الباب الرابع

أخلاقيات الإجهاض: الطب والأخلاق والفقه والنظام السعودي

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات الإجهاض: الطب والأخلاق والفقه والنظام السعودي». موقع فقه وأخلاقيات مهنة الطب، 1448هـ/2026م.

حقوق النشر والترخيص

© 1448هـ/2026م د. محمد سعيد حسن الغامدي. جميع الحقوق محفوظة للمؤلف. هذا الملف متاح مجانًا للقراءة والتنزيل والمشاركة برخصة المشاع الإبداعي: نَسب المصنف، غير تجاري، منع الاشتقاق 4.0 الدولية (CC BY-NC-ND 4.0). نرحّب بتداوله ونشره كما هو مع ذكر مصدره، ونرجو ألّا يُباع وألّا يُغيَّر نصّه.

للتواصل

dmshgg@gmail.com

الفصل الثاني والعشرون

أخلاقيات الإجهاض: الطب والأخلاق والفقه والنظام السعودي

مفهوم الإجهاض وأنواعه وحساب عمر الحمل • حرمة الجنين وسلامة الأم • مراحل التخلق وخلاف الفقهاء وقرار هيئة كبار العلماء 140 وقرار المجمع الفقهي في الجنين المشوه • المادة 22 من نظام مزاولة المهن الصحية ولائحتها ولجنتها وموافقة الزوج أو الولي • تخفيض الأجنة • مسار مؤسسي للقرار • أربع حالات تطبيقية ومواقف متكررة

محتويات الفصل

- خلاصة الفصل
- تمهيد
- أولًا: الركن الطبي
- ثانيًا: الركن الأخلاقي
- ثالثًا: الركن الفقهي
- رابعًا: الركن النظامي
- خامسًا: أدوات عملية
- سادسًا: الحالات التطبيقية
- سابعًا: النتائج والتوصيات
- ثامنًا: الخاتمة
- أسئلة المراجعة والنقاش
- المراجع

بطاقة الفصل — الباب الرابع: بداية الحياة والأسرة والوراثة • الجمهور المقصود: أطباء النساء والولادة وطب الأم والجنين، وأطباء الطوارئ والعناية المركزة والطب النفسي، والتمريض والقبالة والصيدلة، ومديرو المستشفيات ولجان المادة 22 ولجان الأخلاقيات، وطلاب العلوم الصحية • الفصل الأم لـ: الإجهاض وإنهاء الحمل؛ المادة الثانية والعشرون من نظام مزاولة المهن الصحية ولوائحها التنفيذية 1/22 و2/22 و3/22؛ قرار هيئة كبار العلماء رقم 140 في إسقاط الحمل؛ قرار المجمع الفقهي الإسلامي في إسقاط الجنين المشوه خلقيًا (الدورة الثانية عشرة، 1410هـ) وتعارضه مع القرار 140، وبند الإجهاض في القرار 203 (9/21)؛ مراحل التخلق وحساب 120 يومًا؛ تخفيض الأجنة في الحمل المتعدد؛ اشتراط موافقة الزوج أو الولي الخطية في الإجهاض (الاستثناء الخاص من قاعدة الفصل 23) • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 7، 9، 10، 13، 20، 21، 23، 24، 25 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

الإجهاض من أشد القرارات الطبية حساسية؛ لأنه يجمع في واقعة واحدة محدودة الزمن صحة المرأة وحياتها، وحرمة الجنين ومراحل تخلقه، ويقين التشخيص، وقيم الأسرة، وحدود سلطة الطبيب، والحكم الشرعي، والنظام النافذ. فقد يكون السؤال إنقاذ حياة لا يحتمل التأخير، أو تشخيصًا جنينيًا محدِّدًا للحياة، أو حملًا نتج من اعتداء، أو حملًا متعدد الأجنة يرفع مخاطر الأم والأجنة.

ويعالج الفصل المسألة بنموذج الأركان الأربعة. ففي الركن الطبي يميز أنواع الإجهاض، ويضبط حساب عمر الحمل، ويبين ما يجب أن يثبت في خطر الأم وفي التشخيص الجنيني. وفي الركن الأخلاقي يوازن بين حرمتين لا تلغي إحداهما الأخرى. وفي الركن الفقهي يعرض مراحل التخلق وخلاف الفقهاء فيها، وقرار هيئة كبار العلماء رقم 140، وقرار المجمع الفقهي الإسلامي في الجنين المشوه. وفي الركن النظامي يبسط المادة الثانية والعشرين من نظام مزاولة المهن الصحية ولوائحها الثلاث بنصها، ومنها اشتراط موافقة الزوج أو الولي الخطية.

ويصحح الفصل ثلاثة أنواع من الخلط: بين العمر الحملي السريري ومرور 120 يومًا من الإخصاب، وبين الفتوى الجماعية والنص النظامي الملزم، وبين المعاناة النفسية وثبوت ضرر صحي جسيم. وينتهي إلى أن الإنهاء لا يقوم إلا إذا اجتمعت ستة أمور: تشخيص ثابت، وعمر موثق بطريقة حسابه، وخطر مقدَّر مع بدائله، وإرادة حرة بعد تبصير، وحكم فقهي منطبق على المرحلة، ومسوغ نظامي بقرار لجنة مخولة. فإن لم تجتمع بقيت الحالة تحت التقييم، مع خطة رعاية بديلة لا تترك المرأة وحدها.

الكلمات المفتاحية: الإجهاض؛ إنهاء الحمل؛ نفخ الروح؛ 120 يومًا؛ المادة الثانية والعشرون؛ لجنة الإجهاض؛ هيئة كبار العلماء؛ المجمع الفقهي الإسلامي؛ الجنين المشوه؛ تخفيض الأجنة؛ موافقة الزوج؛ الرعاية التلطيفية حول الولادة.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

لم يكن الإجهاض يومًا مسألة بيولوجية مجردة تُحسم في المختبر؛ فقد ارتبط عبر التاريخ بالنظر إلى قيمة الجنين، ومكانة الأم، وسلطة المجتمع، وحدود تدخل المعالج. وفي الشريعة بقي النظر محكومًا بأصل التكريم، ومراحل التخلق، وقواعد الضرورة. ثم جاءت التشريعات الحديثة في العالم فتقلبت بين تجريم مشدد وتوسيع متدرج.

والسؤال في الممارسة السريرية ليس طبقة واحدة، بل طبقات. فقد يكون الحمل مرغوبًا ثم يظهر مرض قلبي أو رئوي يهدد حياة الأم. وقد يثبت تشخيص جنيني شديد، ويبقى مع ذلك قدر من عدم اليقين في الإنذار. وقد تأتي امرأة تطلب إنهاء حمل نتج من اعتداء، وهي في أزمة نفسية حادة. وقد ينتج الإخصاب المساعد حملًا رباعيًا يعرّض الجميع للولادة المبكرة. وفي كل صورة من هذه تتبدل المعلومة الحاسمة، والمهلة، والضرر، والبدائل.

وأما في المملكة فيحكم المسألة نص نظامي واحد صريح، هو المادة الثانية والعشرون من نظام مزاولة المهن الصحية، ولوائحها التنفيذية التي أدرجت قرار هيئة كبار العلماء رقم 140 نصًا،

CC BY-NC-ND 4.0

ونظمت لجنة الإجهاض وتقريرها والموافقة عليه [1، 2]. فليس النقاش هنا «هل يُسمح بالإجهاض؟» على إطلاقه، وإنما «هل تحققت شروط الاستثناء في هذه الواقعة، ومن يملك تقريرها؟».

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الدراسات الطبية. قدّرت دراسة نمذجة عالمية متوسط الإجهاضات المستحثة بنحو 73.3 مليونًا سنويًا خلال 2015–2019، مع تفاوت واسع بين الأقاليم [3]. وتعرض منظمة الصحة العالمية الرقم نفسه تقريبًا، وتذكر أن نحو 45% من الإجهاضات كانت غير مأمونة في تقدير الفترة 2010–2014 [4]. وهذه تقديرات سكانية منسوبة إلى فترتها ومنهجها، وليست سجلًا لحالات سنة بعينها. وفي المأمونية خلص تقرير الأكاديميات الوطنية الأمريكية إلى أن الرعاية الملتزمة بالمعايير المهنية مأمونة وفعالة، وأن التأخير والعوائق غير الضرورية قد يرفعان المخاطر [5]. وجمعت منظمة الصحة العالمية توصياتها في التقييم والطرق والرعاية اللاحقة في دليلها الثاني لعام 2025 [6]. ولكن احفظ هذا: ما ثبت أنه مأمون طبيًا لا يصير بذلك وحده مأذونًا نظامًا.

وفي الصحة النفسية عانت الأدبيات من الخلط بين الارتباط والسببية. ففي دراسة متابعة مستقبلية لخمس سنوات، لم تظهر لدى من حصلن على الإجهاض المطلوب نتائج نفسية أسوأ من اللواتي رُفض طلبهن، مع قيود منهجية وسياقية معتبرة [7]. وفي المقابل، تبين مراجعة منهجية أن إنهاء حمل مرغوب بسبب تشوه جنيني يصاحبه عبء نفسي معتبر، وحاجة إلى رعاية رحيمة ودعم نفسي منظم [8]. فالنتيجة العملية: تقييم فردي، ودعم قبل القرار وبعده، لا تنبؤ قطعي في هذا الاتجاه ولا في ذاك.

وفي التشخيصات المحدِّدة للحياة اتجهت الإرشادات إلى عرض الرعاية التلطيفية حول الولادة مسارًا منظمًا، بدل أن تُحصر الأسرة بين الإنهاء والعلاج المكثف [9]. وفي الحمل متعدد الأجنة تؤكد المراجعات المهنية أن الوقاية تبدأ بتقليل عدد الأجنة المنقولة، وأن المشورة في التخفيض تشرح مخاطر كل مسار [10، 11].

الدراسات الأخلاقية. تدور الأدبيات حول المكانة الأخلاقية للجنين، واستقلال المرأة وسلامتها، وحدود الضمير المهني، وعدالة الوصول. ويقدم منهج المبادئ الأربعة لغة مشتركة لتحليل التعارض، ولكنه لا يُخرج قرارًا آليًا ما لم تُملأ مبادئه بوقائع الحالة [12]. وأبرزت المدونات المهنية واجبين: ألا يُتخذ الاستنكاف الضميري ذريعة لتعطيل الإسعاف، وأن يُحال المريض إلى من يقدم الرعاية المشروعة [13].

الدراسات الفقهية. تقوم المعالجة الفقهية على مكتبتين: مكتبة تراثية عالجت أحكام الجنين والجناية عليه ومراحل التخلق في مدونات المذاهب، ومكتبة معاصرة جمعت الطب إلى الفقه في بحوث الأطباء والفقهاء. وقد اختلفت أنظار الفقهاء قديمًا في الإسقاط قبل نفخ الروح، ثم جاءت القرارات الجماعية المعاصرة فحددت مساحة العمل المؤسسي. ويعتمد الفصل هذه القرارات بنصوصها المنشورة، ولا يعرض من الخلاف المذهبي إلا بقدر ما يحتاجه الممارس.

ما يضيفه الفصل. يضيف مسارًا مؤسسيًا مفصلًا للقرار، وحالات لا تقف عند عبارة «يُحال إلى اللجنة»، بل تبين ماذا تجمع اللجنة وكيف تزن. ويضع نصوص المادة 22 ولوائحها الثلاث وقراري هيئة كبار العلماء والمجمع الفقهي في موضع واحد، ويبين حدود كل منها في الآخر.

CC BY-NC-ND 4.0

المشكلة والسؤال المركزي

والمشكلة أن أطراف القرار يتكلمون لغات مختلفة، وإن جلسوا إلى طاولة واحدة. فالطبيب يقول «خطر مرتفع»، والفقيه يقول «ضرورة تقدر بقدرها»، والنظام يقول «ضرر جسيم ثابت بصورة أكيدة بقرار لجنة». فإذا لم تُترجم هذه اللغات بعضها إلى بعض، وقعت الأخطاء في الاتجاهين: تأخير إنقاذ حياة بحجة الإجراءات، أو إنهاء حمل بلا مسوغ بحجة التعاطف.

والسؤال المركزي: كيف يُبنى قرار مؤسسي يضبط إنهاء الحمل في الممارسة السعودية، فيوازن بين حماية الجنين، وسلامة الأم، ومسؤولية الممارس، ومتطلبات النظام؟

الأهداف والحدود

ويريد الفصل من قارئه أن يحسب عمر الحمل وحدوده الشرعية والنظامية حسابًا موثقًا، وأن يكتب تقرير خطر يصلح أن يُعرض على اللجنة، وأن يعرف نصوص المادة 22 ولوائحها وقرار هيئة كبار العلماء والمجمع الفقهي ودلالتها، ثم أن يطبق ذلك على حالات واقعية.

وهو نص أكاديمي لصناعة القرار، لا وصفة دوائية ولا فتوى فردية ولا رأي قانوني في واقعة بعينها. ولا يتناول منع الحمل ووسائله (انظر الفصل 20)، ولا الإنجاب المساعد وضوابط نقل الأجنة (انظر الفصل 21)، ولا إذن الحامل في سائر التدخلات والقيصرية ورعاية ما بعد فقد الحمل (انظر الفصل 23)، ولا الفحص الجيني قبل الولادة وحدود الفحوص المسحية (انظر الفصل 24)، ولا الولاية على القاصر ونظام حماية الطفل (انظر الفصل 25). ونموذج الأركان الأربعة وبواباته الخمس في الفصل 4 فلا يعاد شرحه.

أولًا: الركن الطبي

1-1 المفهوم والأنواع

الإجهاض في اللغة من مادة «جهض»، ويدور معناها حول الإسقاط والإلقاء قبل التمام. وفي الاصطلاح الطبي يُقصد به انتهاء الحمل قبل بلوغ الجنين القدرة على الحياة المستقلة خارج الرحم، وتختلف الحدود الزمنية الفنية بحسب المدارس والأنظمة. واستعمل الفقهاء له ألفاظ الإسقاط والإملاص وإلقاء الجنين. أما في الاصطلاح النظامي فالمقصود تعمد إنهاء الحمل قبل أوانه، والأصل فيه الحظر إلا في الاستثناءات التي نصت عليها المادة 22 [1].

وتتكامل هذه المداخل ولا تتطابق. فقد تكون الواقعة الواحدة «فقد حمل» بالمصطلح الطبي، و«إسقاطًا» بالمصطلح الفقهي، و«إجهاضًا محظورًا» أو «مأذونًا» بالمصطلح النظامي. ولذلك يذكر التقرير الطبي دائمًا خمسة بيانات: التشخيص، وهل الجنين حي، والعمر الحملي وطريقة حسابه، وغرض التدخل، والنتيجة المقصودة.

وللإجهاض ثلاثة أنواع:

- **الإجهاض التلقائي:** انتهاء الحمل دون تدخل مقصود، لأسباب كالاضطرابات الكروموسومية أو أمراض الرحم أو العدوى. وله صور تغير الإجراء: المنذر، والحتمي، وغير الكامل، والمستكن، والإنتاني وهو أخطرها. ولا مسؤولية فيه على الحامل؛ وواجب الفريق التشخيص والعلاج والدعم، وتجنب أي لغة اتهام.

CC BY-NC-ND 4.0

- **الإجهاض العلاجي:** إنهاء الحمل لسبب طبي معتبر، حين يتضمن استمراره خطرًا على حياة الأم أو ضررًا جسيمًا بصحتها، أو في الصور التي تقررها الضوابط الشرعية والنظامية. وهو محل البحث الأهم، ولا تكفي فيه رغبة الحامل ولا تقدير طبيب منفرد.
- **الإجهاض غير المشروع:** إنهاء الحمل عمدًا بلا مسوغ معتبر، كالإجهاض لمجرد عدم الرغبة، أو للضائقة الاقتصادية وحدها، أو لاختيار جنس الجنين. وهو محل المنع والمساءلة.

ولا تدخل معالجة الحمل خارج الرحم ولا إخراج جنين ثبت موته داخل الرحم في معنى الإجهاض المستحث، ولكل منهما وصفه السريري. ولا توجد عتبة طبية عالمية ثابتة لقابلية الحياة خارج الرحم؛ فهي مفهوم سريري احتمالي يتأثر بالعمر والوزن وموارد العناية المركزة، وليست هي نفخ الروح الفقهي. والخلط بينهما يفسد الوصفين معًا.

1-2 عمر الحمل: كيف يُحسب ولماذا يغير الحكم؟

يحسب الأطباء العمر الحملي عادة من اليوم الأول لآخر دورة شهرية، أي قبل الإخصاب بنحو أسبوعين في دورة نموذجية. وفي الحمل الناتج من الإخصاب المساعد يُحسب من تاريخ نقل الجنين وعمره [14]. أما عبارة «120 يومًا» الفقهية فتتعلق بمدة التخلق من بدء الحمل، لا بتاريخ آخر دورة. وعلى هذا فإن 120 يومًا من الإخصاب تقارب في دورة نموذجية 19 أسبوعًا ويومًا واحدًا بالعمر الحملي السريري، لا 17 أسبوعًا. وقد يختلف الحساب مع اضطراب الدورة أو تأخر الإباضة.

ويرى المؤلف، اجتهادًا منه، أن يُحسب حد 120 يومًا من الإخصاب المقدَّر بالتصوير المبكر، أو من تاريخه المعروف في الإخصاب المساعد. وعند الشك في التأريخ أو تعارض التقديرات يُؤخذ بالأحوط، فيُعامل الحمل بالعمر الأكبر. ولا يُقرر في حمل تجاوز 17 أسبوعًا حمليًا إلا برأي طب الأم والجنين في التأريخ ورأي فقهي مؤسسي.

ولهذا لا يكتب التقرير «الأسبوع الخامس عشر، أي قبل 120 يومًا» دون بيان طريقة الحساب. بل يسجل العمر بالأسابيع والأيام، ومصدر التأريخ: دورة موثوقة، أم تصوير مبكر، أم تاريخ إخصاب معروف. وعند قرب الحالة من حد شرعي أو نظامي يُطلب رأي طب الأم والجنين، ولا يُعتمد تحويل تقريبي منفرد.

وتوثيق العمر عنصر جوهري في التكييف لا إجراء شكلي. فالخطأ في احتسابه، أو تأخير إبلاغ الحامل بمعلومة مؤثرة حتى تنقضي المرحلة، قد يحوّل رخصة معتبرة إلى باب مغلق أو العكس. وتفصيل المراحل الشرعية في المبحث ثالثًا (3-2).

1-3 أسباب طلب الإنهاء: تصنيف ينظم المعلومة ولا يمنح الإذن

يمكن جمع الطلبات في خمس مجموعات، لكل منها بياناتها الحاسمة:

1. **خطر حالي أو وشيك على حياة المرأة:** كنزف لا يُضبط، أو تدهور قلبي رئوي حاد. ويحتاج وظيفة القلب والأكسجة ومسار التدهور.
2. **ضرر جسيم على صحتها إن استمر الحمل:** مع اختلاف شدته وتوقيته وإمكان تخفيفه بعلاج آخر.
3. **تشخيص جنيني شديد أو محدِّد للحياة:** ويحتاج تصويرًا متخصصًا، وربما فحصًا وراثيًا، وبيان درجة اليقين وطيف الإنذار.

CC BY-NC-ND 4.0

4. **ظروف نفسية أو اجتماعية أو جنائية:** كالحمل من اعتداء، أو الإكراه الأسري، أو خطر الانتحار. ويحتاج تقييمًا مباشرًا للانتحار والأهلية والإكراه.
5. **حمل متعدد الأجنة:** ويحتاج عدد الأجنة والمشيمات والأكياس ومخاطر الخداج.

أما الأسباب الاجتماعية والاقتصادية وحدها، كالفقر وكثرة الأولاد وخوف تعطل الدراسة، فلا تبلغ مستوى المسوغ؛ وقد نص قرار هيئة كبار العلماء على منع الإسقاط خشية المشقة في تربية الأولاد أو العجز عن تكاليفهم أو اكتفاءً بعددهم [2]. والواجب فيها المشورة والدعم الاجتماعي والنفسي. واختيار جنس الجنين ليس مسوغًا أصلًا.

1-4 تقدير خطر الأم: ما الذي يجب أن يثبت؟

لا تكفي عبارة «الحمل خطر». يجب أن يبين الطبيب:

- المرض المؤكد ومؤشرات شدته الحالية.
- النتيجة المتوقعة إذا استمر الحمل، بتقدير نوعي أو كمي حيث يتاح.
- زمن الخطر: ساعات، أم أيام، أم أسابيع، أم بعد بلوغ عمر معين.
- أثر الإنهاء في خفض الخطر، ومخاطر الإجراء نفسه.
- البدائل الأقل ضررًا: علاج المرض أثناء الحمل، أو النقل إلى مركز أعلى، أو الولادة المبكرة عند مرحلة مناسبة، أو المراقبة المكثفة.
- سبب عدم كفاية البدائل أو تعذر الانتظار.

ويزداد هذا التوثيق أهمية لأن المعيار النظامي قبل أربعة أشهر يتطلب ثبوتًا «بصورة أكيدة» لتهديد الصحة «بضرر جسيم»، ولأن تقرير اللجنة يجب أن يوضح «نوع الخطورة المؤكدة» [1، 2]. وهذا لا يجعل الطب يعد بيقين مطلق، بل يوجب أن يشرح أساس الاستنتاج وحدود عدم اليقين.

1-5 التشخيصات الجنينية: من اسم المرض إلى معنى الإنذار

اسم التشخيص وحده لا يحسم القرار. فالخطوة الأولى تأكيده في مركز ذي خبرة، ثم تحديد قابليته للعلاج، واحتمال البقاء، ومقدار التدخلات المتوقعة. وينبغي تجنب وصف كل عيب شديد بأنه «غير متوافق مع الحياة»؛ فالأدق «حالة محدِّدة للحياة» أو «يتوقع معها غالبًا موت محيط بالولادة»، مع نطاق رقمي إن كان موثوقًا.

ويُفصل بين احتمال خطأ التشخيص واحتمال تغير الإنذار. وقد يكون الفحص مسحيًا مثيرًا للشك لم يكتمل تشخيصه؛ ولا يُبنى على الفحص المسحي وحده قرار لا رجعة فيه (وتفصيل حدود الفحوص المسحية في الفصل 24). ويلزم غالبًا رأي ثانٍ، وتصوير متخصص، واستشارة وراثية، ومنح الأسرة وقتًا مناسبًا دون إضاعة نافذة حقيقية.

وإذا اختارت الأسرة استمرار الحمل أو لم يثبت مسوغ الإنهاء، فلا يعني ذلك تركها. تُبنى خطة رعاية حمل وولادة، ويُحدَّد موقف الإنعاش بعد الولادة، ويُعرض الدعم التلطيفي، وتُناقش الذكريات والطقوس الدينية ودعم الإخوة والحزن [9].

1-6 طرق الإنهاء والإجهاض غير المأمون

توجد طرق دوائية وطرق إجرائية لإفراغ الرحم، ويعتمد الاختيار على العمر الحملي وحالة المرأة وخبرة الفريق وتوافر التخدير والدم. وتكون الرعاية مأمونة بدرجة عالية حين تُستخدم طريقة

CC BY-NC-ND 4.0

مناسبة للمدة، وينفذها فريق مؤهل في بيئة قادرة على التعامل مع النزف والعدوى وفشل الإجراء [5، 6]. ولا يسرد الفصل جرعات ولا خطوات تقنية؛ فالقرار الأخلاقي والنظامي يسبق الوصفة. لكن الإفصاح للمريضة يشمل طبيعة الطريقة، والألم والنزف المتوقعين، واحتمال تدخل إضافي، وعلامات العودة، وخطة المتابعة.

أما الإجهاض غير المأمون فيتم بطريقة غير موصى بها، أو ممن لا يملك التأهيل، أو في بيئة دون الحد الأدنى الطبي [4]. وقد يؤدي إلى نزف حاد، وعدوى وتسمم دم، وثقب رحم، وعقم ثانوي، وقد ينتهي بوفاة الأم [4، 6]. وأثر هذه الحقيقة مزدوج: فهي توجب ألا يدفع التأخير الإداري غير الضروري صاحبة المسوغ المشروع إلى ممارسات خطرة [5]؛ وتوجب ألا يُتخذ خطر الإجهاض غير المأمون ذريعة لتوسيع الأسباب خارج ما يسمح به الشرع والنظام.

1-7 الصحة النفسية والحمل الناتج من اعتداء

الحمل بعد الاعتداء ليس «سببًا اجتماعيًا» مجردًا. قد تصاحبه إصابات جسدية، وخطر عدوى، واضطراب كرب تالٍ للصدمة، واكتئاب، وتهديد من المعتدي أو الأسرة. ويبدأ التدخل بالاستماع دون لوم، وتقدير السلامة الفورية، وعلاج الاحتياجات الجسدية والنفسية، وتوثيق يحفظ الدليل، وشرح حدود السرية والإبلاغ [15].

وإذا صرحت المرأة بنية انتحارية أو خطة أو وسائل متاحة، فلا يُنتظر علاج الأزمة حتى تحسم لجنة الإجهاض. تُؤمَّن سلامتها فورًا، ويُستدعى الطب النفسي، وتُفصل الرغبة في الموت عن الاختيار المستقر بشأن الحمل. ولا يُفترض أن إنهاء الحمل وحده علاج كافٍ للانتحار، ولا يُقلَّل من خطورة استمرار حمل يعيد تنشيط الصدمة. والتقييم فردي ومتكرر [7، 15].

1-8 الحمل متعدد الأجنة والتخفيض

يزيد الحمل الثلاثي والرباعي مخاطر الولادة المبكرة وانخفاض أوزان المواليد وبعض مضاعفات الأم. وتحتاج المشورة إلى بيان عدد الأجنة والمشيمات والأكياس، وخبرة المركز، واحتمالات استمرار الجميع أو التخفيض، وخطر فقد الحمل كله، والأثر النفسي. وإذا كان التقليل موجهًا إلى جنين بعينه لتشخيص محدد فهو «تخفيض انتقائي»، وإلا فهو «تخفيض حمل متعدد» [10].

والوقاية جزء من الأخلاق: تضبط مراكز الإخصاب عدد الأجنة المنقولة لتقليل حدوث الحمل مرتفع الرتبة أصلًا [11]. وعند وقوعه لا يتحول كون التخفيض معروفًا طبيًا إلى ترخيص تلقائي؛ بل يمر بالحكم الشرعي والمادة 22 ولجنتها (انظر المبحثين ثالثًا 3-8 ورابعًا 4-5). وتفصيل ضوابط نقل الأجنة في الفصل 21.

1-9 الواجبات الأولية ورعاية ما بعد الإنهاء

قبل أي قرار بالإنهاء تقع على الطبيب والمنشأة خمسة واجبات تأسيسية:

1. **دقة التشخيص:** بتصوير تفصيلي وفحوص وراثية عند الحاجة ورأي استشاري مختص، وتشتد الدقة حين يوصف التشوه بأنه «غير قابل للعلاج».
2. **تحديد عمر الحمل وتوثيقه:** بالأسابيع والأيام ومصدر التأريخ.
3. **تقدير درجة الخطر:** بالتفريق بين الخطر المؤكد أو الغالب والاحتمال البعيد، وبيان محله: الحياة، أم الصحة بضرر جسيم.

CC BY-NC-ND 4.0

4. **التبصير الصادق:** بلغة مفهومة، دون تهويل يدفع إلى الإنهاء ولا تهوين يحجب الحقيقة.
5. **الإحالة إلى المسار المؤسسي:** فلا ينفرد طبيب بقرار معقد.

ومهما كان سبب انتهاء الحمل، تلقائيًا أو علاجيًا أو بعد محاولة غير مأمونة، لا تُوصم المريضة ولا يُحجب عنها الإسعاف. يُعالج النزف والعدوى والألم، ويُتأكد من اكتمال الإجراء، وتُعرض الرعاية النفسية. ولا يخلط الفريق بين واجب علاج المضاعفات وإقرار فعل سابق، ويكون الإفصاح للجهات في حدود ما يوجبه النظام [1]. وتفصيل رعاية ما بعد فقد الحمل في الفصل 23.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 حرمتان لا تختزل إحداهما الأخرى

ينطلق التحليل من حرمتين معًا: حرمة نفس المرأة، وحرمة الجنين، مع تدرج الحكم بحسب المرحلة والضرورة. ومن الخطأ أن تُصوَّر المرأة وعاءً لا صوت له، أو يُصوَّر الجنين نسيجًا لا قيمة له. والقرار الرشيد يحفظ أكبر قدر ممكن من المصالح، ولا يجعل التعاطف مع طرف سببًا لإلغاء الآخر.

فإذا تعذر الجمع صارت درجة الضرر وزمنه واحتماله محور الترجيح. وإنقاذ حياة الأم ليس تفضيلًا اعتباطيًا؛ فهي نفس مستقرة، والجنين تابع لها في بقائه. ولكن لا تحسبنّ يا أخي هذا الاستثناء مسوغًا لأن تُوسَّع كل مشقة إلى ضرورة، ولا لأن يُؤخَّر الإنقاذ حتى يصبح مستحيلًا.

2-2 الاستقلالية المنضبطة

المرأة البالغة القادرة هي صاحبة القرار فيما يمس جسدها بعد التبصير، ضمن ما يتيحه الشرع والنظام. واحترامها يعني أن تسمع التشخيص والبدائل بلغة تفهمها، وأن تُتاح لها الخصوصية والسؤال والوقت، وأن تُفحص إرادتها من الإكراه. فما قيمة توقيعها على نموذج إذا كانت الأسرة تهددها، أو كانت المعلومة منحازة، أو كانت في أزمة تمنع التقدير؟ لا قيمة له. وتؤكد المعايير المهنية الحديثة أن مشورة خيارات الحمل تكون متمحورة حول الشخص، دقيقة غير قسرية، بلغة لا تحكم على المرأة [16].

ويشترط النص النظامي في الإجهاض موافقة خطية من المريضة وزوجها أو وليها (انظر المبحث رابعًا 4-4). وهذا استثناء خاص بالإجهاض، لا يغير القاعدة العامة: أن إشراك الزوج في سائر علاج الحامل دعم لا إذن بديل (انظر الفصل 23). ولا يجوز أن تنقلب مشاركة الأسرة إذلالًا، أو كشفًا غير لازم، أو ضغطًا يخالف سلامة المريضة.

2-3 الإحسان وعدم الإضرار

الإحسان أن تسعى إلى المصلحة الواقعية، لا إلى ما يريح الفريق. فقد تكون المصلحة علاج المرض مع استمرار الحمل، أو إنهاءه لإنقاذ الحياة، أو رعاية تلطيفية حول الولادة، أو علاجًا نفسيًا مكثفًا مع تأجيل القرار ساعات حتى تستعيد المرأة قدرتها. وعدم الإضرار يوجب أن تحسب ثلاثة أضرار لا ضررًا واحدًا: ضرر الفعل، وضرر الامتناع، وضرر التأخير.

CC BY-NC-ND 4.0

وهنا تظهر مشكلة «اللجنة الدفاعية»: لجنة تكرر الفحوص وتؤخر القرار لتخفف خوف المؤسسة، لا لتحسن الرعاية. والتأخير غير المبرر في حالة متدهورة ضرر بذاته. وفي المقابل، فإن استعجال تدخل لا رجعة فيه قبل تأكيد تشخيص جنيني قابل للمراجعة ضرر هو أيضًا.

2-4 العدالة وعدم التمييز

والعدالة ألا يتغير مستوى الإثبات لأن المرأة فقيرة أو غير متزوجة أو وافدة، وألا يُساوى وجود إعاقة جنينية بانعدام قيمة الإنسان. فيوصف المرض وما يترتب عليه، من غير حكم بأن حياة ذوي الإعاقة أقل استحقاقًا. وتشمل العدالة سرعة الإحالة إلى مركز مؤهل، وتوافر مترجم مستقل، وألا تضيع نساء المناطق البعيدة في سلسلة إدارية. فإن لم يسمح النظام بالتدخل، كان الرفض واضح السبب، مصحوبًا بخطة رعاية، لا بطرد ولا لوم.

2-5 الصدق واللغة وعدم اليقين

ومن الأمانة أن يقال «التشخيص مرجح ويحتاج تأكيدًا» بدل «الطفل سيموت حتمًا»، وأن يقال «المادة 22 لا تذكر هذا السبب مستقلًا» بدل «النظام يمنع كل صورة مشابهة» إذا كان التطبيق يحتاج تفسيرًا مؤسسيًا. وعلى الطبيب أن يفصل ما يعرفه عما يستنتجه. و«حالة محدِّدة للحياة» أدق من «جنين مشوه لا فائدة منه»، و«فقد الحمل» يحفظ مشاعر من تعرضت لإجهاض تلقائي.

2-6 السرية والحماية من الإكراه

معلومة الحمل، والاعتداء، والتشخيص الوراثي، كلها بيانات شديدة الحساسية. فلا تُعرض الحالة في مجموعة مراسلة واسعة، ولا يُستدعى أقارب لا حاجة إليهم، ولا يُصوَّر تقرير الجنين بهاتف شخصي. ولكن السرية ليست مطلقة إذا وُجد واجب إبلاغ عن إصابة جنائية أو إيذاء؛ ويُشرح هذا الحد للمريضة متى كان ذلك آمنًا (وأصل السر الطبي وحدوده في الفصل 7، المبحث رابعًا).

وإذا كان في الأسرة تهديد، عُقدت مقابلة منفردة، وقُيِّم خطر العودة إلى المنزل، ولم تُجعل الأسرة مصدر الترجمة. فإن كانت المريضة قاصرًا فُعّلت حماية الطفل [17].

2-7 الضمير المهني واستمرارية الرعاية

قد يعترض ممارس على المشاركة في إنهاء الحمل لأسباب دينية أو أخلاقية، وضميره محترم ما لم ينقلب تخليًا أو إذلالًا أو تعطيلًا لإنقاذ الحياة؛ فلا يجوز أن يُحتج به لتأخير الإسعاف، ويُحال المريض إلى من لا يعترض [13]. وعلى المنشأة أن تعرف قدراتها وجدول الإحالة مسبقًا، قبل أن تقع الحالة. وفي البيئة السعودية لا تعني الإحالة تجاوز حدود النظام، بل نقل الحالة إلى مختص مخول يقيمها داخل المسار المشروع. وتفصيل الاستنكاف الضميري وحدوده في الفصل 9 (المبحث ثانيًا، والحالة 9/2).

2-8 التناسب والبديل الأقل تقييدًا

وكلما كان التدخل غير قابل للرجوع، اشتد واجب إثبات الضرورة. فيسأل الفريق نفسه: هل يوجد بديل ينقذ الأم مع بقاء الحمل؟ هل يمكن تأجيل العلاج بأمان حتى يقترب الجنين من الولادة؟ هل الولادة المبكرة بديل حقيقي في هذا العمر؟ هل يكفي الدعم النفسي؟ ولا يعني «البديل الأقل

CC BY-NC-ND 4.0

تقييدًا» أن يُختار بديل نظري غير متاح؛ فإذا استُنفدت الوسائل، وصار بقاء الحمل سببًا مرجحًا لموت الأم، كان الإصرار على بديل غير فعال إضرارًا، لا احتياطًا.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 الأساس الشرعي لحماية الجنين

الأصل أن النفس الإنسانية مكرمة، وأن حرمة الجنين لا تنعدم في أول الحمل وإنما تتدرج حتى تبلغ أغلظ صورها بعد نفخ الروح. ودلت أحكام عملية متوارثة على هذا الاعتبار: فقررت الشريعة الغُرّة في الجناية على الجنين، وأخّرت إقامة بعض العقوبات على الحامل حتى تضع، وأثبتت للجنين حقوقًا مالية كالميراث والوصية إذا وُلد حيًا.

ومن جهة المقاصد يتصل الإجهاض بمقصدين كليين: حفظ النفس في الأم والجنين معًا، وحفظ النسل بمنع العبث بالحمل أو جعله موضوعًا للاختيار الاجتماعي أو الجيني. وقد قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي أن «للجنين حق في الحياة من بدء تكونه فلا يعتدى عليه بالإجهاض»، وأن حمايته في رحم أمه من كل ما يضره أو يضر أمه واجب شرعًا [18]. وتقرير هذا الحق أصل، والإباحة عند الضرورة استثناء تضبطه قواعدها.

3-2 مراحل التخلق وخلاف الفقهاء فيها

الأصل في تقسيم المراحل حديث عبد الله بن مسعود رضي الله عنه: «إن أحدكم يُجمع خلقه في بطن أمه أربعين يومًا، ثم يكون علقة مثل ذلك، ثم يكون مضغة مثل ذلك، ثم يبعث الله ملكًا... ثم يُنفخ فيه الروح» [19]. فالمراحل بحسبه: النطفة إلى أربعين يومًا، والعلقة إلى ثمانين، والمضغة إلى مئة وعشرين، ثم نفخ الروح. وفي صحيح مسلم من حديث حذيفة بن أسيد رضي الله عنه: «إذا مرّ بالنطفة ثنتان وأربعون ليلة، بعث الله إليها ملكًا فصوّرها» [20]؛ ولذلك بحث العلماء الجمع بين الحديثين في وقت التصوير. والذي جرت عليه القرارات الجماعية واللائحة جعل الحد الأغلظ إكمال أربعة أشهر.

واختلف الفقهاء في الإسقاط قبل نفخ الروح على أقوال مجملها [21]:

- **الإباحة في الجملة قبل التخلق أو قبل نفخ الروح:** نقلها ابن الهمام من الحنفية ما لم يتخلق الجنين، ورجح الرملي من الشافعية الجواز قبل نفخ الروح والتحريم بعده، واختلف فيها الحنابلة، فأجازها ابن عقيل قبل نفخ الروح ومنعها ابن الجوزي؛ وقيّدها بعض العلماء بوجود مبرر معتبر.
- **المنع مطلقًا ولو قبل الأربعين:** وهو ما قرره الدردير من المالكية.
- **التفصيل بحسب المرحلة والمسوغ:** وهو ما سلكته القرارات الجماعية المعاصرة، فجعلت الأربعين الأولى أخف، والعلقة والمضغة أشد، وما بعد نفخ الروح أضيق المراحل.

والمذاهب متفقة في الجملة على تغليظ التحريم بعد نفخ الروح. وأهمية الخلاف للممارس أن المسألة ليست «مباحة قبل 120 يومًا» على إطلاقها، ولا «محرمة في كل مرحلة» بلا تفصيل؛ بل العمل المؤسسي في المملكة على القرار 140 المدرج في اللائحة، ولا يختار الممارس من الأقوال ما يوافق الطلب.

CC BY-NC-ND 4.0

3-3 قرار هيئة كبار العلماء رقم 140: نصه ودلالته

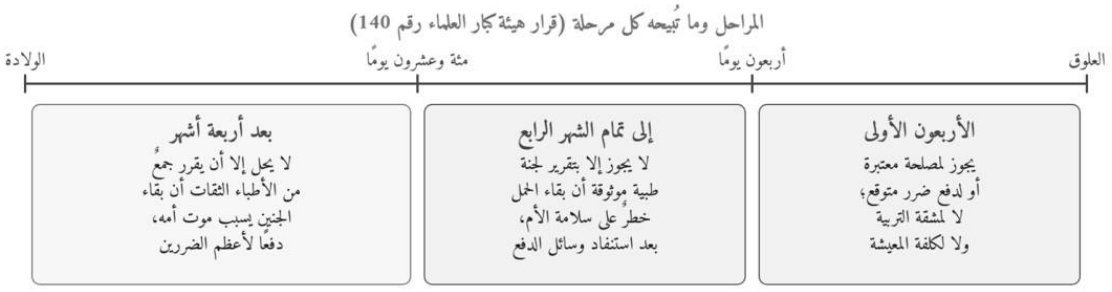
صدر قرار هيئة كبار العلماء رقم 140 وتاريخ 20/6/1407هـ في إسقاط الحمل، وأدرجت اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية ضوابطه نصًا في اللائحة 1/22، فصار جزءًا من المنظومة الملزمة [2، 22]. ونصه كما في اللائحة:

> «1- لا يجوز إسقاط الحمل في مختلف مراحله إلا لمبرر شرعي وفي حدود ضيقة جدًا. 2- إذا كان الحمل في الطور الأول وهي مدة الأربعين وكان في إسقاطه مصلحة شرعية أو دفع ضرر متوقع جاز إسقاطه، أما إسقاطه في هذه المدة خشية المشقة في تربية الأولاد أو خوفًا من العجز عن تكاليف معيشتهم أو تعليمهم أو من أجل مستقبلهم أو اكتفاء بما لدى الزوجين من أولاد فغير جائز. 3- لا يجوز إسقاط الحمل إذا كان علقة أو مضغة حتى تقرر لجنة طبية موثوقة أن استمراره خطر على سلامة أمه بأن يخشى عليها من الهلاك من استمراره جاز إسقاطه بعد استنفاذ كافة الوسائل لتلافي تلك الأخطار. 4- بعد الطور الثالث وبعد إكمال أربعة أشهر للحمل لا يحل إسقاطه حتى يقرر جمع من المختصين الموثوقين أن بقاء الجنين في بطن أمه يسبب موتها، وذلك بعد استنفاذ كافة الوسائل لإنقاذ حياته، وإنما رخص الإقدام على إسقاطه بهذه الشروط دفعًا لأعظم الضررين وجنيًا لعظمى المصلحتين.» [2]

ويُستخلص منه خمسة أصول:

1. الأصل المنع في كل المراحل، فلا يباح الإسقاط لمجرد الرغبة.
2. الأربعون الأولى ليست إباحة مطلقة، بل مشروطة بمصلحة شرعية أو دفع ضرر متوقع، ومستثنى منها صراحة ما كان لأسباب الكلفة والتربية والاكتفاء بالعدد.
3. مرحلة العلقة والمضغة (من الأربعين إلى إكمال أربعة أشهر) لا يكفي فيها قرار فردي، بل لجنة طبية موثوقة تقرر خطرًا على سلامة الأم «بأن يخشى عليها من الهلاك»، بعد استنفاد وسائل التلافي.
4. ما بعد أربعة أشهر أضيق المراحل: لا يُفتح إلا حين يقرر جمع من المختصين أن بقاء الجنين يسبب موت الأم، بعد استنفاد وسائل إنقاذ حياته.
5. القرار مبني على الموازنة بين الضررين والمصلحتين، فيبقى الإسقاط استثناءً مقدرًا لا قاعدة.

وقد حصر القرار مسوغ الإسقاط في طور العلقة والمضغة في الخطر على الأم، فلم يجعل التشوه الجنيني ولا الاعتداء ولا الحمل المتعدد أسبابًا مستقلة. وبهذا يخالفه قرار المجمع الفقهي اللاحق في الجنين المشوه (3-4). ولهذا أثر مباشر في المبحث رابعًا (4-5).



شكل: مراحل الحمل وما تُجيزه كل مرحلة.

CC BY-NC-ND 4.0

3-4 قرار المجمع الفقهي الإسلامي في إسقاط الجنين المشوه خلقيًا

عالج مجلس المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته الثانية عشرة بمكة المكرمة (15–22 رجب 1410هـ، 10–17 فبراير 1990م) إسقاط الجنين المشوه خلقيًا، وقرر [23]:

> «أولًا: إذا كان الحمل قد بلغ مائة وعشرين يومًا، فلا يجوز إسقاطه، ولو كان التشخيص الطبي يفيد أنه مشوه الخلقة، إلا إذا ثبت بتقرير لجنة طبية، من الأطباء الثقات المختصين، أن بقاء الحمل فيه خطر مؤكد على حياة الأم، فعندئذ يجوز إسقاطه، سواء أكان مشوهًا أم لا، دفعًا لأعظم الضررين. ثانيًا: قبل مرور مائة وعشرين يومًا على الحمل، إذا ثبت وتأكد بتقرير لجنة طبية من الأطباء المختصين الثقات – وبناء على الفحوص الفنية، بالأجهزة والوسائل المختبرية – أن الجنين مشوه تشويهًا خطيرًا، غير قابل للعلاج، وأنه إذا بقي وولد في موعده، ستكون حياته سيئة، وآلامًا عليه وعلى أهله، فعندئذ يجوز إسقاطه بناء على طلب الوالدين. والمجلس إذ يقرر ذلك: يوصي الأطباء والوالدين، بتقوى الله، والتثبت في هذا الأمر.» [23]

ويسد القرار مسارين متقابلين: يمنع التساهل، إذ قيد الجواز بتشوه خطير غير قابل للعلاج، وبتقرير لجنة مبني على فحوص فنية، وبطلب الوالدين معًا؛ ويمنع الجمود الذي لا يراعي الحالات الجسيمة قبل نفخ الروح. أما بعد 120 يومًا فالتشوه وحده مهما اشتد لا يفتح الرخصة.

وبين هذا القرار والقرار 140 تعارض في المرحلة بين الأربعين و120 يومًا: فالقرار 140 يحصر المسوغ فيها في الخطر على الأم، وقرار المجمع الفقهي يضيف التشوه الخطير غير القابل للعلاج بشروطه. ولا يصح عرضهما متكاملين؛ فهما قولان جماعيان معتبران، والمدرج منهما في اللائحة هو القرار 140.

ويحتاج تنزيله إلى أربعة احتياطات: تأكيد التشخيص في مركز ذي خبرة لا بفحص مسحي منفرد؛ ووصف الإنذار وصفًا محددًا بلا لغة تمييز ضد الإعاقة؛ وحساب المدة حسابًا موثقًا؛ وفصل أثره الفقهي عن الترخيص النظامي. فهو فتوى جماعية معتبرة، لكنه ليس جزءًا من نص المادة 22 ولا من اللائحة 1/22.

3-5 قرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي ذات الصلة

إلى جانب القرار 113 (7/12) المتقدم في حق الجنين [18]، يتصل بالباب قراران يُبسطان في فصليهما الأمّين:

- **القرار 39 (1/5) في تنظيم النسل** (الكويت، 1409هـ/1988م): أجاز التحكم المؤقت في الإنجاب لحاجة معتبرة بتشاور الزوجين، ومنع استئصال القدرة على الإنجاب إلا لضرورة [24]. ودلالته هنا منهجية: الفرق حاسم بين منع الحمل قبل وقوعه وإنهائه بعد وجوده، فلا يُتخذ التخطيط الأسري سندًا لإسقاط حمل قائم (انظر الفصل 20).
- **القرار 55 (6/6) في البييضات الملقحة الزائدة** (جدة، 1410هـ/1990م): أوجب الاقتصار في تلقيح البييضات على العدد المطلوب للزرع في كل مرة، تفاديًا لوجود فائض [25]. وهو أصل وقائي لمنع الفائض من اللقائح، لا لتحديد عدد المنقول. أما عدد المنقول فتقيده اللائحة 2/5 من اللائحة التنفيذية لنظام وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم: «لا

CC BY-NC-ND 4.0

يجوز إعادة أكثر من ثلاثة أجنة أو لقائح إلى رحم الزوجة في دورة العلاج الواحدة» [26] (وتفصيله في الفصل 21).

- **القرار 203 (9/21) في الوراثة والهندسة الوراثية** (الرياض، 1435هـ/2013م): نص في حكم الفحص أثناء الحمل على أنه «إذا ثبت وجود مرض وراثي جاز إجراء الإجهاض للمرأة الحامل، حسبما نص عليه قرار المجمع ذو الرقم: 56 (7/6) بشأن الإجهاض» [27]. والقرار 56 (7/6) المحال إليه عنوانه في موقع المجمع «استخدام الأجنة مصدرًا لزراعة الأعضاء» (جدة، 1410هـ/1990م)، وفيه أن الإجهاض يقتصر «على الإجهاض الطبعي غير المتعمد والإجهاض للعذر الشرعي» [28]، ولا يضع بنفسه ضوابط المراحل. فالقرار 203 سند فقهي يُضم إلى قرار المجمع الفقهي في 3-4، ولا يرفع قيود المرحلة في القرار 140 ولا شروط المادة 22، وليس مسوغًا نظاميًا (وتفصيل الفحص الوراثي في الفصل 24).

3-6 القواعد الكلية في تنزيل المسألة

تعمل في المسألة القواعد الكلية المبسوطة في الفصل 2 (المبحث خامسًا)، ويكفي هنا تنزيلها:

- **الضرر يزال:** يشمل علاج الأم وحماية الجنين ومنع الإكراه، ولا يثبت الضرر بعبارة عامة بل بتشخيص واحتمال وزمن.
- **الضرورات تبيح المحظورات، والضرورة تقدر بقدرها:** إذا تعين الإنهاء لإنقاذ الحياة جاز بقدر ما يحقق الإنقاذ.
- **يُرتكب أخف الضررين لدفع أعظمهما:** وهي علة القرار 140 نصًا.
- **اليقين لا يزول بالشك:** فلا يُسقط حمل قائم لفحص مسحي غير مؤكد، ولا يُؤخر إنقاذ حياة ثابت الخطر لأن احتمال النجاة النظري لم ينعدم.
- **المشقة تجلب التيسير:** إذا بلغت حدًا معتبرًا، دون أن تصير كل مشقة اجتماعية مسوغًا مستقلًا.

وحفظ النفس يشمل الأم والجنين، وحفظ العقل يوجب علاج الاضطراب النفسي، وحفظ العرض يقتضي حماية ضحية الاعتداء من اللوم والفضح. وعند التعارض يُطلب من الطب إثبات المآل، ومن الفقه بيان المرحلة والضرورة، ومن الأخلاق منع الإكراه، ومن النظام تحديد صاحب الصلاحية.

3-7 مصفوفة الترجيح الفقهي العملية

تنتظم القرارات السابقة في مصفوفة فرز أولي:

1. **بعد إكمال أربعة أشهر (120 يومًا من بدء الحمل):** الأصل المنع، ولا يُستثنى إلا ما يقرر معه المختصون أن بقاء الجنين يسبب موت الأم [2، 23].
2. **من الأربعين إلى إكمال أربعة أشهر:** لا يُسقط إلا بتقرير لجنة موثوقة أن استمراره خطر على سلامة الأم بعد استنفاد وسائل التلافي [2]. ويخالفه قرار المجمع الفقهي اللاحق فيجيز الإسقاط للتشوه الخطير غير القابل للعلاج بشروطه [23]، ويتصل به البند المتقدم من القرار 203 [27]؛ والمدرج في اللائحة هو القرار 140.
3. **في الأربعين الأولى:** يُشترط مصلحة شرعية أو دفع ضرر متوقع، ولا يكفي سبب الكلفة أو التربية أو الاكتفاء بالعدد [2].

CC BY-NC-ND 4.0

4. **سبب اجتماعي أو اقتصادي أو رغبة مجردة أو اختيار جنس:** الأصل المنع في كل المراحل، ويُستعاض بالدعم والإرشاد [2].
5. **اعتداء أو إكراه أو قصور أهلية أو خطر نفسي جسيم:** واقعة مركبة تحتاج تقديرًا يجمع الطب النفسي والحماية والتكييف الشرعي وعمر الحمل.

وأهم حدودها أنها أداة فرز لا بديل عن تصوير الواقعة؛ فكل بند فيها يفترض تشخيصًا مثبتًا وعمرًا موثقًا، ثم يمر بالاختبار النظامي في المبحث رابعًا.

3-8 الاغتصاب والخطر النفسي والتخفيض

لا يجعل القرار 140 ولا قرار المجمع الفقهي الحمل الناتج من الاغتصاب وحده إذنًا تلقائيًا بالإسقاط [2، 23]. وقد عرض مجمع الفقه الإسلامي الدولي المسألة في دورته الخامسة والعشرين فأرجأ البت فيها بالقرار 250 (12/25) لمزيد من البحث والدراسة، فلا قرار له فيها حتى تاريخ القطع [34]. فتُبحث الواقعة بحسب العمر والخطر المحقق ومشورة فقهية مؤسسية، وتُعالج الضحية وتُحمى فورًا أيًّا كان مآل الطلب.

ولا يكفي وصف «ضرر نفسي» من غير تقييم. فإذا بلغ الاضطراب حد تهديد النفس، وأثبت اختصاصيون شدته وعدم كفاية البدائل، صار عنصرًا معتبرًا في تقدير الخطر على سلامة الأم، مع وجوب استيفاء شروط المادة 22 واللجنة. وبعد أربعة أشهر يشتد القيد إلى إنقاذ الحياة.

أما التخفيض في الحمل المتعدد فهو إسقاط لبعض الأجنة، فلا يخرج عن أحكام المرحلة والضرورة. ولا يعتمد الفصل قرارًا جماعيًا خاصًا بالتخفيض، بل يخرّجه على القرار 140: فبعد الأربعين لا يُجرى إلا بتقرير لجنة موثوقة أن استمرار الحمل بعدده خطر على سلامة الأم بعد استنفاد البدائل، ولا يبرره مجرد الرغبة في حمل أسهل [2]. ويرى المؤلف، اجتهادًا منه يحتاج رأيًا فقهيًا مؤسسيًا في كل واقعة، أن تُعتبر في الموازنة مع سلامة الأم مصلحةُ الأجنة الباقية في النجاة من الخداج الشديد، إعمالًا لقاعدة ارتكاب أخف الضررين؛ دون أن تصير هذه المصلحة وحدها مسوغًا نظاميًا خارج المادة 22. ويُمنع اختيار الجنين المُبقى عليه لجنسه أو لتفضيل اجتماعي.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 النصوص الحاكمة

يحكم المسألة نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ، ولا سيما مادته الثانية والعشرون [1]؛ ولائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، ولا سيما اللوائح 1/22 و2/22 و3/22 [2]. والنصوص اللائحية المنقولة في هذا الفصل من نسخة وزارة الصحة بهذا القرار. وتتقاطع المسألة مع المادة الحادية عشرة (الإبلاغ عن الإصابة الجنائية)، ونظام حماية الطفل، ونظام الحماية من الإيذاء، ونظام حماية البيانات الشخصية [1، 17، 29، 30].

فلا يكفي أن يسأل الفريق «هل الإجهاض جائز؟»، بل يسأل أيضًا: من صاحب الاختصاص؟ ما وثيقة الخطر؟ هل الحالة إسعافية؟ هل توجد علامة اعتداء توجب الإبلاغ؟ ومن يجب أن يوقع الموافقة؟

CC BY-NC-ND 4.0

4-2 المادة الثانية والعشرون

تنص المادة على أنه [1، 2]:

> «يحظر على الطبيب إجهاض أي امرأة حامل إلا إذا اقتضت ذلك ضرورة إنقاذ حياتها. ومع ذلك يجوز الإجهاض إذا لم يكن الحمل أتم أربعة أشهر، وثبت بصورة أكيدة أن استمراره يهدد صحة الأم بضرر جسيم، وثبت هذا الأمر بقرار من لجنة طبية تشكل طبقًا للشروط والأوضاع التي تحددها اللائحة التنفيذية لهذا النظام.»

وتقرر المادة أربعة أحكام:

1. الأصل النظامي حظر الإجهاض، فلا يجريه الطبيب لمجرد الطلب أو الضغط الاجتماعي.
2. ضرورة إنقاذ حياة الأم تبيحه في أي مرحلة.
3. قبل إتمام أربعة أشهر يجوز بشرطين معًا: ثبوت «بصورة أكيدة» أن الاستمرار يهدد صحة الأم «بضرر جسيم»، وقرار لجنة طبية.
4. بعد إتمام أربعة أشهر لا يبقى إلا مسوغ إنقاذ الحياة، بما ينسجم مع الضابط الشرعي لمرحلة نفخ الروح.

ويلاحظ أن النص يتكلم بلغة «صحة الأم» في المسار الثاني، بينما يتكلم البند الثالث من القرار 140 المدرج في اللائحة بلغة «يخشى عليها من الهلاك». ويرى المؤلف أن تطبق اللجنة المعيارين معًا بقراءة محافظة: فيثبت التقرير ضررًا جسيمًا مؤكدًا بصحة الأم، ويبين أنه يبلغ حد الخطر على سلامتها بعد استنفاد البدائل.

4-3 اللائحة التنفيذية: اللجنة والتقرير والدواء المسقط

بعد اللائحة 1/22 التي أدرجت القرار 140 (المتقدم نصه في 3-3)، تنص اللائحة 2/22 على [2]:

> «يشكل مدير المستشفى الذي يوجد به قسم الولادة أو من ينوبه لجنة لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة أطباء استشاريين أو أخصائيين يكون بينهم استشاري أو أخصائي بالمرض الذي من أجله أوصى بإنهاء الحمل، يقومون بإعداد تقرير يوضح فيه نوع الخطورة المذكورة المؤكدة التي تهدد صحة الأم فيما لو استمر الحمل ويوقع من جميع أعضاء اللجنة ثم يعتمد من مدير المستشفى أو من ينوبه، وفي حالة التوصية بالإجهاض يوضح ذلك للمريضة وزوجها أو ولي أمرها ثم تؤخذ موافقتهم الخطية على ذلك.»

وتنص اللائحة 3/22 على [2]:

> «لا يجوز صرف أدوية مسقطة للأجنة أو تسهيل صرفها، كما لا يجوز لأي ممارس صحي آخر القيام به لغرض إجراء إجهاض غير مسموح به شرعًا.»

ويُستخلص من اللائحة 2/22 ستة عناصر إجرائية لا يصح القرار بدونها:

1. **الجهة المشكِّلة:** مدير مستشفى فيه قسم ولادة أو من ينوبه.
2. **العدد:** ثلاثة أطباء استشاريين أو أخصائيين على الأقل.
3. **الاختصاص:** أحدهم استشاري أو أخصائي بالمرض الذي أوصي من أجله بالإنهاء.
4. **محتوى التقرير:** «نوع الخطورة المؤكدة التي تهدد صحة الأم فيما لو استمر الحمل».

CC BY-NC-ND 4.0

5. **الاعتماد:** توقيع جميع الأعضاء، ثم اعتماد المدير أو نائبه.
6. **الموافقة:** إيضاح التوصية للمريضة وزوجها أو ولي أمرها، ثم أخذ «موافقتهم الخطية».

والحد الأدنى النظامي للجنة طبي. ويجوز للمنشأة أن تدعمها بمستشار أخلاقي أو شرعي أو نظامي، بشرط ألا يحل محل الأعضاء الطبيين ولا ينقل سلطة القرار إلى لجنة موازية (وأدوار لجان الأخلاقيات في الفصل 13).

4-4 موافقة الزوج أو الولي: الاستثناء الخاص

تنص اللائحة 2/22 على أن التوصية بالإجهاض تُوضح «للمريضة وزوجها أو ولي أمرها ثم تؤخذ موافقتهم الخطية» [2]. فالموافقة المطلوبة في الإجهاض غير الإسعافي مركبة: موافقة المريضة نفسها، مع موافقة زوجها إن كانت متزوجة، أو وليها. وهذا استثناء خاص بالإجهاض من القاعدة العامة المقررة في الفصل 23، وهي أن إشراك الزوج في علاج المرأة القادرة دعم لا إذن بديل عن إذنها (انظر الفصل 23). ووجهه الفقهي أن للزوجين حقًا مشتركًا في الولد، وهو المعنى الذي راعاه القرار 39 (1/5) حين جعل التحكم المؤقت في الإنجاب بتشاور الزوجين [24]، والذي اشترط به قرار المجمع الفقهي «طلب الوالدين» في الجنين المشوه [23].

ويترتب على هذا الاستثناء أربعة ضوابط، هي تفسير المؤلف المحافظ لما لم يفصله النص:

1. **موافقة الزوج أو الولي لا تحل محل موافقة المرأة.** فالنص جمعها معهم، فلا يُجرى الإنهاء على امرأة قادرة ترفضه ولو وافق زوجها.
2. **رفض الزوج في الحالة غير الإسعافية يوقف التنفيذ.** فلا تتجاوزه اللجنة باجتهادها، بل تسعى إلى التبصير والوساطة، وتُرفع الحالة إلى الشؤون القانونية في المنشأة إن استمر الخلاف وكان الخطر على المرأة جسيمًا.
3. **الإسعاف لا ينتظر توقيع الزوج أو الولي.** رفض الزوج أو الولي ليس «تعذرًا» للموافقة، فلا يصلح استثناء المادة التاسعة عشرة سندًا لتجاوزه؛ لأنه مشروط بتعذر الموافقة لا برفضها. والسند عند الرفض في الإسعاف ثلاثة: إذن المرأة القادرة نفسها، والشطر الأول من المادة 22 الذي يبيح الإجهاض لضرورة إنقاذ حياتها [1]، والقرار 184 (10/19) الذي لا يعتد برفض الزوجين أو أحدهما في العمليات المستعجلة لإنقاذ الحياة، وينقل الحق إلى «ولي الأمر أو من ينيبه» [31]. ولا تنصّب المنشأة نفسها نائبًا عن ولي الأمر؛ بل تُخطِر الجهة المختصة نظامًا، وتحدد سياستها مسار الوصول إليها، مع الإجراء الإسعافي اللازم لحفظ الحياة في أثناء ذلك (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا، والفصل 23). أما إذا فقدت المرأة القدرة وتعذر إذنها وإذن من يمثلها في الوقت المناسب، فيعمل استثناء المادة التاسعة عشرة [1]. ويُوثَّق سبب الاستعجال في كل حال.
4. **«ولي أمرها» في البالغة غير المتزوجة.** لم يفصل النص هل يشمل «ولي أمرها» البالغة العاقلة غير المتزوجة، أم يقتصر على القاصر وفاقدة الأهلية. والدليل السعودي للإذن الطبي لا يجعل لأحد أن يأذن نيابة عن البالغ العاقل (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). فالإشكال قائم لا يحسمه هذا الفصل: يُحال إلى الشؤون القانونية في المنشأة لرأي مكتوب، ويُوثَّق، قبل أي تواصل مع الأسرة. وإذا كان الولي مصدر تهديد أو إيذاء فُعِّل مسار الحماية من الإيذاء، ولا يُجعل التهديد شرطًا للعلاج.

CC BY-NC-ND 4.0

4-5 التشوه الجنيني والاعتداء والحمل المتعدد: حدود النص

لا تذكر المادة 22 ولا اللوائح 1/22–3/22 التشوه الجنيني أو الاغتصاب أو الحمل المتعدد أسبابًا مستقلة [1، 2]. وتقرير اللجنة في اللائحة 2/22 مصوغ على «نوع الخطورة المؤكدة التي تهدد صحة الأم». أما قرار المجمع الفقهي في الجنين المشوه فجماعي معتبر، لكنه لم يُدرج في اللائحة كما أُدرج القرار 140.

وفي الفقه قولان جماعيان متعارضان في هذه المرحلة (3-3 و3-4)، ويتصل بالمجيز منهما بند القرار 203 (9/21) [27]. والعمل في المنشآت السعودية على اللائحتين 1/22 و2/22، وسياسة المنشأة المكتوبة، وقرار لجنة المادة 22.

ويتصل بحدود النص هنا وبموافقة الزوج في المطلب السابق نصٌّ في الدليل السعودي للإذن الطبي لم يتعرض له ما تقدم. فقد نص على أن الإجهاض الطبي إذا كان بسبب خطورة على صحة الأم أو حياتها كفى فيه إذنها أو إذن من يمثلها؛ وإذا كان بسبب تشوهات تهدد حياة الجنين بعد الولادة لزمت موافقة الأب والأم معًا، فإن وافق الأب وامتنعت الأم أُخذ برأيها ولم يُجبَر الإجهاض، على أن يكون ذلك قبل بلوغ الحمل مئة وعشرين يومًا [35]. ولم ينص على الصورة المقابلة، وهي موافقة الأم وامتناع الأب. وفي النص ثلاث دلالات. الأولى: أن موافقة المرأة شرط لا يغني عنه غيرها في الحالين، وهو ما قرره الضابط الأول في المطلب 4-4. والثانية: أن نصه في التشوه نص في صاحب الإذن لا في مسوّغ الإنهاء؛ فهو لا يضيف التشوه سببًا إلى المادة 22 ولا إلى لائحتها، ويبقى التفسير المحافظ الآتي على حاله. والثالثة: أن ظاهر قوله في خطر الأم «يكفي إذنها» يغاير ظاهر اللائحة 2/22 التي تجمع موافقة المريضة وزوجها أو وليها [2]. واللائحة أعلى رتبة من الدليل (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا)، فيبقى العمل في الحالة غير الإسعافية على الضابط الثاني في المطلب 4-4، ويصلح نص الدليل سندًا مؤيدًا لما قرره الضابط الثالث فيه في الإسعاف من أن إذن المرأة القادرة كافٍ. فإن أرادت المنشأة العمل بظاهر الدليل في غير الإسعاف فبسياسة مكتوبة ورأي نظامي موثق من الشؤون القانونية، لا باجتهاد فردي.

ويستخلص المؤلف من ذلك تفسيرًا محافظًا صريحًا، هو اجتهاده في قراءة النص لا نص نظامي:

- لا تصدر لجنة المادة 22 قرارًا بالإنهاء بسبب التشوه الجنيني وحده، ما لم يثبت في تقريرها ضرر جسيم مؤكد بصحة الأم.
- إذا كانت المنشأة تعمل بقرار المجمع الفقهي في التشوه قبل 120 يومًا، فلا يكون ذلك إلا بسياسة مكتوبة معتمدة ورأي نظامي موثق من الشؤون القانونية أو الجهة الصحية المشرفة، لا بقرار فردي ولا بتوقيع لجنة على تقرير لا يصف خطرًا أموميًا.
- الاغتصاب والحمل المتعدد يُبحثان قبل أربعة أشهر من باب الضرر الجسيم بصحة الأم، إذا أثبته اختصاصيون بشروطه. ولا يُفترض ذلك تلقائيًا، ولا يُقدَّم للمرأة وعد مسبق بالقبول.

ووجه هذا التحفظ أن الخطأ في هذا الباب لا يُتدارك، وأن مخالفة المادة 22 تنشئ مسؤولية جزائية وتأديبية على الممارس (انظر 4-8). وقد تختلف ممارسة بعض المنشآت في ذلك، وهذا الاختلاف سبب لطلب الرأي النظامي المكتوب، لا لاجتهاد فردي.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: المسوّغ النظامي للإجهاض: ما يدخل في المادة 22، وما ليس سببًا مستقلًا، وما ليس مسوّغًا أصلًا.

4-6 الاستثناء الإسعافي

قد تصل المرأة بنزف أو فشل قلبي أو صدمة لا تسمح بانتظار اجتماع اعتيادي. وتسند المادة 22 التدخل عند ضرورة إنقاذ الحياة، وتجيز المادة التاسعة عشرة العمل الطبي الفوري لإنقاذ الحياة دون انتظار الموافقة حين يتعذر الحصول عليها، لا حين يرفضها صاحبها (انظر 4-4) [1]. ولا يجوز أن يصبح انتظار الورق سببًا لضياع الحياة.

لكن الاستثناء يُفسَّر بقدر الضرورة. يوثق الفريق لماذا كان الخطر فوريًا، ولماذا تعذر الانتظار، وما البدائل التي لم تكن ممكنة، ومن شارك في القرار. ثم يُعرض الملف لاحقًا للمراجعة، لا لاستصدار إذن بأثر رجعي. وإذا أمكن تشاور سريع دون ضرر، فلا تسقط المشورة بحجة الطوارئ. وتفصيل المادة 19 وشروطها في الفصل 5 (المبحث رابعًا).

4-7 الإبلاغ والحماية والخصوصية

توجب المادة الحادية عشرة على الممارس الصحي، فور معاينته مريضًا مشتبهًا في إصابته جنائيًا، أن يبلغ الجهات الأمنية والصحية المختصة [1]. وإذا كانت المريضة دون الثامنة عشرة أوجب نظام حماية الطفل الإبلاغ عن الإيذاء أو الإهمال، وتعين الأدلة السريرية على التواصل مع القاصر دون إعادة إيذائها [17، 32] (وتفصيله في الفصل 25). ويُلزم نظام الحماية من الإيذاء بالإبلاغ عن الإيذاء الواقع في نطاقه، وهو الإيذاء ممن له على الضحية ولاية أو سلطة أو مسؤولية، أو تربطه بها علاقة أسرية أو إعالة ونحوها [29]. وإذا كان المعتدي غريبًا فلا يُنسب إليه نطاق هذا النظام تلقائيًا، ويبقى مسار البلاغ الجنائي قائمًا.

ولا يعني الإبلاغ إخبار كل قريب، ولا تأخير العلاج. يُشرح الحد للمريضة، ويقتصر الإفصاح على الجهة المختصة والقدر اللازم. ويعد نظام حماية البيانات الشخصية البيانات الصحية والوراثية من البيانات الحساسة، فتُحصر الصلاحيات ويُقتصر على الحد الأدنى [30]. وتحتاج لجان الإجهاض إلى

CC BY-NC-ND 4.0

قناة إحالة آمنة، ومحضر محدود التوزيع، وفصل الصور التشخيصية عن الأجهزة الشخصية (والأصل في الفصل 7، المبحث رابعًا).

4-8 المسؤولية والعقوبات

يرتب النظام ثلاث مسؤوليات متمايزة:

- **المسؤولية الجزائية:** تعاقب المادة الثامنة والعشرون من يخالف المادة 22، ضمن ما عددته من مخالفات، بالسجن مدة لا تتجاوز ستة أشهر وبغرامة لا تزيد على مئة ألف ريال [1].
- **المسؤولية التأديبية:** عقوباتها في المادة الثانية والثلاثين الإنذار، وغرامة لا تتجاوز عشرة آلاف ريال، وإلغاء الترخيص وشطب الاسم من السجل؛ ولا يجوز بعد الإلغاء طلب ترخيص جديد إلا بعد سنتين على الأقل [1].
- **المسؤولية المدنية:** عن الخطأ المهني الذي يترتب عليه ضرر، وفق المادة السابعة والعشرين؛ وتنظر دعاواها اليوم دوائر قضائية متخصصة بعد انتقال اختصاص الهيئات الصحية الشرعية إلى القضاء (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا).

ودلالة هذا التدرج أن مخالفة ضوابط الإجهاض ليست خطأ إجرائيًا يسيرًا، بل قد تمس أهلية الممارس المهنية. ويقابلها وجه آخر: فعدم إنقاذ مريضة في خطر، أو الخطأ في التشخيص، أو إفشاء السر، قد ينشئ مسؤولية من الجهة المقابلة. ولهذا يوثق القرار بما يصلح للمراجعة القضائية: وقائع لا شعارات، وتقرير لجنة، وموافقة، وتوقيت، وبدائل، وسبب الاستعجال إن وجد.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 المسار المؤسسي في عشر خطوات

1. **فرز الخطر والزمن:** هل الحالة إسعاف يهدد الحياة الآن، أم طلب عاجل له نافذة أيام، أم يسمح باستكمال التشخيص؟ ويُثبَّت العمر الحملي بالأسابيع والأيام ومصدره.
2. **تثبيت التشخيص:** برأي طب الأم والجنين، وربما الوراثة والأطفال والتلطيف في التشخيص الجنيني، واختصاصي المرض في مرض الأم، ومختص نفسي مؤهل في الخطر النفسي.
3. **مصفوفة الخيارات:** ثلاثة مسارات على الأقل حيث أمكن: الاستمرار مع العلاج، والإنهاء، وبديل وسيط كالتأجيل القصير أو النقل إلى مركز أعلى؛ لكل منها فائدة ومخاطر وزمن.
4. **مشورة مستقلة للمرأة:** مقابلة على انفراد جزءًا من الوقت، بمترجم مستقل عند الحاجة، دون وعد بموافقة اللجنة ولا دفع إلى خيار بعينه.
5. **فحص الأهلية والطوعية:** تصف المرأة التشخيص والخيارات بكلماتها؛ وإذا وجدت خطة انتحار أو عنف فُعّلت الحماية فورًا (وتقييم القدرة على القرار في الفصل 5، المبحث أولًا).
6. **بوابة الفقه والنظام:** تُطبق ضوابط القرار 140، ويُطلب الرأي الفقهي المؤسسي عند التشوه أو قرب حد 120 يومًا أو التخفيض؛ ثم يُختبر الطلب على المادة 22.

CC BY-NC-ND 4.0

7. **لجنة المادة 22:** تُشكل وفق اللائحة 2/22، وتقرأ الملف، وتستمع عند الحاجة إلى المرأة والفريق، وتصدر تقريرًا يحدد نوع الخطورة المؤكدة والدليل والبدائل.
8. **الموافقة والتنفيذ:** تُوضح التوصية للمريضة وزوجها أو وليها وتؤخذ موافقتهم الخطية، ثم ينفذ الإجراء فريق مخول مع خطة نزف وتخدير ورعاية نفسية.
9. **الرعاية اللاحقة:** تعافٍ جسدي، ودعم الحزن، ومناقشة الفحوص الوراثية عند فائدتها، وخطة حمل لاحق أو منع حمل بحسب رغبة المرأة؛ وفي استمرار الحمل المحدِّد للحياة خطة تلطيفية حول الولادة.
10. **المراجعة والتعلم:** تراجع المؤسسة الحالات الإسعافية والرفض والتأخير والمضاعفات دون كشف الهوية، ثم تعدل سياستها.



شكل: ستة أمور لا يقوم إنهاء الحمل إلا باجتماعها، والقاعدة الجامعة التي تضبطها.

5-2 الدعم الاستشاري للجنة

تحسن المنشأة صنعًا إذا دعمت الحد النظامي بعناصر استشارية لا تحل محل الأعضاء ولا تنقل سلطة القرار: استشاري طب الأجنة أو الوراثة عند التشوه؛ وممثل أخلاقيات الرعاية الصحية عند التعارض القيمي؛ ومستشار نظامي في الحالات ذات البعد القانوني؛ وأخصائي نفسي أو اجتماعي في الاعتداء والقاصر؛ ومستشار شرعي عند الحاجة إلى تكييف دقيق. وتُسجل أسماء المشاركين وصفاتهم في المحضر.

5-3 قواعد حسم الخلاف داخل اللجنة

- إذا كانت الحالة غير عاجلة أُجِّل القرار لاستكمال رأي متخصص.
- إذا انقسمت الآراء رُجح الرأي الذي يحمي الحياة من الخطر المحقق أو الغالب.
- إذا كان الحمل بعد 120 يومًا لم يُلتفت إلى مسوغ التشوه وحده.
- إذا كان الخطر غير مؤكد لم يُنتقل إلى الإنهاء حتى يكتمل التحقق.
- إذا تعارضت السرية مع حماية قاصر أو ضحية اعتداء قُدِّم واجب الحماية بقدر الحاجة النظامية.

CC BY-NC-ND 4.0

- إذا اختلف الزوجان في حالة غير إسعافية سعت اللجنة إلى الوساطة والتبصير، ولم يُنفذ الإنهاء دون الموافقات التي نصت عليها اللائحة 2/22.
- إذا كان سبب الطلب غير معتبر لم يغير الإلحاح الحكم.
- في الإسعاف الذي يهدد الحياة يقرر الفريق، ثم يوثق، ثم يعرض الملف للمراجعة.

5-4 دليل القرار السريع

جدول القرار السريع في طلبات إنهاء الحمل

المرحلة	سؤال الضبط	علامة الخطر	الإجراء العملي
الفرز	هل الخطر على الحياة فوري أم توجد مهلة؟	انتظار الورق مع تدهور	حدد الزمن، وقدّم الإنقاذ إذا تعذر الانتظار
التأريخ	كم العمر الحملي وكيف حُسب؟	مساواة أسبوع حملي بـ120 يومًا دون حساب	سجل الأسابيع والأيام ومصدر التأريخ
التشخيص	ما درجة اليقين وما الإنذار؟	فحص مسحي واحد أو لغة «حتمي» بلا سند	رأي مختص ثانٍ ووصف نطاق عدم اليقين
خطر الأم	ما الضرر وزمنه واحتماله؟	عبارة عامة «الحمل خطر»	قياسات، وبدائل، وسبب عدم كفايتها
الخيارات	هل يوجد بديل واقعي أقل ضررًا؟	تجاهل الرعاية التلطيفية	قارن الاستمرار والإنهاء والتأجيل أو النقل
المرأة	هل فهمت، وهل قرارها طوعي؟	توقيع تحت ضغط أو أزمة غير معالجة	مقابلة منفردة، ومترجم، وتقييم أهلية
الفقه	ما المرحلة والقرار المنطبق؟	شعار «قبل 120 جائز»	طبق القرار 140، واستشر في التشوه والحدود القريبة
النظام	إنقاذ حياة، أم ضرر جسيم قبل أربعة أشهر؟	اعتبار التشوه أو الاغتصاب استثناءً تلقائيًا	اختبر المادة 22 بنصها ولا توسعها بالفتوى
اللجنة	هل التشكيل والتقرير مستوفيان؟	لجنة بلا مختص أو بلا وصف خطر	ثلاثة أطباء على الأقل، ومختص بالمرض، وتوقيع واعتماد
الموافقة	هل وقّعت المريضة وزوجها أو وليها؟	الاكتفاء بتوقيع أحدهما في حالة غير إسعافية	موافقة خطية وفق اللائحة 2/22

CC BY-NC-ND 4.0

المرحلة	سؤال الضبط	علامة الخطر	الإجراء العملي
الحماية	هل يوجد اعتداء أو إيذاء أو انتحار؟	كشف واسع أو تأخير العلاج للبلاغ	أمّن السلامة، وبلّغ الجهة المختصة، واقتصر في الإفصاح
المتابعة	ماذا بعد القرار؟	خروج بلا دعم أو خطة	متابعة جسدية ونفسية وتلطيفية ووراثية بحسب الحالة

5-5 ضوابط لسياسة المنشأة

1. لا إجهاض إلا بمسوغ المادة 22: إنقاذ الحياة، أو ضرر جسيم مؤكد بصحة الأم قبل أربعة أشهر بقرار لجنة.
2. نموذج موحد يثبت العمر الحملي بالأسابيع والأيام ومصدر التأريخ، ويمنع التحويل الآلي إلى «120 يومًا».
3. إلزام التقرير بوصف نوع الخطورة وزمنها واحتمالها والبدائل وسبب عدم كفايتها.
4. مسار إحالة عاجل للجنة يعمل خارج الدوام، ويفصل الإسعافي عما يسمح باستكمال التقييم.
5. نموذج موافقة خطية للمريضة وزوجها أو وليها وفق اللائحة 2/22، مع مسار مكتوب لحالات الخلاف أو تهديد الولي.
6. موقف مكتوب من التشوه الجنيني قبل 120 يومًا، معتمد من الشؤون القانونية.
7. تفعيل الحماية والتبليغ عند الاعتداء أو الإيذاء، وقصر تداول الملف على ذوي الصفة.
8. منع صرف الأدوية المسقطة أو تسهيله خارج المسار (اللائحة 3/22).
9. خدمات دعم نفسي واجتماعي وتلطيفي لمن رُفض طلبها أو اختارت الاستمرار.

سادسًا: الحالات التطبيقية

تدور الحالات الآتية على أربعة ضوابط: أن التشخيص يثبت أولًا ثم يوزن، وأن عمر الحمل يوثق بطريقة حسابه لأنه يغير الحكم، وأن الفتوى الجماعية لا تنشئ بذاتها مسوغًا نظاميًا، ولا تملك اللجنة أن توسع المادة 22 بالتعاطف، وأن الرفض لا يساوي التخلي.

الحالة الأولى: مرض أمومي يهدد الحياة قبل أربعة أشهر

الوقائع. امرأة متزوجة في الثانية والثلاثين، عمر حملها 14 أسبوعًا و3 أيام، مؤرخًا بتصوير مبكر. عندها ارتفاع شديد في ضغط الشريان الرئوي، مع فشل يتزايد في البطين الأيمن ونقص أكسجة. وقد أُدخلت العناية المركزة رغم العلاج. ويرى فريق القلب وطب الأم والجنين والتخدير أن استمرار الحمل يرفع احتمال الوفاة كثيرًا، وأن الانتظار إلى قابلية بقاء الجنين غير واقعي. والمرأة تطلب الإنقاذ، وزوجها حاضر مؤيد.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: غير مستقرة في العناية المركزة، لكن ما زال هناك وقت محدود لاجتماع عاجل • الأمن: لا خطر أمني • القدرة على القرار: قادرة • صاحب الصفة: المرأة، مع

CC BY-NC-ND 4.0

موافقة الزوج الخطية المشترطة في اللائحة 2/22 • السؤال المطلوب تقريره: هل يثبت مسوغ المادة 22 قبل أربعة أشهر، وكيف ينفذ دون تأخير مميت؟

الركن الطبي. ارتفاع ضغط الشريان الرئوي من أشد الحالات القلبية خطرًا في الحمل، ويحتاج قرارًا متعدد التخصصات في مركز خبير [33]. فيوثق الضغط الرئوي، ووظيفة البطين، والأكسجة، والاستجابة للعلاج، ومخاطر التخدير والإنهاء، وسبب عدم كفاية الاستمرار المكثف. والإجراء نفسه عالي الخطورة، فتُجهز له خطة عناية حرجة ودم وتخدير.

الركن الأخلاقي. يلتقي الإحسان وعدم الإضرار في خفض خطر الموت، وتُحترم رغبة المرأة بعد معلومات صادقة؛ فلا يقال لها إن النجاة مضمونة. ويُعترف بحزنها على حمل مرغوب، ويُعرض دعم نفسي وروحي.

الركن الفقهي. الحمل بعد الأربعين وقبل إكمال أربعة أشهر، والخطر يُخشى معه الهلاك، والبدائل استُنفدت أو لم تعد كافية. فينطبق البند الثالث من القرار 140 بتقرير لجنة موثوقة، وقاعدة دفع أعظم الضررين [2].

الركن النظامي. تدخل الحالة في المسار الثاني للمادة 22: قبل أربعة أشهر، مع ضرر جسيم مؤكد بصحة الأم، بقرار لجنة اللائحة 2/22 تضم اختصاصي القلب، ثم موافقة المرأة وزوجها الخطية [1، 2]. وإذا انقلبت الحالة إلى صدمة لا تحتمل الانتظار، عمل مسوغ إنقاذ الحياة في المادة 22 بقدر الضرورة بإذن المرأة، فإن فقدت القدرة وتعذر الإذن عمل استثناء المادة 19 [1].

القرار المهني الموزون. تُعقد لجنة المادة 22 عاجلًا خلال ساعات، ويُنفذ الإنهاء في بيئة عناية حرجة بعد التقرير والموافقة، دون تجاوز ما يحقق الإنقاذ، مع دعم الحزن ومتابعة قلبية؛ لأن الخطر على الحياة مؤكد لا يندفع ببديل واقعي، في مرحلة يجيزها النص والقرار 140. واستُبعد الاستمرار المكثف حتى قابلية الجنين للحياة لأن احتمال بلوغها دون وفاة الأم ضعيف. ويُعاد النظر إذا تدهورت إلى صدمة، فيُقدَّم الإنقاذ فورًا ويُوثق سبب الاستعجال، أو استجابت للعلاج قبل التنفيذ استجابة تغير التقدير.

الدرس. إذا كان الخطر على الحياة حقيقيًا، فسرعة اللجنة جزء من سلامة القرار، لا تنازل عن ضوابطه.

الحالة الثانية: انعدام الدماغ في مرحلة مبكرة

الوقائع. امرأة متزوجة في السابعة والعشرين، في حملها الأول. أظهر تصوير متخصص عند 13 أسبوعًا و6 أيام (من آخر دورة موثوقة ومطابق لتصوير مبكر) انعدام الدماغ، وأكد التشخيص اختصاصيان. ولا خطورة جسيمة على صحة الأم حاليًا، ولا اضطراب نفسي مشخص. فطلب الزوجان إنهاء الحمل بعد شرح الإنذار، وقالا إنهما لا يحتملان حملًا يُتوقع معه أن يموت الجنين قبل الولادة أو بعدها بقليل.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقرة • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: الزوجان قادران • صاحب الصفة: المرأة وزوجها معًا في الطلب، ولجنة المادة 22 في التقرير • السؤال المطلوب تقريره: هل يكفي التشوه القاتل المؤكد قبل 120 يومًا مسوغًا نظاميًا للإنهاء؟

الركن الطبي. انعدام الدماغ تشخيص محدِّد للحياة. ويُثبت التقرير العمر ومصدره، ويؤكد الصورة، ويشرح المآل بلا لغة مهينة. وتُعرض خيارات الاستمرار مع رعاية تلطيفية حول الولادة [

CC BY-NC-ND 4.0

9]، وتُشرح مخاطر الإنهاء. وعمر الحمل هنا نحو 83 يومًا من الإخصاب تقديرًا، أي بعد الثمانين وقبل 120 يومًا. ويُتابع ما قد يصاحب الاستمرار من مضاعفات أمومية، كزيادة السائل الأمنيوسي؛ فإن بلغت ضررًا جسيمًا مؤكدًا عُرضت على اللجنة.

الركن الأخلاقي. طلب الوالدين مفهوم، واحترامهما يوجب الإفصاح والدعم. ولكن تُتجنب في المقابل رسالة أن كل حياة مع إعاقة لا قيمة لها؛ فالكلام هنا عن حالة محدِّدة للحياة، لا عن تمييز عام. ويُمنحان وقتًا قصيرًا للتفكير، من غير أن تضيع النافذة الزمنية.

الركن الفقهي. يجيز قرار المجمع الفقهي الإسقاط قبل 120 يومًا للتشوه الخطير غير القابل للعلاج، بتقرير لجنة وبطلب الوالدين [23]، وشروطه متحققة ظاهرًا؛ ويتصل به بند القرار 203 (9/21) في الإجهاض عند ثبوت المرض الوراثي [27]. ويخالف ذلك منطوق القرار 140 المدرج في اللائحة، إذ حصر المسوغ في مرحلة العلقة والمضغة في الخطر على سلامة الأم [2]. فالرخصة قائمة في قرار المجمع الفقهي، ويخالفها النص الفقهي المدرج في اللائحة؛ والمسألة من مواضع التعارض بين قولين جماعيين، لا رخصة مسلَّمة يمنعها النظام وحده.

الركن النظامي. لا تذكر المادة 22 ولا اللوائح التشوه الجنيني سببًا مستقلًا، وتقرير اللجنة في اللائحة 2/22 مصوغ على «نوع الخطورة المؤكدة التي تهدد صحة الأم» [1، 2]. والوقائع لا تتضمن هذه الخطورة. وعلى التفسير المحافظ الذي يعتمده المؤلف (انظر 4-5)، لا تصدر اللجنة قرارًا بالإنهاء لهذا السبب وحده، ما لم تكن للمنشأة سياسة مكتوبة معتمدة برأي نظامي موثق تعمل بقرار المجمع الفقهي.

القرار المهني الموزون. يُعرض الملف فورًا على الشؤون القانونية في المنشأة لبيان الموقف المعتمد كتابةً، مع استمرار متابعة طب الأم والجنين. فإن وُجدت سياسة معتمدة تعمل بقرار المجمع الفقهي، عُرضت الحالة على اللجنة بشروط القرار وموافقة الزوجين الخطية قبل 120 يومًا من الإخصاب، ويُعامل الحمل عند الشك في التأريخ بالعمر الأكبر احتياطًا. وإن لم توجد، لم يُنفذ الإنهاء، وبُنيت خطة رعاية تلطيفية حول الولادة؛ لأن الرخصة الفقهية قائمة، لكن النص النظامي لم يذكر هذا السبب، والمخالفة تمس الممارس جزائيًا وتأديبيًا، وهذا تفسير المؤلف المحافظ لا حكم نظامي منصوص. ويُعاد النظر إذا ظهر ضرر جسيم مؤكد بصحة الأم، كمضاعفة حملية خطيرة أو اضطراب نفسي شديد يثبته اختصاصي، فتُعرض الحالة على اللجنة بمسار المادة 22، أو اقترب الحمل من 120 يومًا دون حسم، فتسقط رخصة التشوه فقهيًا ونظاميًا.

الدرس. الرخصة الفقهية الجماعية لا تغني عن مسوغ نظامي مكتوب، والفرق بينهما تحسمه سياسة معتمدة، لا اجتهاد لجنة في ليلتها.

الحالة الثالثة: حمل ناتج من اعتداء مع خطر انتحاري

الوقائع. امرأة غير متزوجة في التاسعة عشرة، عند 10 أسابيع و4 أيام، تذكر أن الحمل نتج من اعتداء جنسي. وتقول إن أباها، وهو وليها، هددها إن علم بالحمل، وتصرح بأنها جمعت أدوية وتفكر في تناولها. وهي تطلب الإجهاض فورًا، وترفض أن تُخبَر الأسرة. ولا إصابة جسدية تهدد الحياة، ولكنها مرتعبة، مترددة في تقديم بلاغ.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: خطر انتحاري حاد يجعل تأمين السلامة أولوية فورية • الأمن: تهديد أسري قائم • القدرة على القرار: تحتاج تقييمًا بعد خفض الأزمة • صاحب الصفة: المرأة البالغة، مع إشكال غير محسوم: هل يشمل «ولي أمرها» في اللائحة 2/22 البالغة غير المتزوجة،

CC BY-NC-ND 4.0

والولي هنا هو مصدر التهديد • السؤال المطلوب تقريره: كيف تُحمى الآن، وهل يثبت ضرر جسيم مؤكد بصحتها يسوغ الإنهاء قبل أربعة أشهر؟

الركن الطبي. الأولوية أن يُقيَّم خطر الانتحار وتُؤمَّن سلامتها، وأن تُفحص الإصابات والعدوى، ويُوثَّق ما يحفظ الدليل [15]. ويُستدعى الطب النفسي والخدمة الاجتماعية، وتوضع في بيئة آمنة. ثم يُسأل: هل الخطر الانتحاري مستمر بعد الدعم والعلاج؟ وهل الحمل عامل مركزي فيه؟ وما البدائل الواقعية؟

الركن الأخلاقي. لا تُلام، ولا تُجبر على أن تعيد روايتها مرة بعد مرة. تُقابل منفردة، ويُشرح لها ما سيبقى سرًا وما يجب الإبلاغ عنه. واحترامها لا يعني أن تُوعد مسبقًا بالإجهاض، ورفض طلبها لا يبرر أن تُعاد إلى منزل يهددها.

الركن الفقهي. الحمل بعد الأربعين في مرحلة العلقة. والاعتداء وحده ليس في القرارات المعتمدة إذنًا عامًا [2، 23]. فيُبحث الخطر النفسي على سلامتها تحت البند الثالث من القرار 140 وقواعد إزالة الضرر وحفظ العرض والعقل، بمشورة فقهية مؤسسية. وإذا كان خطر الانتحار حقيقيًا فلا يُفترض أن الإنهاء وحده يزيله.

الركن النظامي. الاغتصاب ليس مسوغًا مستقلًا في المادة 22. لكن الحمل قبل أربعة أشهر، فيُبحث هل يهدد استمراره صحتها بضرر نفسي جسيم مؤكد، عبر لجنة تضم استشاري الطب النفسي بوصفه المختص بالمرض [1، 2]. والاشتباه في إصابة جنائية يفعّل المادة الحادية عشرة، وتهديد الأب يدخل في نطاق نظام الحماية من الإيذاء [1، 29]. وهي بالغة فلا ينطبق عليها نظام حماية الطفل. ولم يفصل النص هل يشمل «ولي أمرها» في اللائحة 2/22 البالغة غير المتزوجة، والدليل السعودي للإذن الطبي لا يجعل لأحد أن يأذن عن البالغ العاقل (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). فلا يحسم الفصل الإشكال، بل يُطلب رأي الشؤون القانونية المكتوب ويُوثَّق قبل أي تواصل مع الأسرة (انظر 4-4).

القرار المهني الموزون. تُؤمَّن من الانتحار والتهديد فورًا، ويُعالج الاضطراب دون انتظار القرار، ويُبلَّغ وفق المادة الحادية عشرة ونظام الحماية من الإيذاء بالقدر اللازم، دون أن يُكشف للأسرة ما لا يلزم، وتُعرض على لجنة المادة 22 عاجلًا لتقرير ما إذا ثبت ضرر صحي جسيم مؤكد؛ لأن الخطر على الحياة قائم الآن ولا ينتظر اللجنة، وطلب الإنهاء يحتاج مسوغًا نظاميًا لا يثبت بالاعتداء وحده. ويُعاد النظر إذا ثبت الضرر الجسيم بتقرير اللجنة وحُسم إشكال الموافقة نظاميًا، فيُتبع مسار الإنهاء قبل أربعة أشهر، أو زال الخطر الانتحاري بالعلاج ولم يثبت الضرر، فتستمر الحماية والرعاية النفسية ومتابعة الحمل.

الدرس. الحماية قبل الجدل، والاعتداء وحده لا يُنشئ مسوغًا نظاميًا، ولكنه لا يُسقط حق المرأة في تقييم جاد لضرر حقيقي.

الحالة الرابعة: حمل رباعي بعد الإخصاب المساعد

الوقائع. امرأة متزوجة في الخامسة والثلاثين، عند 10 أسابيع بالضبط بعد نقل أجنة، وتاريخ الإخصاب معروف. ثبت أن في رحمها أربعة أجنة بأربعة أكياس ومشيمات منفصلة. وفي سيرتها ولادة مبكرة سابقة وارتفاع ضغط مزمن. يطلب الزوجان التخفيض إلى جنينين، ويقولان إن مركز الإخصاب لم يناقشهما بما يكفي في خطر نقل عدة أجنة.

CC BY-NC-ND 4.0

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقرة • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: الزوجان قادران • صاحب الصفة: المرأة وزوجها، ولجنة المادة 22 في تقرير الخطر • السؤال المطلوب تقريره: هل يثبت خطر أمومي جسيم مؤكد يسوغ التخفيض، أم يُكتفى بمتابعة حمل عالي الخطورة؟

الركن الطبي. يُوثق عدد الأجنة والمشيمات، وضغط الأم ووظائفها، وخطر الولادة المبكرة، واحتمالات الاستمرار والتخفيض وفقد الحمل كله [10، 11]. ويُقدِّم الرأيَ مركز ذو خبرة. ولا يُعرض التخفيض على أنه إجراء بسيط مضمون. والعمر نحو 56 يومًا من الإخصاب، أي بعد الأربعين.

الركن الأخلاقي. يتعارض هنا حفظ الأجنة الأربعة مع تقليل احتمال الضرر على الجميع. والمشورة لا تلوم الزوجين على قرار مركز سابق، وإنما تفحص: هل الطلب نابع من خطر طبي أم من عبء اجتماعي؟ ثم تُراجع مسؤولية المركز في الإفصاح وفي عدد الأجنة المنقولة.

الركن الفقهي. التخفيض إسقاط لبعض الأجنة، فيخضع لأحكام المرحلة. والحمل بعد الأربعين، فيحتاج إلى تقرير لجنة موثوقة أن استمراره بعدده خطر على سلامة الأم بعد استنفاد البدائل، وفق البند الثالث من القرار 140، لا إلى مجرد تفضيل حمل أسهل [2]. ويرى المؤلف أن تُعتبر في الموازنة مصلحة الجنينين الباقيين في النجاة من الخداج الشديد، بقاعدة ارتكاب أخف الضررين، اجتهادًا يحتاج رأيًا فقهيًا مؤسسيًا (انظر 3-8). والإخلال السابق بضوابط النقل في لائحة نظام وحدات الإخصاب لا يبيح وحده الإسقاط اللاحق.

الركن النظامي. الحمل المتعدد ليس سببًا مستقلًا في المادة 22. وبما أن الحمل قبل أربعة أشهر، يُبحث التخفيض إذا ثبت بصورة أكيدة أن الاستمرار يهدد صحة الأم بضرر جسيم، بقرار لجنة تضم مختصًا بالمرض الذي يوصى من أجله [1، 2]. ومجرد تحسن متوسط النتائج بالتخفيض لا يساوي المعيار؛ فيجب تخصيص الخطر لهذه المرأة. ثم تؤخذ موافقة المرأة وزوجها الخطية. وتُراجع مطابقة النقل لسقف اللائحة 2/5 من نظام وحدات الإخصاب (ثلاثة أجنة أو لقائح على الأكثر في الدورة)، ويُبلَّغ عن المخالفة وفق النظام [26] (انظر الفصل 21).

القرار المهني الموزون. تُعقد لجنة المادة 22 بعد تقييم متخصص يحدد الخطر الشخصي على هذه الأم. فإن ثبت خطر جسيم مؤكد على صحتها ولا يندفع بمتابعة مكثفة، نُفذ التخفيض في مركز خبير بعد الموافقة الخطية، دون اختيار الجنين المُبقى عليه لجنسه أو تجاوز العدد الذي يحقق دفع الخطر، وإلا استمرت متابعة الحمل عالي الخطورة. ويُراجع مؤسسيًا مطابقة النقل لسقف اللائحة 2/5 والإفصاح، مع الإبلاغ عن المخالفة (انظر الفصل 21)؛ لأن التخفيض إسقاط لا يسوغه إلا ما يسوغ الإسقاط. ويُعاد النظر إذا ظهرت مضاعفة أمومية خطيرة، فتُعرض الحالة على اللجنة عاجلًا مع مراعاة حد أربعة أشهر.

الدرس. التخفيض لا يُصلح خطأ الوقاية بإسقاط تلقائي؛ فالوقاية في المنبع، والإسقاط لا يكون إلا بمسوغه.

وهذه قرارات حالات الفصل مجموعةً في جدول واحد: ما نفعل، ولماذا، ومتى يُعاد النظر.

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
حامل متزوجة قبل أربعة أشهر بارتفاع	لجنة المادة 22 عاجلًا خلال ساعات، والإنهاء	الخطر على الحياة مؤكد لا يندفع ببديل	تدهورت إلى صدمة (يُقدَّم الإنقاذ فورًا

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
شديد في ضغط الشريان الرئوي وفشل بطيني في العناية المركزة	في بيئة عناية حرجة بعد التقرير والموافقة، دون تجاوز ما يحقق الإنقاذ، مع دعم الحزن ومتابعة قلبية	واقعي، في مرحلة يجيزها النص والقرار 140	ويُوثق سبب الاستعجال)، أو استجابت للعلاج قبل التنفيذ استجابة تغير التقدير
انعدام الدماغ مؤكد قبل 120 يومًا، بلا خطر جسيم على الأم، وفي المنشأة سياسة معتمدة تعمل بقرار المجمع الفقهي	عرض الملف على الشؤون القانونية كتابةً، ثم على اللجنة بشروط القرار وموافقة الزوجين الخطية قبل 120 يومًا من الإخصاب؛ ويُعامل الحمل عند الشك بالعمر الأكبر	الرخصة الفقهية قائمة في قرار المجمع الفقهي، ولا يُعمل بها إلا بسياسة مكتوبة معتمدة ورأي نظامي موثق	اقترب الحمل من 120 يومًا دون حسم، فتسقط رخصة التشوه فقهيًا ونظاميًا
الحالة نفسها، ولا سياسة معتمدة في المنشأة تعمل بقرار المجمع الفقهي	لا يُنفذ الإنهاء، وتُبنى خطة رعاية تلطيفية حول الولادة، مع استمرار متابعة طب الأم والجنين	النص النظامي لم يذكر هذا السبب، والمخالفة تمس الممارس جزائيًا وتأديبيًا؛ وهذا تفسير المؤلف المحافظ	ظهر ضرر جسيم مؤكد بصحة الأم، كمضاعفة حملية خطيرة أو اضطراب نفسي شديد يثبته اختصاصي، فتُعرض على اللجنة بمسار المادة 22
شابة غير متزوجة حملت من اعتداء، يهددها أبوها، وتفكر في الانتحار، وتطلب الإجهاض فورًا وترفض إخبار الأسرة	تأمينها من الانتحار والتهديد فورًا، وعلاج الاضطراب، والتبليغ بالقدر اللازم دون كشف ما لا يلزم للأسرة، وعرضها على لجنة المادة 22 عاجلًا	الخطر على الحياة قائم الآن ولا ينتظر اللجنة، والإنهاء يحتاج مسوغًا نظاميًا لا يثبت بالاعتداء وحده	ثبت الضرر الجسيم وحُسم إشكال الموافقة (مسار الإنهاء قبل أربعة أشهر)، أو زال الخطر ولم يثبت الضرر (حماية ورعاية نفسية ومتابعة حمل)
حمل رباعي بعد نقل أجنة، مع ولادة مبكرة سابقة وضغط مزمن، والزوجان يطلبان التخفيض إلى جنينين	لجنة المادة 22 بعد تقييم الخطر الشخصي؛ فإن ثبت خطر جسيم مؤكد لا يندفع بالمتابعة: تخفيض في مركز خبير دون اختيار	التخفيض إسقاط لا يسوغه إلا ما يسوغ الإسقاط	ظهرت مضاعفة أمومية خطيرة، فتُعرض الحالة على اللجنة عاجلًا مع مراعاة حد أربعة أشهر

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	لجنس، وإلا متابعة عالية الخطورة؛ ومراجعة النقل مؤسسيًا		

مواقف متكررة

تشخيص محدِّد للحياة بعد أربعة أشهر. لا يُوصى بالإنهاء ما لم يقرر المختصون أن بقاء الجنين يسبب موت الأم؛ فقرار المجمع الفقهي يمنع بعد 120 يومًا بالتشوه وحده، والمادة 22 بعد أربعة أشهر لا تفتح الباب إلا لإنقاذ الحياة [1، 23]. وتوضع خطة رعاية تلطيفية حول الولادة، تشمل خيارات الولادة، وحدود الإنعاش، ودعم الحزن [9].

طلب لأسباب اجتماعية أو اقتصادية أو لاختيار جنس الجنين. لا يُعرض على اللجنة مرشحًا للإذن؛ فالقرار 140 نص على منع الإسقاط خشية المشقة في التربية أو العجز عن التكاليف أو الاكتفاء بالعدد [2]. وإنما الواجب المشورة، والدعم الاجتماعي والنفسي، والوقاية من الحمل غير المرغوب بالوسائل المشروعة (انظر الفصل 20)، مع بيان السبب بوضوح ورحمة.

طلب صرف دواء مسقط أو تسهيل الحصول عليه. تمنع اللائحة 3/22 صرف الأدوية المسقطة أو تسهيله لإجهاض غير مسموح به شرعًا [2]. فلا يكتب الممارس وصفة، ولا يدل على مصدر، ولو ألح الطلب، بل يوجه الطلب إلى المسار المؤسسي، ويوثق الرفض وسببه.

نتيجة فحص مسحي عالية الخطورة وطلب إنهاء فوري. لا يُبنى إنهاء على فحص مسحي وحده؛ بل يُعرض الفحص التشخيصي المؤكد أولًا، مع مراعاة ما بقي من الزمن قبل 120 يومًا. وتفصيل حدود الفحوص المسحية وتفسيرها في الفصل 24.

الزوج يرفض التوقيع على إنهاء أوصت به اللجنة. في الحالة غير الإسعافية لا يُنفذ الإنهاء دون الموافقات التي نصت عليها اللائحة 2/22 [2]؛ فتسعى اللجنة إلى التبصير والوساطة، وتُرفع الحالة إلى الشؤون القانونية إن كان الخطر جسيمًا. وإذا صار الخطر على الحياة فوريًا، كفى إذن المرأة القادرة مع الشطر الأول من المادة 22 [1]، ولا يُعتد برفض الزوج في العمل المستعجل لإنقاذ الحياة على مقتضى القرار 184 (10/19) [31]؛ فتُخطِر المنشأة الجهة المختصة نظامًا وفق مسار سياستها، ولا تستند إلى المادة 19 لأن الرفض ليس تعذرًا (انظر 4-4). والقاعدة العامة في إشراك الزوج بسائر علاج الحامل في الفصل 23.

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. الأصل في النظام السعودي حظر الإجهاض، ولا يباح إلا لضرورة إنقاذ حياة الأم، أو قبل إتمام أربعة أشهر لضرر جسيم بصحتها ثابت بصورة أكيدة بقرار لجنة طبية [1].
2. أدرجت اللائحة 1/22 قرار هيئة كبار العلماء رقم 140 نصًا، فصار التدرج بين الأربعين والعلقة والمضغة وما بعد أربعة أشهر جزءًا من المنظومة الملزمة [2].

CC BY-NC-ND 4.0

3. تشترط اللائحة 2/22 لجنة من ثلاثة أطباء على الأقل بينهم مختص بالمرض، وتقريرًا بنوع الخطورة المؤكدة، واعتماد المدير، وموافقة خطية من المريضة وزوجها أو وليها [2]. وهذه الموافقة استثناء خاص بالإجهاض من قاعدة الفصل 23.
4. يجيز قرار المجمع الفقهي إسقاط الجنين المشوه تشويهًا خطيرًا غير قابل للعلاج قبل 120 يومًا بطلب الوالدين [23]، لكنه غير مدرج في اللائحة؛ والتفسير المحافظ ألا يُعمل به نظامًا إلا بسياسة مكتوبة ورأي نظامي موثق.
5. اختلف الفقهاء في الإسقاط قبل نفخ الروح بين مبيح ومانع ومفصِّل [21]، والعمل المؤسسي على التفصيل الذي قرره القرار 140.
6. «120 يومًا» من الإخصاب تقارب 19 أسبوعًا ويومًا بالعمر الحملي السريري [14]؛ وتوثيق طريقة الحساب جزء من الحكم، ويرى المؤلف أن يُعامل الحمل عند الشك بالعمر الأكبر احتياطًا.
7. الاغتصاب والتشوه والحمل المتعدد ليست أسبابًا مستقلة في المادة 22؛ وقد تدخل قبل أربعة أشهر من باب الضرر الجسيم بصحة الأم إذا ثبت بشروطه.
8. الرفض لا يساوي التخلي: لكل طلب لا يُجاب خطة رعاية تلطيفية أو نفسية أو حماية أو متابعة حمل عالي الخطورة.

التوصيات

للممارس: أن يكتب العمر الحملي بالأسابيع والأيام ومصدر التأريخ، وأن يصف الخطر بنوعه وزمنه واحتماله وبدائله، وألا يعد المرأة بقرار اللجنة، وألا يؤخر إنقاذ حياة لانتظار الورق، وأن يرفض صرف الدواء المسقط خارج المسار.

للمنشأة: أن تعتمد مسار لجنة عاجلًا يعمل خارج الدوام، ونموذج تقرير يطابق اللائحة 2/22، ونموذج موافقة خطية للمريضة وزوجها أو وليها مع مسار مكتوب لحالات الخلاف وتهديد الولي، وأن تكتب موقفها من التشوه الجنيني قبل 120 يومًا برأي نظامي موثق، وأن توفر رعاية تلطيفية حول الولادة ودعمًا نفسيًا، وأن تراجع سياسات مراكز الإخصاب في عدد الأجنة المنقولة.

للتعليم والبحث: أن يُدرَّب طلاب العلوم الصحية على حساب عمر الحمل وحدوده الشرعية والنظامية، وعلى كتابة تقرير خطر يصلح للجنة، وأن تُجرى دراسات سعودية عن زمن قرار اللجان ومآل الطلبات المرفوضة، وعن حاجات الأسر بعد التشخيصات المحدِّدة للحياة.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فلا تُقاس جودة قرار الإجهاض بسرعة الوصول إلى «نعم» أو «لا»، بل بقدر ما حُفظ فيه من حقائق وأرواح وكرامة. فالمرأة التي تحمل مرضًا خطيرًا تحتاج فريقًا لا يضيع حياتها بين الأوراق، والأسرة التي تتلقى تشخيصًا جنينيًا قاسيًا تحتاج صدقًا لا يقسو، ووعدًا لا يخدع. وضحية الاعتداء تحتاج حماية قبل الجدل، والجنين يحتاج ألا تُختصر حرمته في رغبة عابرة أو فحص غير مؤكد.

ولكل ركن هنا عطاؤه: يقدم الفقه ميزان الضرورة والتدرج وأخف الضررين، ويقدم الطب حقيقة الخطر وحدود القدرة، وتمنع الأخلاق الإكراه والوصم والتخلي، ويحدد النظام من يملك القرار ومن يوقع عليه وكيف يوثق. فإذا غاب الطب صارت الضرورة تخمينًا، وإذا غاب الفقه صارت المصلحة

CC BY-NC-ND 4.0

بلا حد، وإذا غابت الأخلاق صار الإنسان ملفًا، وإذا غاب النظـام صـار الاجتهـاد الفـردي خطـرًا على المريضة والممارس معًا.

والقاعدة الجامعة: لا إنهاء بلا تشخيص وعمـر وخطـر موثـق، ولا ضـرورة بلا بـدائل، ولا موافقـة بلا فهم وطوعية وتوقيع من نص عليه النظام، ولا فتوى بلا تنزيل صحيح، ولا تـدخل بلا مسـوغ نظـامي وصاحب صلاحية؛ وعند الخطر الفوري تُقدَّم الحياة بقدر الضرورة ثم يُوثَّق ويُراجَع.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين العمر الحملي السريري ومرور 120 يومًا من الإخصـاب؟ احسـب مـا يقابـل 120 يومًا بالأسابيع الحملية في دورة نموذجية، وبيّن أثر الخطأ فيه.
2. قارن بين معيار المادة 22 قبل أربعة أشهر («ضرر جسيم» بصحة الأم) والبنـد الثـالث من القرار 140 («يخشى عليها من الهلاك»). كيف توفق لجنة المنشأة بينهما؟
3. عدّد العناصر الإجرائية الستة في اللائحة 2/22، وبيّن أثر غياب كل منها في سلامة القرار.
4. لماذا يُعد اشتراط موافقة الـزوج أو الـولي في الإجهـاض اسـتثناءً من القاعـدة العامـة في الفصل 23؟ وما حدوده عند الإسعاف وعند تهديد الولي؟
5. ما شروط قرار المجمع الفقهي في إسقاط الجنين المشـوه؟ ولمـاذا يـرى المؤلـف أنـه لا يُعمل به نظامًا إلا بسياسة مكتوبة ورأي نظامي موثق؟
6. اعـرض خلاف الفقهـاء في الإسـقاط قبـل نفخ الـروح، وبيّن لمـاذا لا يختـار الممـارس من الأقوال ما يوافق الطلب.
7. حامل عند 16 أسبوعًا حمليًا بثلاثة أجنة تطلب التخفيض لأنها «لا تحتمل» حملًا ثلاثيًا. طبّـق عليها المسار العشري، وحدد ما يلزم لتسويغ الطلب وما البديل إن لم يثبت.
8. امرأة بلا زوج تعرضت لاعتداء وتطلب الإنهاء، ووليهـا مصـدر التهديـد. رتّب الإجـراءات من الساعة الأولى حتى قرار اللجنة.

المراجع

[1] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/59) وتـاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م)، بنـاءً على قـرار مجلس الـوزراء رقم (276) وتـاريخ 3/11/1426هـ، ولا سـيما المواد الحادية عشرة والتاسعة عشرة والثانية والعشرون والسابعة والعشرون والثامنة والعشرون والثانية والثلاثون. هيئة الخبراء بمجلس الـوزراء. laws.boe.gov.sa؛ والنص منشـور مـع اللائحـة التنفيذية في موقع وزارة الصحة. moh.gov.sa

[2] اللائحة التنفيذية لنظـام مزاولـة المهن الصـحية، الصـادرة بـالقرار الـوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصحة، ولا سيما اللوائح 1/22 و2/22 و3/22. moh.gov.sa

[3] Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. Lancet Glob Health. 2020;8(9):e1152–61. doi:10.1016/S2214-109X(20)30315-6

CC BY-NC-ND 4.0

World Health Organization. Abortion. Fact sheet, 8 December 2025. [4] who.int

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The safety [5] and quality of abortion care in the United States. Washington (DC): National Academies Press; 2018. doi:10.17226/24950

World Health Organization. Abortion care guideline. 2nd ed. Geneva: [6] WHO; 2025. ISBN 978-92-4-010420-4. who.int

Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's mental [7] health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: a prospective, longitudinal cohort study. JAMA Psychiatry. 2017;74(2):169–78. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3478

Heaney S, Tomlinson M, Aventin Á. Termination of pregnancy for fetal [8] anomaly: a systematic review of the healthcare experiences and needs of parents. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22:441. doi:10.1186/s12884-022-04770-4

American College of Obstetricians and Gynecologists. Perinatal palliative [9] care. ACOG Committee Opinion No. 786. Obstet Gynecol. 2019. acog.org

American College of Obstetricians and Gynecologists. Multifetal [10] pregnancy reduction. ACOG Committee Opinion No. 719. Obstet Gynecol. 2017. acog.org

Society for Maternal-Fetal Medicine; Ghidini A, Gandhi M, McCoy J, Kuller [11] JA. SMFM Consult Series #60: Management of pregnancies resulting from in vitro fertilization. Am J Obstet Gynecol. 2022 (reaffirmed 2024). publications.smfm.org

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 9th ed. New [12] York: Oxford University Press; 2026. global.oup.com

International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Ethics and [13] Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology (Guideline on conscientious objection). London: FIGO; 2021. figo.org

American College of Obstetricians and Gynecologists, American Institute [14] of Ultrasound in Medicine, Society for Maternal-Fetal Medicine. Methods for estimating the due date. ACOG Committee Opinion No. 700. Obstet Gynecol. 2017. acog.org

World Health Organization. Health care for women subjected to intimate [15] partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: WHO; 2014 (WHO/RHR/14.26). who.int

Kislovskiy Y, Black M; American College of Obstetricians and [16] Gynecologists Committee on Ethics. Person-centered pregnancy options counseling. ACOG Committee Statement No. 29. Obstet Gynecol. 2026. Published ahead of print; accessed 30 September 2026. journals.lww.com

[17] نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 3/2/1436هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/72) وتاريخ 6/8/1443هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[18] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 113 (7/12) بشأن حقوق الأطفال والمسنين. الدورة الثانية عشرة، الرياض، 25 جمادى الآخرة – 1 رجب 1421هـ / 23–28 سبتمبر 2000م. iifa-aifi.org

[19] صحيح البخاري، كتاب بدء الخلق، باب ذكر الملائكة، ح 3208 sunnah.com؛ وصحيح مسلم، كتاب القدر، ح 2643. sunnah.com

[20] صحيح مسلم، كتاب القدر، ح 2645. sunnah.com

[21] الإسلام سؤال وجواب. الفتوى رقم 171943: ما حكم إجهاض الجنين في الأسابيع الأولى؟ وفيها النقل عن فتح القدير لابن الهمام (3/401)، ونهاية المحتاج للرملي (8/443)، والشرح الكبير للدردير (2/266). islamqa.info

[22] هيئة كبار العلماء. القرار رقم (140) وتاريخ 20/6/1407هـ في إسقاط الحمل، بنصه المدرج في اللائحة 1/22 من اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية (القرار الوزاري رقم 4080489 وتاريخ 2/1/1439هـ). moh.gov.sa

[23] المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي. قرار بشأن إسقاط الجنين المشوه خلقيًا، في الدورة الثانية عشرة، مكة المكرمة، 15–22 رجب 1410هـ (10–17 فبراير 1990م). والنص منشور في موقع فقه. fiqh.islamonline.net

[24] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 39 (1/5) بشأن تنظيم النسل. الدورة الخامسة، الكويت، 1–6 جمادى الأولى 1409هـ / 10–15 ديسمبر 1988م. iifa-aifi.org

[25] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 55 (6/6) بشأن البييضات الملقحة الزائدة عن الحاجة. الدورة السادسة، جدة، 17–23 شعبان 1410هـ / 14–20 مارس 1990م. iifa-aifi.org

[26] نظام وحدات الإخصاب والأجنة وعلاج العقم، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/76) وتاريخ 21/11/1424هـ، ولائحته التنفيذية، ولا سيما اللائحة 2/5. وزارة الصحة. moh.gov.sa

[27] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 203 (9/21) بشأن الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري (المجين). الدورة الحادية والعشرون، الرياض، 15–19 محرم 1435هـ / 18–22 نوفمبر 2013م. iifa-aifi.org

[28] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 56 (7/6) بشأن استخدام الأجنة مصدرًا لزراعة الأعضاء. الدورة السادسة، جدة، 17–23 شعبان 1410هـ / 14–20 مارس 1990م. iifa-aifi.org

CC BY-NC-ND 4.0

[29] نظام الحماية من الإيذاء، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/52) وتاريخ 15/11/1434هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/72) وتاريخ 6/8/1443هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[30] نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 9/2/1443هـ، المعدل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 5/9/1444هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[31] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة. الدورة التاسعة عشرة، الشارقة، 1–5 جمادى الأولى 1430هـ / 26–30 أبريل 2009م. iifa-aifi.org

[32] World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: WHO; 2022. ISBN 9789240048737. who.int

[33] De Backer J, Haugaa KH, Hasselberg NE, de Hosson M, Brida M, Castelletti S, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. Eur Heart J. 2025;46(43):4462–568. doi:10.1093/eurheartj/ehaf193

[34] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 250 (12/25) في حكم إجهاض الحمل الناتج عن الاغتصاب (إرجاء البت). الدورة الخامسة والعشرون، جدة، 29 رجب – 3 شعبان 1444هـ / 20–23 فبراير 2023م. iifa-aifi.org

[35] وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للإذن الطبي. الطبعة الأولى، 1440هـ/2019م (أُعلن في 12 ربيع الآخر 1441هـ / 9 ديسمبر 2019م)، ص 20. moh.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0