقدرته

على التفاعل مع من حوله، أو إحداث النية بفعل شيء ما.

وليس من علامة محددة أو فحص معين يحدد الإدراك، وإنما هو حالة تستنج من مجموعة من القرائن التي

تبديها حالة المريض ككل.

واضطراب الوعي هو أي حالة يتبدل فيها الوعي عن حالته الطبيعية المعتادة كما يتضح فيما يأتي.

6.6.2 الفرع الثاني: اضطرابات الوعي

إن كثيراً من الأمراض تنتهي بنهاية مشتركة، ألا وهي أذية دماغية تؤدي إلى اضطراب في الوعي يتطول أو يقصر. وهي

من أشد الحالات إرباكاً للجميع من حيث اتخاذ القرار المناسب بشأن المعالجات بأصنافها المتعددة المذكورة آنفاً.

وتنجم هذه الاضطرابات عن أذية جسيمة في الدماغ تتركز بشكل خاص في قشرة الدماغ brain cortex بحيث يفقد

فيها المريض الوعي والإدراك لذاته ومحيطه بدرجات متفاوتة؛ وتبقى بعض أجزاء الدماغ (الدماغ البيني

diencephalon وجذع الدماغ brainstem) قادرة على الحفاظ على الوظائف الأساسية اللازمة لاستمرار الحياة

كالتنفس وعمل القلب، وبعض المنعكسات⁽⁶⁰⁾ اللاإرادية.

أما أسباب أذية الدماغ فكثيرة إذ أنها، كما سلف، قد تكون المحصلة النهائية لقصور وظائف الجسم بسبب مرض عام،

⁽⁶⁰⁾ المنعكس هو فعل لا إرادي ناجم عن منبه ما.

أو حالات تستهدف الجهاز العصبي.

فإذا ما تعرض الدماغ لأذية شديدة كافية للذهاب بوعي المريض فإنه يدخل في حالة السبات coma لمدة متفاوتة ثم

ينبثق منها إلى الصحو الكامل أو إلى حالات أخرى من اضطرابات الوعي، والتي إما أن تكون حالة نباتية

vegetative state (VS) أو حالة الوعي المتدني (minimally conscious state (MCS).

وإذا دام اضطراب الوعي ما فوق أربع أسابيع سُمي مديداً prolonged. ويعرض الجدول 2 ملخصاً لمقارنة

مواصفات تلك الحالات يليه عرض لبعض النقاط المهمة المتعلقة بكل منها والتي تساعد في تصوير المسألة وترجيح

المصالح والمفاسد المتعلقة بمعالجتها. ولمزيد من التفاصيل، وخصوصاً للعاملين في الميدان الطبي، ينصح بالرجوع إلى

المرجع التالي.⁽⁸¹⁾

هذا ولا بد من التأكيد الشديد على أن التعامل مع هذه الحالات من حيث التقويم والتشخيص والمعالجة يحتاج إلى

طبيب مختص بالأمراض العصبية ذي مهارة ودربة، ولا ينبغي أن يترك إلى غيره من الفريق الطبي، فضلاً عن يتجرأ

عوام الناس على البت في مثل هذه الأمور. السبات: حالة من فقد الوعي يكون المريض فيها غير قابل للإيقاظ ولا

يكون مدركاً لمحيطه، كما سبق ذكره. ويلاحظ هنا ما يلي:

أ. حالة انتقالية تمتد إلى أسبوعين وتتطور إما إلى الصحو أو إلى حالة أخرى كالحالة النباتية أو حالة

الوعي المتدني أو الموت الدماغية.

Royal College of Physicians. *Prolonged disorders of consciousness: National clinical guidelines*. London, RCP, ⁽⁸¹⁾

2013

ب. يجب التأكد أن السبات غير ناجم عن تأثير الأدوية.

ت. يعتمد إنذار السبات على عوامل عديدة منها عمر المريض والأمراض المرافقة والعامل المسبب

وشدته. فيكون الإنذار بشكل عام أحسن في صغار السن والأذيات الرضية traumatic injury.

ث. يمكن فحص المريض الدقيق مع بعض الاختبارات الاستقصائية المساعدة من تحديد إنذار دقيق لمآل

المريض خلال 24-72 الساعة الأولى من السبات، مما يساعد على انجلاء المصالح والمفاسد واتخاذ القرار

المناسب باستمرار المعالجة أو منعها في ضوء ذلك. وبعض من تفصيل ذلك في الفقرة التالية.

ج. إن نتائج الدراسات الاستقرائية⁽⁸³⁾ للسبات في الناجين عقب الإنعاش القلبي التنفسي على مدى

أربعين عاماً استخلصت علامات تدل على إنذار وخيم خلال 72 الساعة الأولى، أي موت المريض غالباً

أو عجزه الوظيفي الشديد⁽⁸³⁾ حال نجاته. تدل هذه العلامات على إصابة شديدة لجذع الدماغ وهي غياب

المنعكس الضوئي الحدقي⁽⁸⁴⁾ pupillary light response، وغياب منعكس القرنية⁽⁸⁵⁾ corneal reflex،

وعدم الاستجابة الحركية المناسبة للتنبيه بالألم (غياب الحركة كلياً أو انبساط الأطراف بدل انقباضها).

وهناك فحوص استقصائية أخرى يضيق المقام عن بسطها.

Wijdicks et al: *Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: (83) prediction of outcome in comatose survivors after cardiopulmonary resuscitation (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, 67(2):203*

(83) العجز disability المقصود هو فقدان المريض للملكة العقلية التامة، للحواس كالسمع والبصر، والقدرة الكاملة على النطق والفهم، والحركة التي تجعله قادراً على أداء احتياجاته. ويتعبير آخر يكون المريض فاقد التكليف والأهلية معتمداً بدرجة متفاوتة على العناية التمريضية من طعام وشراب وتبديل حافظات البول والغائط، ما إلى ذلك.

(84) المنعكس الضوئي الحدقي هو انقباض الحدقة لدى تسليط ضوء باهر عليها.

(85) منعكس القرنية هو غمز الأجنان اللاإرادي لدى تنبيه قرنية العين باللمس.

1. الحالة النباتية VS: حالة من تبدل شديد في الوعي، يتصف المريض فيها بمظاهر اليقظة مع غياب الإدراك،

وتتميز بما يلي:

أ. عدم وجود دليل على إدراك الذات أو المحيط أو التفاعل مع الآخرين.

ب. عدم وجود دليل على استجابة إرادية أو هادفة أو متكررة للمنبهات السمعية أو البصرية أو اللمسية

أو الألمية.

ت. وجود دورة النوم واليقظة التي تتميز بفترات من اليقظة المتقطعة.

ث. المحافظة على الوظائف الفيزيولوجية الأساسية التي تسمح باستمرار الحياة بوجود العناية الطبية

والتمريضية.

ج. سلس البول والغائط.

ح. المحافظة على بعض المنعكسات reflexes الرأسيّة cranial والنخاعية spinal، كالتبسم وبعض

التحركات، والتي يُتخيّل أنها مظاهر لوعي المريض وما هي إلا منعكسات لا إرادية.

خ. تعتبر الحالة النباتية دائمة (PVS) permanent vegetative state إذا دامت ثلاثة شهور في

الأذيات غير الرضية، وسنّة في الأذيات الرضية.

د. يعتبر التعافي من الحالة النباتية الدائمة (PVS) أمراً نادراً، وإن حصل فيكون المريض مترافقاً بعجز

وظيفي شديد.

2. حالة الوعي المتدني MCS: حالة من تبدل شديد في الوعي لكنها لا ترقى إلى الحالة النباتية، وتتصف بما يلي:

أ. يبدي المريض أحياناً بعض المظاهر الدالة على تفاعله مع المحيط، كأن يحرك عينيه لملاحظة جسم ما،

أو أن يتفوه ببعض الكلمات، أو أنه يستجيب لبعض الأوامر البسيطة كإغماض العينين ورفع اليد وما

شابه ذلك، أو يبدي بعض التصرفات الإرادية من تلقاء نفسه.

ب. يبدو الإنذار في هذه الحالة أقل سوءاً من حيث زيادة عدد الناجين عما هو في الحالة النباتية، لكن مع

إصابتهم بالعجز الوظيفي الشديد.

ت. يبدو أن الحالات الناجمة عن الرضوض (خلافاً لحالات نقص الأكسجة)، وخصوصاً في المرضى

الأصغر سناً (دون الأربعين) هي الحالات ذات الإنذار الأحسن، مما ينبغي أخذه بعين الاعتبار.

أولاً: التكييف الفقهي لاضطرابات الوعي

يمكن تخريج الحالة النباتية على حالة المذبوح، وحالة الوعي المتدني على الحياة المستمرة او المستقرة. قال في مغني

المحتاج (86):

... (وإن أنها رجل) مثلاً (إلى حركة مذبوح) وهي المفسرة بقوله (بأن لم يبق) معها (إبصار و) لا (نطق اختيار و) لا (حركة اختيار)

وهي التي يبقى معها الإدراك وهي المستقرة ويقطع بموته بعد يوم أو أيام وهي التي اشترط وجودها في إيجاب القصاص دون

المستمرة وهي التي لو ترك معها لعاش...

وإن شك في وصوله إلى حركة مذبوح رجع إلى أهل الخبرة كما قال الرافعي أي وعمل بقول عدلين منهم.

⁸⁶ الشريبي، مغني المحتاج، ط1، 4/ 19.

وحالة المذبوح تسمى حالة اليأس وهي التي لا يصح فيها إسلام ولا ردة ولا شيء من التصرفات وينتقل فيها ماله لورثته الحاصلين حينئذ لا لمن حدث ولو مات له قريب لم يرثه.

(ثم) إن (جنى) شخص (آخر) عليه بعد الانتهاء لحركة مذبوح (فالأول) منها (قاتل) لأنه صيره إلى حالة الموت (ويعزر الثاني) منها لهتكه حرمة الميت كما لو قطع عضواً من ميت، وإن جنى الثاني منها (قبل الإنهاء إليها) أي حركة مذبوح (فإن ذفف) الثاني (كحز للرقبة) بعد جرح سابق من الأول (فالثاني قاتل) فعليه القصاص لأن الجرح إنما يقتل بالسراية وحز الرقبة بقطع أثرها ولا فرق بين أن يتوقع البرء من الجراحة السابقة أن يتيقن الهلاك بها بعد يوم أو أيام لأن له في الحال حياة مستقرة وقد عهد عمر رضي الله تعالى عنه في هذه الحالة وعمل بعهد ووصاياه وعلى الأول قصاص العضو أو مال بحسب الحال من عمد أو غيره (وإلا) أي وإن لم يذفف الثاني أيضاً كأن قطع الأول يده من الكوع والثاني من المرفق ومات المجني عليه بسراية القطعين (فقاتلان) بطريق السراية ولا يقال إن أثر القطع الثاني أزال أثر القطع الأول (ولو قتل مريضاً في النزح وعيشه عيش مذبوح وجب) بقتله (القصاص) لأنه قد يعيش فإن موته غير محقق...

ثانياً: أحكام معالجة اضطرابات الوعي

تسري الأحكام المختلفة لمعالجة الأمراض اليائسة التي تم مناقشتها على اضطرابات الوعي لكن بعد الأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

1. التأكد على وجه الدقة من صحة تشخيص الحالة بإشراك أهل الاختصاص والخبرة، إذ على ذلكم يتوقف الحكم بشكل كلي.
2. تربيص ثلاثة أيام منذ بدء السبات قبل اتخاذ القرار.
3. اعتبار عمر المريض (دون الأربعين) وسبب الأذية (الرضوض) لإنذار أقل سوءاً من غيرها في حالات MCS.

4. وجوب توفير المعالجة التلطيفية للمريض في هذه الحالات

7. النتائج

1. موافقة المريض informed consent والإذن المسبق advance directives ووصية الحياة living will

والوكالة الطبية medical power of attorney، الشائعة في الغرب ممارسات منسجمة مع الشرع واستخدامها سائق مشروع.

2. للمريض الحق في توكيل من يقوم مقامه بمقتضيات الإذن الطبي. وفي حال عجز المريض عن إصدار الإذن

الطبي، وفقدان الوكيل، تنتقل الولاية إلى العصابات أولي الولاية الشرعية. وإذا كانت القوانين تعطي الولاية لغير العصابات، فيمكن للولي طلب التوكيل من العصابات أو إنفاذ مشورتهم.

3. إن كان قد شرع ببعض المعالجات، كأجهزة الإنعاش ونحوها ثم تقرر أنها عقيمة futile، ولم يكن هناك إذن

مسبق من المريض بإيقافها، أو إذا امتنع وكيله أو وليه عن إصدار الإذن، فلا بد عندها من اللجوء إلى آليات لفض

النزاع. فيمكن للمريض وممثله الاستمرار في ذلك مع تحمل التبعات المالية إن لزم. ويجوز للطبيب عندها

الامتناع عن المعالجة إن توفر طبيب آخر للقيام بذلك.

ولا يصح في حالة النزاع أن يجتمع الخصم والحكم في شخص واحد. ولا بد أن يكون هناك آليات لفض النزاع كأن

يصار إلى جهة ثالثة محايدة. ويمكن أن يقوم بهذا الدور اللجنة الأخلاقية في المشفى أو جهة مخولة من القضاء.

4. المعالجة التلطيفية Palliative Treatment كما تم وصفها هي معالجة مشروعة، بل ينبغي أن يكون لها

الأولوية في الأمراض اليائسة والانتهاية، وحشد الجهود للقيام بها على وجهها الصحيح بدلاً من المعالجات العقيمة.

5. إن الأمر بعدم بدء محاولة الإنعاش (DNAR, DNR) Orders Not to Attempt Resuscitation أمر

معتبر يتم تخريجه على الإذن الطبي، تكون أحكامه كما يلي:

أ. يشع للمريض أن يختار إصدار الإذن المسبق ب DNR ويفوض الطبيب باختيار الأصلح لحاله في ضوء ترجيح المصالح والمفاسد العامة للحالة الصحية للمريض.

ب. إذا لم يعرف حال المريض وطبيعة مرضه فيتوجب الشروع في إنعاشه لدفع الخطر عنه، وبقاء الحكم

على الأحوط بما يحفظ الحياة. ويكون الحكم بحق المجتمع واجباً كفائياً، ويزداد وجوباً ويتعين في حق

الطبيب والقادر عليه، ويتعلق به المسؤولية الشرعية والقضائية.

ت. إذا كان المريض قد أصدر الإذن المسبق ب DNR فلا بد من الأخذ به إلا إذا ظن الطبيب أن مصلحة

المريض تقتضي ذلك. كأن يكون المرض اليائس مستقراً وسبب توقف القلب الرئوي عابراً مستقلاً عن

المرض الأصلي وكان احتمال الشفاء راجحاً. وإن أجاز المريض إلى رغبته فلا حرج عليه.

ث. إذا لم يكن المريض قد أصدر إذناً مسبقاً فيؤول الأمر إلى وكيله إن سنحت الظروف لذلك، وإلا صير

إلى رأي الطبيب بحسب اللوائح المعمول بها. وإن كانت تقتضي أعمالاً فيصير على الأحوط بإجراء

الإنعاش إلا إذا قرر ثلاثة أطباء أن الإنعاش سيكون عقيماً (futile).

ج. إذا اختلف وكيل المريض والطبيب حال غياب إذن المريض فيصير إلى رأي الوكيل إن تحمل التبعات

المالية إن لزم، وإلا يصار إلى رأي الطبيب.

6. لا حرج في إيقاف الوسائل الداعمة أو المساندة للحياة life support إذا وصل المريض إلى مرحلة تعتبر معها

الأجهزة الداعمة للحياة عقيمة futile.

7. إن التغذية والإماهة الاصطناعية هي من وسائل المعالجة التي تترتب عليها جملة من المصالح والمفاسد.

والحكم عليها لا ينبغي أن يكون مجرداً معزولاً عن حالة المريض العامة. وتسري عليها الأحكام الشرعية للمعالجة

؛ ومنها جواز الامتناع عنها إن كانت غير مجدية.

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

8. قائمة المصادر والمراجع

8.1 المراجع العربية:

1. ابن الأخوة، محمد بن محمد بن أحمد بن أبي زيد، معالم القرية في أحكام الحسبة، ط1، (كمبردج، دار الفنون، د.ت).
2. الأسقفهي، شهاب الدين أحمد بن عماد بن يوسف بن عبد النبي، الفرق بين الحياة المستمرة والمستقرة وعيش المذبوح، د.ط، (مصر، المكتبة الأزهرية، د.ت).
3. ابن أنس، مالك، الموطأ، تحقيق محمد فؤاد عبد الباقي، د.ط، (مكة المكرمة، دار إحياء التراث العربي، 1985 م).
4. البخاري، أبو عبد الله محمد بن إسماعيل، صحيح البخاري (الجامع المسند الصحيح المختصر من أمور رسول الله صلى الله عليه وسلم وسننه وأيامه)، ط1، (دمشق، دار ابن كثير، 2002م).
5. البيهقي، أبو بكر أحمد بن الحسين بن علي بن موسى، سنن البيهقي الكبرى، تحقيق محمد عبد القادر عطا، ط3، (بيروت، دار الكتب العلمية، 2003م).
6. البيهقي، أبو بكر أحمد بن الحسين بن علي بن موسى، شعب الإيمان، تحقيق عبد العلي عبد الحميد حامد، ط1، (الرياض، مكتبة الرشيد، 2003م).
7. الترمذي، أبو عيسى محمد بن عيسى، سنن الترمذي (الجامع الكبير)، تحقيق بشار عواد معروف، ط1،

(بيروت، دار الغرب الإسلامي، 1996م).

8. ابن تيمية، تقي الدين، **مجموع الفتاوى ابن تيمية**، ط1، (السعودية، مجمع الملك فهد، 1995م).

9. ابن الجوزي، جمال الدين أبو الفرج عبد الرحمن بن علي بن محمد، **كشف المشكل من حديث الصحيحين**،

تحقيق علي البواب، ط1، (الرياض، دار الوطن، 1997م).

10. ابن حبان، محمد بن حبان بن أحمد بن حبان أبو حاتم التميمي البستي السجستاني، **المجروحين من المحدثين**

والضعفاء والمتروكين، تحقيق حمدي بن عبد المجيد بن إسماعيل، ط1 (الرياض، دار الصميعة، 2000م).

11. ابن حزم، أبو محمد علي بن أحمد بن سعيد الأندلسي القرطبي الظاهري، **المحلى بالآثار**، تحقيق عبد الغفار

سليمان البنداري، ط1 (بيروت، دار الكتب العلمية، 2003م).

12. ابن حنبل، أبو عبد الله أحمد بن محمد، **مسند الإمام أحمد**، تحقيق شعيب الأرنؤوط، ط1، (بيروت، مؤسسة

الرسالة، 1993م).

13. ابن حنبل، أبو عبد الله أحمد بن محمد، **الزهد**، تحقيق محمد عبد السلام شاهين، ط1، (بيروت، دغر الكتب

العلمية، 1999م).

14. الخرشبي، أبو عبد الله محمد، **شرح الخرشبي على مختصر خليل**، ط2، (بولاق، المطبعة الأميرية الكبرى،

1899م).

15. الدمياطي، أبو بكر ابن السيد محمد شطا، **إعانة الطالبين حاشية على ألفاظ فتح المعين لشرح قرّة العين**

بمهمات الدين، ط1، (بيروت، دار الفكر، 1997م).

16. أبو داود، سليمان بن الأشعث الأزدي السجستاني، سنن أبي داود، تحقيق شعيب الأرنؤوط، ط1، (بيروت، مؤسسة الرسالة، 2009م).

17. الدورة العاشرة للمجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي (مكة المكرمة، 1988 م).

18. الدورة الثانية والعشرون للمجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي (مكة المكرمة، 2015 م).

19. الدورة العادية الحادية عشرة للمجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث، مقر الرابطة الإسلامية بالسويد، البيان الختامي، (ستوكهولم، 2003 م).

20. الذهبي، شمس الدين أبو عبد الله محمد بن أحمد بن عثمان، الطب النبوي، تحقيق أحمد رفعت البدرأوي، ط3، (بيروت، دار إحياء العلوم، 1990م).

21. الرازي، أبو محمد عبد الرحمن بن محمد بن إدريس بن المنذر التميمي الحنظلي الرازي ابن أبي حاتم، آداب الشافعي ومناقبه، تحقيق عبد الغني عبد الخالق، ط1، (بيروت، دار الكتب العلمية، 2003م).

22. ابن رشد، أبو الوليد محمد بن أحمد بن محمد القرطبي، بداية المجتهد ونهاية المقتصد، تنقيح وتصحيح خالد العطار، د.ط. (بيروت، دار الفكر، 2001م).

23. الرملي، محمد بن أبي العباس أحمد بن حمزة بن شهاب الدين، نهاية المحتاج إلى شرح المنهاج، ط3، (القاهرة، دار الكتب العلمية، 2003).

24. الرهاوي، يحيى، حاشية الرهاوي على شرح المنار، ط1، تحقيق إلياس قبلان، (بيروت، دار ابن حزم، 2014م).

25. أبو زهرة، محمد، مسئولية الأطباء، مجلة لواء الإسلام، العدد 12، السنة 20، ص 53.
26. الشاطبي، أبو إسحق إبراهيم بن موسى بن محمد اللخمي الغرناطي، الموافقات، تحقيق مشهور بن حسن آل سلمان، ط1، (القاهرة، دار ابن عفان، 2014).
27. الشربيني، شمس الدين محمد بن أحمد الخطيب، مغني المحتاج إلى معرفة معاني ألفاظ المنهاج، تحقيق محمد خليل عيتاني، ط1، (بيروت، دار المعرفة، 1997م).
28. الطبراني، أبو القاسم سليمان بن أحمد، المعجم الكبير، تحقيق حمدي عبد المجيد، ط1، (القاهرة، دار ابن تيمية، د.ت).
29. ابن عابدين، محمد أمين بن عمر بن عبد العزيز عابدين الدمشقي الحنفي، رد المحتار على الدر المختار (المسمى بحاشية ابن عابدين)، ط2، (بيروت، دار الفكر، 1992م).
30. ابن العربي، أبو بكر محمد بن عبد الله، أحكام القرآن، تحقيق محمد عبد القادر عطا، ط3، (بيروت، دار الكتب العلمية، 2008م).
31. العسقلاني، أبو الفضل شهاب الدين أحمد ابن حجر، فتح الباري شرح صحيح البخاري، ط1، (الرياض، دار الكتب السلفية، د.ت).
32. عlish، محمد بن أحمد، فتح العلي المالك في الفتوى على مذهب الإمام مالك، د.ط، (القاهرة، دار المعرفة، د.ت).
33. الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد الطوسي، إحياء علوم الدين، د.ط، (بيروت، دار المعرفة، د.ت).

34. فتاوى اللجنة الدائمة للبحوث والإفتاء بالمملكة العربية السعودية، الفتاوى المتعلقة بالطب وأحكام المرضى (السعودية، الرئاسة العامة للبحوث والإفتاء).
35. الفتاوى الهندية، جمع لجنة علماء برئاسة نظام الدين البلخي، د.ط، (بيروت، دار الفكر، 1892م).
36. القاري، أبو الحسن نور الدين علي بن سلطان محمد الهروي، مرقاة المفاتيح شرح مشكاة المصابيح، ط1، (بيروت، دار الفكر، 2002م).
37. القرافي، أحمد بن إدريس بن عبد الرحمن الصنهاجي، الفروق المسمى بأنوار البروق في أنواع الفروق، ط1، (الرياض، وزارة الأوقاف السعودية، 2010).
38. القرطبي، أبو عبد الله محمد بن أحمد الأنصاري، الجامع لأحكام القرآن (تفسير القرطبي)، تحقيق عبد الله بن عبد المحسن التركي، ط1، (بيروت، مؤسسة الرسالة، 2006م).
39. ابن قدامة، أبو محمد موفق الدين عبد الله بن أحمد بن محمد الشهير بالمقدسي، المغني، د.ط، (القاهرة، مكتبة القاهرة، 1968م).
40. ابن قيم الجوزية، أبو عبد الله محمد بن أب بكر بن أيوب، الداء والدواء، تحقيق محمد أجمل الإصلاحي وزائد بن أحمد النشيري، ط1 (جدة، مجمع الفقه الإسلامي، 2008م).
41. الكاساني، أبو بكر بن مسعود الحنفي علاء الدين، بدائع الصنائع وترتيب الشرائع، تحقيق علي محمد معوض وعادل أحمد عبد الموجود، ط1 (بيروت، دار الكتب العلمية، 2003م).
42. الكنكوهي، رشيد أحمد، الكوكب الدرّي على جامع الترمذي، اعتنى به تقي الدين الندوي، د.ط، (عمّان،

أزوقة، 2017م).

43. ابن ماجة، أبو عبد الله محمد بن يزيد القزويني، سنن ابن ماجة، تحقيق شعيب الأرنؤوط، ط1، (بيروت،

مؤسسة الرسالة، د.ت).

44. مبارك، قيس بن محمد آل الشيخ، العقد الطبي - أحكام الإذن الطبي، ط4، (دبي، دار الإيمان، 2013م).

45. مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره السابع (جدة، مجلة مجمع الفقه الإسلامي، عدد 7،

1992 م).

46. المرادوي، علي بن سليمان علاء الدين أبو الحسن، الإنصاف في معرفة الراجح من الخلاف، تحقيق محمد

حامد الفقي، ط1، (مصر، مطبعة السنة المحمدية، 1956م).

47. مسلم، صحيح مسلم، تحقيق نظر بن محمد الفاريابي، ط1، (الرياض، دار طيبة، 2006م).

48. ابن مفلح، شمس الدين أبي عبد الله محمد المقدسي الدمشقي الصالحي، الفروع، ط4، (الرياض، عالم

الكتب، 1985م).

49. مؤتمر الفقه الإسلامي الثاني، قضايا طبية معاصرة (السعودية، وزارة التعليم العالي جامعة الإمام محمد بن

سعود الإسلامية، السجل العلمي، المجلد الرابع، 2011 م).

50. الموسوعة الفقهية الكويتية، ط3، (الكويت، وزارة الأوقاف، 1981م).

51. الندوة الفقهية السادسة عشرة لمجمع الفقه الإسلامي بالهند (مديرية أعظم جراه، 2007 م).

52. ندوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (الكويت، مطبوعات المنظمة، 1985م).

53. ندوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (الكويت، مطبوعات المنظمة، 1996م).

54. النسائي، أبو عبد الرحمن أحمد بن شعيب بن علي، سنن النسائي الكبرى، تحقيق حسن عبد المنعم شلبي،

ط1، (بيروت، مؤسسة الرسالة، 2001م).

8.2 المراجع الإنجليزية

1. Adam E. Singer, MPhil; Daniella Meeker, PhD, MS; Joan M. Teno, MD, MS; Joanne Lynn, MD, MA, MS; June R. Lunney, PhD, RN; Karl A. Lorenz, MD, MSHS: *Symptom Trends in the Last Year of Life From 1998 to 2010: A Cohort Study*, 162(3): 175-183, Ann Intern Med, 3 February 2015).
2. Alvan R Feinstein: *Clinical Judgement*, (USA: Williams & Wilkins, 1967).
3. American Medical Association: *in Code Of Medical Ethics, CHAPTER 2: OPINIONS ON CONSENT, COMMUNICATION & DECISION MAKING*, (USA: 2018).
4. Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics*, 5th, (Oxford, New York 2001).
5. Daly WJ, Brater DC: *Medieval contributions to the search for truth in clinical medicine*, Perspect Biol Med, 43(4):530-40, Summer, 2000.
6. Dranove D1, Millenson ML: *Medical bankruptcy: myth versus fact*, 25(2), (USA: Health Aff (Millwood), Mar-Apr 2006).
7. Florida Supreme Court Archives: *Legal aspects of palliative and end of life care in the United States, Bush v. Schiavo*, 125 (USA: Florida, S. Ct 1086, 2005).
8. Francesco Riganello et al: *Pain Perception in Unresponsive Wakefulness Syndrome May Challenge the Interruption of Artificial Nutrition and Hydration*, 7: 202, (USA: Neuroethics in Action, Front Neurol, 2016).
9. Hui, David et al: *Concepts and Definitions for "Actively Dying," "End of Life," "Terminally Ill," "Terminal Care," and "Transition of Care": A Systematic Review*, J Pain Symptom Manage, 47(1): 77-89, Jan 1, 2014.
10. Islamic Medical Association of North America: *Code Medical Ethics*, (USA, 2004).
11. LuautéJ, Maucourt-Boulch D, Tell L, Quelard F, Sarraf T, Iwaz J, Boisson D, Fischer C: *Long-term outcomes of chronic minimally conscious and vegetative states*,

- 75(3):246, (USA: Neurology, 2010).
12. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A: *Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration*, 272(16):1263-6, (USA: JAMA. Oct 26, 1994).
13. Moore, Pasternak: *KHN Morning Briefing, End-Of-Life Care: A Challenge In Terms Of Costs And Quality*, (USA: June 4, 2013).
14. Musgrave CF, Bartal N, Opstad J: *The sensation of thirst in dying patients receiving i.v. hydration*, 11(4):17-21, (USA: J Palliat Care. Winter 1995).
15. Panksepp J, Fuchs T, Garcia VA, Lesiak A: *Does any aspect of mind survive brain damage that typically leads to a persistent vegetative state? Ethical considerations*, 2: 32, Philos Ethics Humanit Med, Dec 17, 2007.
16. Quill TE, Lo B, Brock DW: *Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia*, 278(23):2099, (USA: JAMA. 1997).
17. Royal College of Physicians: *Prolonged disorders of consciousness: National clinical guidelines*, (London, RCP, 2013).
18. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM: *Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death*, 362(13):1211-8, N Engl J Med, Apr 1, 2010.
19. Wendler D, Rid A: *Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others*, 154(5):336, Ann Intern Med, 2011.
20. World Health Organization: *Measuring Quality of Life, Programme on Mental Health*, (Switzerland, Geneva, 2017).
21. World Health Organization: *WHO Definition of Palliative Care*, (Switzerland, Geneva, 1998).