الباب الخامس

أخلاقيات الأورام والسرطان

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات الأورام والسرطان». 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 الثامن والعشرون

أخلاقيات الأورام والسرطان

مقصد التدخل والمنفعة المطلقة • إبلاغ التشخيص في السياق الأسري السعودي • العلاج في آخر الخط وقيمة الأمل • سلامة العلاج المضاد للسرطان • التجارب السريرية والوهم العلاجي • الأدوية عالية الكلفة والسمية المالية • الانتقال إلى الرعاية التلطيفية • أربع حالات 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 الخامس: أخلاقيات التخصصات السريرية • الجمهور المقصود: أطباء الأورام وأمراض الدم والجراحة والأشعة العلاجية، وممرضو الأورام وصيادلتها، وفرق الرعاية التلطيفية، وطلاب العلوم الصحية، وأعضاء لجان الأخلاقيات • الفصل الأم لـ: إبلاغ تشخيص السرطان في السياق الأسري السعودي، ومقصد العلاج المضاد للسرطان والموافقة المستمرة عليه، والعلاج في آخر الخط وقيمة الأمل، وسلامة إعطاء العلاج المضاد للسرطان، ومشاركة مرضى السرطان في التجارب السريرية، ومناقشة كلفة أدوية السرطان عالية الثمن مع المريض، والانتقال من العلاج المضاد للورم إلى الرعاية التلطيفية • يحيل إلى: الفصول 2، 3، 4، 5، 7، 8، 11، 13، 18، 19، 21، 22، 24، 37، 40، 41، 42، 43، 46، 48، 49 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

تتميز الأورام بكثرة المفترقات التي لا يكفي فيها الدليل الطبي وحده: تشخيص يغيّر حياة الإنسان، واحتمالات لا يقين فيها، وعلاجات قد تشفي وقد تطيل الحياة زمنًا محدودًا، وسمية مرتفعة، وكلفة كبيرة، وحضور قوي للأسرة والأمل والخوف. لذلك تكون جودة التواصل جـزءًا من جـودة العلاج، لا مهارة تجميلية.

ويبني الفصل موقفـه على خمس قواعـد. الأولى أن يُسـمّى مقصـد كـل تـدخل قبـل الحـديث عن دوائـه: شـفاء، أو خفض نكس، أو سـيطرة، أو تلطيـف؛ وأن تُعـرض المنفعـة المطلقـة لا النسـبية. والثانية أن الأسرة في السياق السـعودي شـريك في الـدعم بـإذن المـريض، لا بـديل عنـه مـا دام قادرًا؛ فيُسأل المريض عن قدر ما يريد معرفته ومن يريد إشراكه، ويُحـترم تفويضـه إن فـوّض، ولا يُبنى علاج على كذب. والثالثة أن الأمل لا يُصان بالعلاج عديم النفع؛ فالعلاج في آخـر الخـط يُقـاس بمنفعتـه للمـريض، والأمـل الـواقعي يتحـول من الشـفاء إلى مـا يمكن تحقيقـه: ضـبط الأعـراض، والوقت ذو المعنى، والكرامة. والرابعة أن التجربة السريرية خيار قد يناسب المريض، لكنها ليست علاجًا مضمونًا، ويلزم تبديد الوهم العلاجي والإفصاح عن تضـارب المصـالح. والخامسـة أن الكلفـة تُناقش بصدق، والقيمة تُقاس بحجم الفائدة والسمية، وتُدار الندرة بمعايير معلنة لا بحرمـان خفي، وأن التلطيف يُدمج مبكرًا بالتوازي مع العلاج لا بعد انقطاعه.

ويتناول الفصل ذلك بنموذج الأركان الأربعة، ويختمه بأدوات عملية وأربـع حـالات: تفـويض الأسـرة في المعلومات مع علاج شفائي، وطلب خط علاجي رابع بعد تراجع الأداء، وتجربة المرحلـة الأولى أملًا أخيرًا، ودواء مرتفع الكلفة بفائدة هامشية.

كلمات مفتاحية: أخلاقيات الأورام؛ إبلاغ التشخيص؛ الاستقلال العلائقي؛ مقصـد العلاج؛ المنفعـة المطلقة؛ العلاج في آخر الخـط؛ الأمـل الـواقعي؛ الـوهم العلاجي؛ السـمية الماليـة؛ سـلامة العلاج المضاد للسرطان؛ الرعاية التلطيفية المبكرة؛ القرار 67 (5/7)؛ المادة الثامنة عشرة.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

قدّرت الوكالة الدولية لبحوث السرطان في تقديرات GLOBOCAN 2024 نحو 20.6 مليون حالة سرطان جديدة و9.8 ملايين وفاة في العالم عام 2024م، وتتوقع أن تبلغ الحـالات الجديـدة 34.4 مليونًا بحلول 2050م، بزيادة 67% [1]. وأقرب من ذلك إلينا تقرير السجل السعودي للسـرطان لعام 2023م، وفيه سُجلت 25,864 حالـة جديـدة، منهـا 20,496 لسـعوديين، 58.2% منهـا لـدى الإناث. وبلغ المعدل المعياري للعمر بين السعوديين 135.1 لكل مئة ألف للذكور و172.0 للإنـاث، وكـان سـرطان الثـدي ثم القولـون والمسـتقيم ثم الغـدة الدرقيـة الأكـثر شـيوعًا بين البـالغين السعوديين [2]. وهذه أرقام للتخطيط، لا يُتنبأ بها بمآل شخص بعينه يجلس أمامك.

ويتميز السياق السعودي بثلاثة أمور. الأول حضور الأسرة القوي في الرعاية، وطلبهـا أحيانًـا حجب التشخيص عن المريض خوفًا عليه. والثاني نص نظامي خاص هو الفقرة الثانية من المـادة الثامنـة عشرة من نظـام مزاولـة المهن الصـحية، الـتي تعطي الطـبيب تقـديرًا في إبلاغ حقيقـة الأمـراض

CC BY-NC-ND 4.0

المستعصية. والثالث مرجعية فقهية تجعل حكم التداوي تابعًا لحال المريض ونفع العلاج، وتوجب تقوية معنويات المريض في الحالات الميؤوس منها.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

في إبلاغ التشخيص محليًا. تدل الدراسات السعودية على أن أكثر مرضى السرطان يريدون معرفة تشخيصهم، وأن الممانعة تأتي غالبًا من الأسرة لا من المريض [3، 4] (انظر الفصل 8). وفي دراسة نوعية سعودية (2025م) واجه الاستشاريون المشاركون جميعًا طلبات أسرية لإخفاء التشخيص، ووصفوها توترًا متكررًا يُحل غالبًا باجتهاد شخصي، لا بإرشاد مؤسسي [5].

في فهم مقصد العلاج. وجدت دراسة Weeks وزملائه أن 69% من مرضى سرطان الرئة المنتشر و81% من مرضى سرطان القولون المنتشر الذين تلقوا علاجًا كيميائيًا لم يذكروا فهمًا بأنه غير مرجح أن يشفيهم [6]. فهل معنى ذلك أنهم كانوا سيرفضون العلاج لو عرفوا؟ لا تقول النتيجة هذا، وإنما تقول إن الموافقة قد تكون ناقصة إذا لم يُسمَّ الهدف بوضوح.

في المحادثة المنظمة. في تجربة عنقودية بمعهد Dana-Farber شملت 91 ممارسًا و278 مريضًا، أدى برنامج محادثات المرض الخطير إلى محادثات أكثر وأبكر وأجود توثيقًا (96% مقابل 79% في التوثيق) [7]. أما في التحليل المقابل للنتائج فلم تتحسن النهايات الأولية، وهي الرعاية المتسقة مع الأهداف والسكينة في آخر الحياة، على نحو حاسم؛ ولكن انخفضت أعراض القلق والاكتئاب المتوسطة والشديدة لدى مرضى التدخل [8]. وفي هذا مثال على أن استنتاجات الدراسة لا ينبغي أن يُبالغ فيها. وتوصي إرشادات الجمعية الأمريكية لطب الأورام السريري (ASCO) بمعلومات في الوقت المناسب، بسيطة ومباشرة، مع استكشاف فهم المريض والاستجابة لعاطفته، وبيان ما إذا كان الهدف شفاءً أو إطالة حياة أو تحسين جودة [9].

في الأمل. في دراسة على 194 من آباء أطفال مرضى بالسرطان، ارتبط الإفصاح الأوفى عن المآل بأمل أكبر مصدره التواصل، حتى حين كان المآل سيئًا [10]. صحيح أن العينة من الآباء لا من المرضى البالغين، ولكن دلالتها تنقض الافتراض الشائع بأن الحقيقة تقتل الأمل.

في السلامة والتلطيف. حدّثت ASCO وجمعية تمريض الأورام (ONS) معايير سلامة إعطاء العلاج المضاد للسرطان عام 2024م، فأضافت نقطة تحقق رابعة، ووسّعت المعايير لتشمل الإعطاء المنزلي والعلاجات الخلوية والمحددات الاجتماعية والخصوبة [11]. وبنى تحديث ASCO للرعاية التلطيفية (2024م) توصياته على 52 دراسة، وأوصى بإحالة مبكرة بالتوازي مع العلاج المضاد للسرطان، لا بعد انتهائه [12].

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصل هذه الأدبيات في إطار نموذج الأركان الأربعة (انظر الفصل 4)، ثم يضيف إليها ثلاثة أمور: تنزيل تقدير الطبيب في المادة الثامنة عشرة على عيادة الأورام حين يفوّض المريض أسرته؛ ومعيارًا للعلاج في آخر الخط يصون الأمل من غير علاج عديم النفع؛ ومسارًا لمناقشة الكلفة والتجارب السريرية مع المريض نفسه، لا من وراء ظهره.

المشكلة والسؤال المركزي

يتنازع الفريقَ في الأورام ضغطان متقابلان، يعرفهما كل من وقف عند سرير مريض بالسرطان: ضغط نحو المزيد (خط علاجي آخر، دواء أحدث، تجربة أخيرة) يحمله الأمل والخوف وأحيانًا المصلحة، وضغط نحو الحجب (كتمان التشخيص، تأجيل الحديث عن المآل، تجنب ذكر الكلفة)

CC BY-NC-ND 4.0

تحمله الشفقة والحرج. والسؤال المركزي: **كيف يقدم الفريق علاجًا له مقصد واضح ومنفعة متناسبة، ويقول الحقيقة للمريض برفق في بيئة أسرية حاضرة، ويصون أمله دون وعد كاذب، ثم ينتقل معه إلى التلطيف حين يغلب العبء؟**

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يسمّي القارئ مقصد العلاج ويعرض منفعته المطلقة؛ وأن يدير إبلاغ التشخيص بإشراك الأسرة من غير إقصاء المريض؛ وأن يعرف متى يتوقف العلاج المضاد للورم؛ وأن يحمي المريض في التجارب السريرية؛ وأن يناقش الكلفة بصدق؛ ثم أن ينزّل ذلك كله على حالات تطبيقية.

ولا يعيد الفصل بسط ما له فصل أم: فالإذن والأهلية والقرار 67 (5/7) والمادة التاسعة عشرة في الفصل 5، وحكم التداوي والقواعد الكلية في الفصل 2، والسر والبيانات في الفصل 7، والمادة الثامنة عشرة بفقرتيها والإفصاح عن الخطأ في الفصل 8، والثقافة العادلة والإبلاغ عن الحوادث في الفصل 11، والعلاقة مع الشركات في الفصل 18، والتأمين والموافقة المسبقة في الفصل 19، والوراثة وإبلاغ الأقارب في الفصل 24، وتوزيع الموارد الشحيحة على مستوى النظام في الفصل 37، وعدم الإنعاش في الفصل 41، والجدوى في الفصل 42، والرعاية التلطيفية والتهدئة التلطيفية في الفصل 43، والقتل الرحيم في الفصل 46، وأخلاقيات البحث ونظامه في الفصل 48، والعلاج خارج النشرة في الفصل 49.

أولًا: الركن الطبي

1-1 السرطان ليس حكمًا واحدًا

تختلف الأخلاق باختلاف نوع الورم ومرحلته وحساسيته للعلاج وحال المريض. فقد يكون مرض منتشر، مثل ورم الخلية الجرثومية أو بعض اللمفومات، قابلًا للشفاء، ويكون ورم آخر موضعيًا لكنه شديد الخطورة. لذلك لا يجوز اختزال القرار في كلمة «متقدم» أو «ميؤوس منه»، بل يلزم تحديد قابلية الشفاء أو السيطرة، وحجم الفائدة، واليقين المحيط بها.

جدول 1-1: مقصد التدخل وما يجب ألا يغيب عن المريض

قصد التدخل	المعنى العملي	المعلومة التي يجب ألا تغيب
شفائي	إزالة المرض مع فرصة معتبرة للشفاء	احتمال الشفاء، وسمية العلاج، وأثر عدم العلاج
مساعد بعد العلاج الموضعي	خفض احتمال النكس بعد الجراحة أو الأشعة	المنفعة المطلقة لا النسبية فقط
تمهيدي قبل العلاج الموضعي	تصغير الورم وتحسين إمكان الجراحة أو حفظ العضو	معيار الاستجابة وخطة ما بعده
سيطرة وإطالة حياة	تأخير التقدم أو تخفيف الأعراض دون وعد بالشفاء	مدة الفائدة المتوقعة ونوعية الحياة
تلطيف عرضي	تخفيف ألم أو نزف أو انسداد	سرعة النفع وعبء التدخل

CC BY-NC-ND 4.0

قصد التدخل	المعنى العملي	المعلومة التي يجب ألا تغيب
	أو ضيق	
مراقبة نشطة	تأجيل العلاج مع متابعة منظمة	علامات البدء وحدود أمان الانتظار

1-2 من التشخيص إلى الخطة: المنفعة المطلقة

يبدأ القرار الصحيح بتثبيت التشخيص النسيجي حين يلزم، وتحديد المرحلة والحالة الوظيفية والأمراض المصاحبة، ومراجعة الصور والواسمات الجزيئية ذات الدلالة. ثم يناقش فريق متعدد التخصصات الحالات المعقدة، ولا سيما حين تتنافس الجراحة والأشعة والعلاج الجهازي أو يغيّر ترتيبها النتيجة.

ولا يكفي ذكر نسبة الاستجابة. يجب تحويل الدليل إلى معنى للمريض: كم يُتوقع أن يخفض العلاج احتمال النكس؟ كم قد يضيف إلى البقاء الوسيط؟ هل توجد فئة صغيرة تستفيد طويلًا؟ وما احتمال السمية الشديدة أو العقم أو الاعتلال العصبي أو ضعف القلب؟ فقول «يخفض الخطر ثلاثين في المئة» قد يعني نقطتين مئويتين أو خمس عشرة نقطة بحسب الخطر الأساسي. وتقدم أداة الجمعية الأوروبية لطب الأورام لقياس حجم المنفعة السريرية (ESMO-MCBS، الإصدار 2.0) تدريجًا منضبطًا لحجم الفائدة مع اعتبار السمية، يحد من الضجيج التسويقي [13]. وهي تعين الحكم الفردي ولا تحل محله.

1-3 العلاج في آخر الخط: متى يتوقف العلاج المضاد للورم؟

يُعاد تقويم العلاج عند كل دورة أو نقطة تصوير محددة: استجابة الورم، والأعراض، والأداء الوظيفي، والسمية، وأهداف المريض. ويجوز الاتفاق على تجربة علاجية محددة الزمن حين تكون المنفعة غير يقينية، بشرط وضع معيار للبدء والوقف مسبقًا.

وقد جعلت ASCO في قائمتها الأولى لـ«الاختيار الحكيم» في الأورام أول بنودها ألا يُستعمل علاج موجه للسرطان لمرضى الأورام الصلبة الذين اجتمع فيهم: أداء وظيفي منخفض (3 أو 4 على مقياس ECOG)، وعدم الاستفادة من تدخلات سابقة مبنية على الدليل، وعدم الأهلية لتجربة سريرية، وغياب دليل قوي على قيمة علاج إضافي [14]. وفي دراسة Prigerson وزملائها على 312 مريضًا بسرطان منتشر متقدم، لم يرتبط العلاج الكيميائي في الأشهر الأخيرة بتحسن جودة الحياة قرب الوفاة في أي فئة أداء، وارتبط بجودة أسوأ لدى ذوي الأداء الجيد [15].

والخلاصة الطبية أن استمرار العلاج لمجرد أن «هناك دواءً آخر» يشوش الهدف ويؤخر رعاية أنفع. ويبقى القرار فرديًا: فبعض الأورام شديدة الحساسية للعلاج، وبعض الطفرات القابلة للاستهداف، قد تعكس تدهورًا يبدو نهائيًا؛ فلا يُختزل القرار في رقم الأداء وحده، ولا يُترك رقم الأداء خارج الحساب.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: متى يتوقف العلاج المضاد للورم: الشروط الأربعة المجتمعة، وحدود رقم الأداء، وما ينتقل إليه الواجب.

1-4 سلامة العلاج المضاد للسرطان

العلاجات المضادة للسرطان أدوية عالية الخطورة، ويزداد احتمال الضرر مع الجرعات المحسوبة بالوزن أو مساحة الجسم، وتغير وظائف الكبد والكلى، وتشابه الأسماء، وتعدد طرق الإعطاء، وتكرار الدورات. ولذلك تنقل معايير ASCO–ONS السلامة من يقظة الفرد إلى نظام تحقق متعدد يشمل الوصف والتحضير والإعطاء والمتابعة [11]. ومن هندسة الأمان الفصل المادي بين طرق الإعطاء، لأن الخطأ في الطريق في بعض الأدوية يكاد يكون قاتلًا.

جدول 1-2: نقاط الأمان والحد الأدنى العملي

نقطة الأمان	الحد الأدنى العملي
قبل الوصف	تشخيص ومرحلة وهدف موثق؛ طول ووزن حديثان؛ وظائف الأعضاء؛ الحساسية؛ التداخلات؛ الجرعات القصوى
قبل التحضير	أمر علاجي كامل موحد؛ مطابقة الدواء والبروتوكول والدورة؛ صيدلي أورام مؤهل
قبل الإعطاء	معرّفان للمريض؛ تحقق مستقل؛ الطريق والزمن؛ نتائج المختبر؛ خطة ما قبل العلاج والإنقاذ
بعد الإعطاء	تثقيف بعلامات السمية المنذرة؛ رقم اتصال؛ خطة تحاليل؛ توثيق الانحرافات والحوادث القريبة
العلاج الفموي والمنزلي	مراجعة الالتزام والتداخلات والتخزين؛ جدول مكتوب؛ منع إعادة الصرف الآلي دون تقويم

CC BY-NC-ND 4.0

وأما ما بعد وقوع الخطأ من إفصاح وإبلاغ وتحليل وتعلم فأمّه الفصلان 8 و11؛ وحسب هذا الفصل أن الأولوية للإنقاذ ثم للإفصاح المبكر الصادق. ويدعم إطار CANDOR الإفصاح المبكر والتحقيق المنصف والحل [16].

1-5 الإدماج المبكر للرعاية التلطيفية

الرعاية الداعمة تبدأ مع التشخيص: ضبط الألم والغثيان والتغذية والنوم والقلق، والوقاية من العدوى والجلطات حين تدل الإرشادات، ومعالجة الضيق الروحي والاجتماعي والمالي. وتجعل منظمة الصحة العالمية هدف علاج ألم السرطان خفضه إلى مستوى يسمح بنوعية حياة مقبولة، مع اختيار المسكن بحسب شدة الألم واستجابة المريض [17].

وتوصي ASCO بإحالة مرضى الأورام الصلبة المتقدمة وأورام الدم المتقدمة مبكرًا إلى فرق تلطيف متعددة التخصصات بالتوازي مع العلاج المضاد للسرطان [12]. وفي تجربة Temel العشوائية على سرطان الرئة غير صغير الخلايا المنتشر تحسنت جودة الحياة والمزاج، وقلّت الرعاية العدوانية قرب الوفاة، مع إدماج التلطيف مبكرًا [18]. ولا تُعمم نتائج تجربة واحدة على كل سرطان، لكن النموذج ينقض مساواة التلطيف بالاستسلام. فالانتقال إلى التلطيف في الأورام ليس لحظة «إيقاف» بل تبدّل في الوزن النسبي: يتراجع العلاج المضاد للورم ويتقدم ضبط الأعراض ودعم الأسرة، وقد يجتمعان زمنًا طويلًا. وتفصيل الرعاية التلطيفية والتهدئة التلطيفية في الفصل 43.

واختبار الورم لا يغني عن الاختبار الجرثومي. فقد يكشف تحليل الورم متغيرًا يوحي باستعداد موروث ولا يثبت الوراثة؛ فيلزم اختبار تأكيدي وتاريخ عائلي واستشارة قبلية وبعدية. وقد يظهر متغير غير محسوم الدلالة، ولا يصح أن يقود وحده إلى جراحة وقائية.

1-6 الخصوبة والوراثة والفئات الخاصة والنجاة

الخصوبة. توصي ASCO في تحديث 2025م، المبني على 166 دراسة، بتقييم مخاطر الخصوبة ومناقشتها عند التشخيص وخلال النجاة، وبمناقشة وسائل الحفظ قبل بدء العلاج الموجه للسرطان، وإحالة المهتم إلى المختص [19]. ولا يضمن الحفظ إنجابًا لاحقًا، ويجب بيان التأخير والكلفة والنجاح المتوقع، ومصير العينة، والتكييف الشرعي لكل تقنية (انظر الفصل 21).

الوراثة. يختلف اختبار الورم الجزيئي عن الاختبار الوراثي الجرثومي، وقد يكشف الأول تغيرًا يوحي باستعداد موروث. وتوصي ASCO بتاريخ عائلي يشمل أقارب الدرجتين الأولى والثانية، وبعرض الاختبار الجرثومي على من تنطبق عليه معاييره بصرف النظر عن نتيجة اختبار الورم، وعلى من ظهرت في ورمه متغيرات ممرضة في جينات محددة [20]. وتفسير المتغيرات وإبلاغ الأقارب أمّه الفصل 24.

المسن. لا تكفي السن الزمنية لتقليل العلاج أو تكثيفه. ويوصي تحديث ASCO (2023م)، المبني على 26 منشورًا، بتقييم شيخوخي لمن بلغ 65 عامًا فأكثر ويتلقى علاجًا جهازيًا، يتناول الوظيفة الجسدية والإدراك والصحة الانفعالية والأمراض المصاحبة وتعدد الأدوية والتغذية والدعم الاجتماعي، ثم تدخلات موجهة لما يظهر من قصور [21]. والغاية ملاءمة العلاج لا التمييز العمري.

الحامل. تقرر إرشادات ASCO في السرطان أثناء الحمل أن الإذن فيه متعدد التخصصات وممتد عبر الزمن، وأن يُتجنب تعريض الجنين للعلاج الكيميائي السام للخلايا في الثلث الأول ما أمكن،

CC BY-NC-ND 4.0

مـع فريـق يضـم الأورام وطب الأم والجـنين وحـديثي الـولادة والأشـعة والصـيدلة [22]. ولا يجـوز تحويل الحمل إلى سبب تلقائي لحرمان المرأة من معيار رعاية قريب من غـير الحامـل، ولا اتخـاذ القرار عن المرأة القادرة. وما يتصل بإنهاء الحمل لخطر على الأم أمّه الفصل 22.

الناجي. لا تنتهي حاجـة النـاجي عنـد آخـر جرعـة: مراقبـة النكس والسـرطانات الثانيـة، والآثـار المتأخرة، والصحة النفسـية والجنسـية والخصـوبة، والعـودة إلى العمـل. وتقـرر معـايير MASCC–ASCO (2024م) أن من يعيش بسرطان متقدم أو منتشر يحتاج رعاية نجاة خاصة به، لا أن يوضع بين مسارين منفصلين للعلاج والتلطيف [23].

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 إبلاغ التشخيص في السياق الأسري السعودي

تنشأ المعضلة كثيرًا حين تطلب الأسرة ألا يُخبَر المريض بأنه مصاب بالسرطان. فمن أين تبـدأ؟ لا من المواجهـة، بـل من سـؤال الأسـرة: مـا الضـرر الـذي تخشـونه؟ ثم من سـؤال المـريض قبـل التفاصيل: كم تحب أن تعرف؟ ومن تحب أن يكون معك؟ فإن أراد المعرفة فله الحق في الحقيقة برفق. وإن اختـار بإرادتـه أن يتلقى أحـد أقاربـه التفاصـيل، وُثّـق اختيـاره واحتُـرم؛ فهـذا اسـتقلال علائقي يمارسه المريض، لا انتقاص منه.

وأصل هذا كله، وتوجيه الفقرة الثانيـة من المـادة الثامنـة عشـرة وضـوابطها السـتة، مبسـوط في فصل الصدق والإفصاح، ومنـه الحالـة 8/4 في أسـرة تطلب كتمـان ورم متقـدم لا يـرجى شـفاؤه (انظر الفصل 8، المبحث رابعًا، والحالة الرابعة). وما يُضاف هنا ثلاثة أمور تخص الأورام:

1. **التفويض لا يُسقط الحد الأدنى للإذن.** قد يفوّض المريض أسرته في تفاصيل المـآل والأرقـام، لكن العلاج المضـاد للسـرطان عمـل طـبي يشـترط رضـاه. فيلـزم أن يعلم هـو نفسه، بالقدر الذي يرضاه، أنه يتلقى علاجًا قويًا لمرض خطـير، ومقصـده، وأخطـر سـميته وما يفعله عند ظهورها. فـالتفويض يحـدد قـدر التفاصـيل ومن يتلقاهـا، ولا ينقـل الإذن إلى غيره ما دام قادرًا.
2. **التفويض يُراجع.** يُسأل المريض عند كل منعطف: بداية العلاج، والنكس، وتغير المقصـد من الشفاء إلى السيطرة، والانتقال إلى التلطيف. فمن لم يرد المعرفة في الأسبوع الأول قد يريدها بعد شهر.
3. **لا كذب في أي مرحلة.** يجوز التدرج والتأجيل المؤقت المعلل الموثـق، ولا يجـوز إيهـام المريض أن ورمه «التهاب» أو أن علاجه «فيتامينات». فالكذب يفسد الإذن، ويعطل تعاون المريض في الإبلاغ عن السمية، ويحرمه من الاستعداد لدينه ودنياه.

جدول 2-1: أخطاء تواصلية شائعة وبدائلها

خطأ تواصلي	البديل المهني
«لا تقلق، كل شيء بخير» مع مرض متقدم	أمل صادق: «لدينا ما نفعله للسيطرة على الأعراض والبحث عن أفضل خيار»
أرقام بقاء جامدة	نطاق زمني مع عدم اليقين، وما الذي قد يغير التقدير

CC BY-NC-ND 4.0

خطأ تواصلي	البديل المهني
إخبار الأسرة وحدها تلقائيًا	سؤال المريض عن تفضيله قبل أي تفويض
الخبر في ممر أو بالهاتف بلا تهيئة	مكان خاص، ووقت كاف، وحضور من يختاره المريض، وخطة تالية
«لم يبق لدينا ما نقدمه»	«العلاج المضاد للورم لم يعد ينفعك، وسنركز على راحتك ولن نتركك»

2-2 الأمل والحقيقة: الرجاء الواقعي

الخطأ الشائع أن يُعامل الأمل والحقيقة كأنهما ضدان، فيُشترى أحدهما بالآخر. والصواب أن للأمل موضوعات تتبدل مع المرض: الشفاء في البداية، ثم السيطرة الطويلة، ثم أيام خالية من الألم، أو حضور مناسبة عائلية، أو إتمام وصية، أو الموت في البيت. فوظيفتك يا أخي الطبيب أن تساعد مريضك على نقل أمله إلى ما يمكن تحقيقه، لا أن تُبقيه معلقًا بما لا يمكن. والدليل التجريبي المعروض في التمهيد يدل على أن الإفصاح الأوفى قد يدعم الأمل لا يقتله [10].

ويتفرع عن ذلك موقف أخلاقي من العلاج في آخر الخط: فعرض علاج عديم النفع «حفاظًا على الأمل» ليس رحمة، بل هو نقل للعبء من الطبيب إلى المريض؛ فالمريض يدفع السمية وزيارات المستشفى ووقته الأخير، والطبيب يتجنب محادثة صعبة. وفي المقابل، فإن سحب كل علاج دفعة واحدة مع عبارة «لا يوجد شيء آخر» تخلٍّ. والطريق بينهما أن يُقال بوضوح إن العلاج المضاد للورم لم يعد ينفع، ثم تُقدَّم معه خطة ملموسة لما سيُفعل.

2-3 الموافقة المستمرة والقدرة

معايير الأهلية والإذن والقرار المشترك مبسوطة في الفصل 5. والذي يخص الأورام ثلاثة أمور: أن الخوف أو البكاء لا يعنيان فقد القدرة؛ وأن الأسباب القابلة للعكس، كالهذيان والألم والدواء والعدوى وفرط الكالسيوم، تُعالج قبل الحكم بفقدها؛ وأن المعلومات تُعرض على دفعات مع طريقة «أعد الشرح بكلماتك»، ومع مترجم مؤهل لا قريب صغير.

والموافقة في الأورام عملية مستمرة، لا توقيع واحد يُحفظ في الملف. ويجب أن تشمل: التشخيص ودرجة اليقين؛ ومقصد العلاج؛ واحتمال المنفعة المطلقة؛ والسمية الشائعة والخطيرة والدائمة؛ والأثر على الخصوبة والوظيفة؛ والبدائل القياسية والبحثية؛ وخيار الرعاية الداعمة وحدها؛ والكلفة أو عوائق الوصول حين تؤثر في القرار. ويُعاد النقاش عند تغير المرحلة أو المقصد أو القدرة. والتوقيع لا يصحح شرحًا مبهمًا.

2-4 التجارب السريرية والوهم العلاجي

التجربة السريرية قد تكون أنسب خيار لمريض استنفد العلاج القياسي، وهي باب مشروع للأمل. ولكنها صُممت لإنتاج معرفة عامة، وقد تتضمن عشوائية أو جرعة غير مثبتة أو ذراعًا ضابطًا. وقد سمّى Appelbaum وزملاؤه خلط المشارك بين البحث والعلاج الفردي «الوهم العلاجي» [24]. ويشتد هذا الوهم في تجارب المرحلة الأولى، التي هدفها الأول غالبًا السلامة والجرعة، حين يدخلها مريض يراها أمله الأخير.

CC BY-NC-ND 4.0

فيلزم في عيادة الأورام أمور: فصل دور الباحث عن دور المعالج قدر الإمكان؛ وشرح المرحلة والهدف والبدائل، ومنها الرعاية التلطيفية وحدها؛ وتأكيد أن الرفض أو الانسحاب لا يُسقط الرعاية المعتادة؛ واختبار الفهم بإعادة الشرح؛ والإفصاح عن تمويل الجهة الراعية وأي علاقة مالية للطبيب. ويُقدَّم التلطيف بالتوازي مع التجربة، لا بعدها. ويقوم ذلك على إعلان هلسنكي في حماية المشاركين [25]، وعلى نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية ولجانه، وتفصيلهما في الفصل 48.

2-5 القيمة والكلفة والسمية المالية

ليس الأغلى أفضل دائمًا، ولا الأقل كلفة أعدل دائمًا. وأدوية السرطان الحديثة، كالعلاجات الموجهة والمناعية، قد تحقق منافع كبيرة في فئات محددة، وهامشية في غيرها. فاسأل عن كل دواء باهظ: ما حجم المنفعة المطلقة؟ أهي بقاء، أم جودة حياة، أم استجابة تصويرية (شعاعية) فقط؟ وهل يشبه مريضك المشاركين في الدراسة؟ وما السمية، وما البديل؟

وقد قررت ASCO أن مناقشة الكلفة مع المريض جزء من الرعاية عالية الجودة [26]. والصمت عنها قد يدفع المريض إلى ترك جرعات، أو الاستدانة، أو بيع ما يعول به أسرته. فتُبحث البدائل المكافئة، والمساعدة الاجتماعية، ومسار الاستثناء والاستئناف في التمويل، ولا يُخفض مستوى العلاج سرًا بناءً على افتراض قدرة المريض أو عجزه.

ويميز الفصل بين مستويين. الأول **مستوى المريض الواحد**، وهو موضوع هذا الفصل: أن يعرف المريض القيمة الحقيقية للدواء قبل أن يتحمل كلفته أو يطالب بها، وأن يجد طبيبًا يطلب له ما ينفعه بطلب معلل. **والثاني مستوى النظام**: معايير التغطية وقوائم الأدوية وتقييم التقنيات، وأمّه الفصل 37 في توزيع الموارد الشحيحة والفصل 19 في التأمين والموافقة المسبقة. والطبيب لا يُحمّل المريض صراع الجهات، ولا يجعل من نفسه حارس ميزانية عند سرير مريض بعينه؛ وإنما يعرض القيمة بصدق، ويسلك المسار المعلن للاستثناء.

2-6 تضارب المصالح والإعلان وجمع التبرعات

ارتباط الطبيب بشركة دواء أو جهاز أو مركز علاج خارجي يؤثر في الثقة، حتى لو اعتقد هو أنه محايد. فيُفصح عن العلاقة ذات الصلة، ويُمنع تلقي منفعة مقابل الوصف أو الإحالة، ويُعرض البديل المكافئ؛ وتفصيل ذلك في الفصل 18.

ولا يجوز استعمال قصة المريض أو صورته أو نجاح علاجه في إعلان أو حملة تبرعات إلا بموافقة منفصلة حرة محددة. فموافقته على العلاج ليست موافقة على النشر، والموافقة التي تُؤخذ تحت ضغط الحاجة إلى تمويل الدواء ليست حرة إن رُبطت بها الرعاية. ويُمنع في حملات التبرع تضخيم فائدة الدواء أو ضمان الشفاء.

2-7 العلاج التكميلي والادعاءات غير المثبتة

قد يلجأ المريض إلى أعشاب أو أغذية أو ممارسات روحية. والموقف المهني ليس السخرية ولا التسليم، وإنما أن يُسأل عما يستعمله، ويُفحص التداخل والسمية والكلفة، ويُميَّز بين ممارسة داعمة لا تؤخر العلاج وبديل يزعم الشفاء بلا دليل. وفي دراسة رصدية سعودية منشورة في المجلة الصحية لشرق المتوسط تابعت 20 مريض سرطان رفضوا العلاج المعتاد واستعملوا بول الإبل، لم تُلحظ فائدة سريرية لدى أي منهم، وأصيب اثنان بالحمى المالطية، وعاد أحد عشر منهم

CC BY-NC-ND 4.0

إلى العلاج المعتاد [27]. ولا يجوز للطبيب أن يروّج منتجًا له فيه منفعة، ولا أن يستعمل سلطته ليضفي مصداقية على ادعاء غير مختبر.

وأخطر ما يقع في عيادة الأورام ليس خطأً في الدواء، بل خطأ في المعنى: هدف علاجي لا يُسمّى فيظن المريض أن السيطرة شفاء، ورقم استجابة يُعرض بدل المنفعة ذات المعنى، وأمر عدم إنعاش يُقرأ وقفًا لكل علاج، وموافقة تُوقَّع تحت ضغط الخوف أو الكلفة أو الأسرة.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 حكم التداوي في السرطان

حكم التداوي وأقسامه الخمسة مبسوط في الفصل 2 (المبحث رابعًا)، ونص القرار 67 (5/7) وشرط الإذن فيه في الفصل 5 (المبحث ثالثًا). وخلاصته أن الأصل في التداوي المشروعية، ويكون واجبًا إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو أحد الأعضاء أو العجز، ومندوبًا ومباحًا ومكروهًا بحسب الحال، مع اشتراط إذن المريض تام الأهلية في غير الإسعاف [28].

وتنزيله على الأورام أن الحكم لا يُبنى على اسم «كيميائي» أو «سرطان»، بل على تقرير متخصص للحالة. فيقرب العلاج من الوجوب إذا غلب على الظن أنه ينقذ الحياة أو يمنع عجزًا كبيرًا وكان ضرره متناسبًا، كالعلاج الشفائي في لمفوما قابلة للشفاء. ويكون مندوبًا أو مباحًا حين تكون المنفعة محدودة أو متفاوتة، كخط علاجي يطيل الحياة أسابيع بسمية معتبرة. ويُشرع تركه إذا غلب ضرره أو ثبت عدم جدواه. ووجوب التداوي ديانة على المريض لا ينشئ لغيره ولاية على بدنه؛ فرفض القادر يُحترم بعد التبصير (انظر الحالة 2/3 في الفصل 2).

3-2 الأمل والفأل والصدق

الأمل في الشريعة عبادة قلبية لا تعلق بدواء بعينه: ﴿وَلَا تَيْأَسُوا مِن رَّوْحِ اللَّهِ﴾ [يوسف: 87]. وقال النبي ﷺ: «ما أنزل الله داء إلا أنزل له شفاء» [29]، وقال: «لا عدوى ولا طيرة، ويعجبني الفأل»، وفسّر الفأل بالكلمة الطيبة [30]. فالكلمة الطيبة مطلوبة في عيادة الأورام، لكنها لا تكون كذبًا؛ لأن الفأل حسن ظن بالله، والكذب إيهام بخلاف الواقع.

وقد أوجب القرار 67 (5/7) في الحالات الميؤوس منها: «على الأطباء وذوي المرضى تقوية معنويات المريض، والدأب في رعايته وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه» [28]. وفي النص ثلاث دلالات للأورام: أن تقوية المعنويات واجب مستمر لا ينقطع بانقطاع رجاء الشفاء؛ وأن الرعاية وتخفيف الألم لا تسقط بسقوط العلاج المضاد للورم؛ وأن تقوية المعنويات مقرونة بالدأب في الرعاية، لا بعلاج عديم النفع. وجعل القرار تقدير اليأس لتقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاحة في كل زمان ومكان [28]، فلا يُحكم باليأس بلا تقييم متخصص.

والكذب على المريض في حقيقة مرضه محرم، والتورية لا تُشرع فيما يفوّت عليه حقًا؛ وتأصيل ذلك في الفصل 8 (المبحث ثالثًا). ويتأكد الصدق في الأورام بمقصد حفظ الدين: فللمريض حق الاستعداد والوصية ورد المظالم وقضاء الديون، ولا يتم له ذلك وهو يُوهم بالشفاء.

CC BY-NC-ND 4.0

3-3 ترك العلاج غير النافع والانتقال إلى التلطيف

إذا غلب على الظن أن خطًا علاجيًا جديدًا لا ينفع، أو أن ضرره يغلب نفعه، لم يجب على المريض، ولم يلزم الطبيب أن يقدمه؛ لأن التداوي شُرع لجلب النفع ودفع الضرر، و«درء المفاسد مقدم على جلب المصالح». وليس ترك هذا العلاج تركًا للمريض؛ فالواجب ينتقل إلى تخفيف الألم وتقوية المعنويات والدأب في الرعاية بنص القرار. ولا يُفهم التحول إلى التلطيف يأسًا من رحمة الله؛ فالأسباب المشروعة تتبدل، والرجاء باقٍ.

والتسكين بجرعة مهنية مقصودها تخفيف الألم جائز ولو وُجد خطر متوقع غير مقصود يمكن تقليله؛ فالعبرة بالقصد والتناسب («الأمور بمقاصدها»). أما جرعة بقصد إنهاء الحياة فمحرمة ولو طلبها المريض. وتحظر المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية «إنهاء حياة أي مريض ميؤوس من شفائه طبيًا، ولو كان بناءً على طلبه أو طلب ذويه» [31] (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). وضوابط التهدئة التلطيفية في الفصل 43، والقتل الرحيم في الفصل 46.

3-4 المال والعلاج الباهظ

حفظ المال من الضروريات الخمس، وإن تأخر في الرتبة عن حفظ النفس عند التزاحم (انظر الفصل 3). فإذا لم يتعلق إنقاذ النفس بالدواء، وكانت منفعته هامشية مظنونة، لم يُلزَم المريض ولا أسرته شرعًا ببذل مال يجحف بهم؛ إذ يكون التداوي حينئذ في رتبة المباح أو دونه. ولا يُمنعون من البذل إن اختاروه عن علم. والواجب على الطبيب في الحالين الصدق في بيان القيمة، لأن تضخيم المنفعة لبيع دواء باهظ تغرير. وأما عدالة التوزيع بين المرضى على مستوى الموارد العامة فأمّها الفصل 37.

3-5 المشاركة في التجارب والعلاج التكميلي

المشاركة في التجربة السريرية بذلٌ لمصلحة عامة بتحمل خطر منضبط، مع رجاء نفع خاص، ومناطها الإذن الحر المستنير وتناسب المخاطر؛ وتأصيلها في الفصل 48. والرقية الشرعية والدعاء دعم روحي مشروع إذا خلوا من المخالفة والاستغلال، ولا يُقدمان بديلًا مضمونًا عن علاج نافع؛ فالتوكل لا ينافي الأخذ بالأسباب. ولا يجوز تعليق الشفاء على شخص أو مادة، ولا استغلال حاجة المريض ماليًا.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 المادة الثامنة عشرة: إبلاغ حقيقة المرض

توجب الفقرة الأولى من المادة الثامنة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية على الممارس شرح الوضع العلاجي وآثاره وتحذير المريض أو ذويه من خطورة عدم اتباع ما يحدده لهم. وتعطي الفقرة الثانية الطبيبَ في الأمراض المستعصية أو المهددة للحياة أن يقدّر، وفق ما يمليه ضميره، مدى ملاءمة إبلاغ المريض أو ذويه بحقيقة المرض، ما لم يكن المريض قد حظر ذلك أو عيّن شخصًا أو أشخاصًا يقتصر الإبلاغ عليهم [31]. ونصها وتوجيهها بضوابطها الستة في الفصل 8 (المبحث رابعًا، المطلب 4-2).

CC BY-NC-ND 4.0

والمضاف هنا أن السرطان المتقدم هو أكثر ما تنطبق عليه الفقرة الثانية في الممارسة، وأن قيدها النظامي («ما لم يكن المريض قد حظر ... أو عيّن») يجعل سؤال المريض المبكر عن تفضيلاته في المعلومات وعمن يريد إشراكه هو الطريق النظامي لإعمالها. فإذا عيّن المريض ابنه، اقتصر الإبلاغ عليه في التفاصيل؛ وبقي رضا المريض نفسه شرطًا للعلاج بمقتضى المادة التاسعة عشرة.



شكل: مسار طلب الأسرة إخفاء التشخيص: سؤال المريض أولًا، ثم الإبلاغ برفق أو التفويض بحدوده.

4-2 الرضا والرفض

تشترط المادة التاسعة عشرة رضا المريض للعمل الطبي، ولا تستثني إلا الحالات الإسعافية التي يتعذر فيها الحصول على الموافقة في الوقت المناسب [31]؛ وتفصيلها وصلتها بالقرار 184 (10/19) في الفصل 5 (المبحث رابعًا). وفي الأورام يترتب على ذلك أن الأسرة لا توقّع عن مريض قادر، وأن تفويض المريض أسرته في المعلومات لا يغني عن رضاه بالعلاج، وأن الرفض المستنير يُوثّق مع بقاء الرعاية الداعمة وباب العودة مفتوحًا.

4-3 عدم الإنعاش وحدود التصعيد

تقوم السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش على أن القرار يخص عدم بدء الإنعاش القلبي الرئوي عند التوقف، ويُتخذ بضوابط سريرية وفقهية ويوثق ويُراجع [32]؛ وتفصيلها ومستندها الفقهي في فتوى اللجنة الدائمة رقم (12086) في الفصل 41. وما يخص الأورام أنه لا يكفي وصف «مرحلة رابعة» لقرار عدم الإنعاش، بل يلزم بيان عدم جدواه لهذه الحالة، ومناقشة المريض أو من يمثله بالقدر المناسب. وأمر عدم الإنعاش لا يساوي عدم إدخال العناية أو عدم إعطاء مضاد حيوي أو إيقاف العلاج المضاد للورم؛ فلكل تدخل قرار مستقل.

CC BY-NC-ND 4.0

4-4 البحث السريري

يحكم البحث على الإنسان في المملكة نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 14/9/1431هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (321) وتاريخ 13/9/1431هـ [33]. ويشترط موافقة لجنة أخلاقيات البحث المحلية والموافقة المستنيرة للمشارك؛ وتفصيل مواده ولائحته وتعديلاتها في الفصل 48. وحسب عيادة الأورام أن تفصل بوضوح بين التسجيل في دراسة معتمدة وبين الاستعمال العلاجي خارج النشرة، الذي أمّه الفصل 49.

4-5 السر والبيانات

البيانات الصحية والجينية من البيانات الحساسة في نظام حماية البيانات الشخصية [34]، وأحكام السر واستثناءاته مبسوطة في الفصل 7. والمعنى التطبيقي في الأورام أن ملف المريض يجمع تشخيصًا قد يؤثر في العمل والزواج، مع صور ونتائج جينية؛ فلا تُشارك المعلومة مع قريب لمجرد القرابة، بل بإذن المريض أو في حدود ما يجيزه النظام.

4-6 حقوق المريض وخلاصة المتطلبات

تؤكد وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى الصادرة عن وزارة الصحة حق المريض في الإلمام بالمعلومات المتعلقة بحالته بلغة مفهومة، والمشاركة في الخطة، والرأي الثاني، والشكوى [35].

جدول 4-1: المتطلبات النظامية وأثرها في الأورام

المسألة	المطلب النظامي أو الإجرائي	أثره في الأورام
بدء العلاج	رضا المريض أو من يمثله إذا لم يُعتد بإرادته؛ استثناء إسعافي ضيق	لا جرعة ولا إجراء بتوقيع الأسرة مع قدرة المريض
الإبلاغ	تقدير الطبيب في المرض المستعصي مقيد بحظر المريض أو تعيينه	وثّق تفضيل المعلومات، ولا تعد بالشفاء
التجربة	لجنة أخلاقيات بحث وموافقة مستنيرة وبروتوكول ورصد	افصل البحث عن العلاج القياسي
عدم الإنعاش	سياسة وطنية وقرار سريري موثق	لا يُسقط التلطيف ولا العلاج المتناسب
البيانات	حماية خاصة للبيانات الحساسة	ضبط الوصول إلى الصور والجينوم والعينات
الخطأ	علاج وإفصاح وإبلاغ وتحليل	يحال إلى الفصلين 8 و11

CC BY-NC-ND 4.0

خامسًا: أدوات عملية

5-1 محادثة التشخيص أو التقدم

1. هيئ المكان، وراجع الحقائق، وحدد من يحضر بإذن المريض.
2. اسأل: ماذا فهمت؟ وكم تريد من التفاصيل؟ ومن تريد إشراكه؟
3. قدّم تمهيدًا: «النتيجة ليست كما كنا نأمل»، ثم معلومة قصيرة واضحة.
4. توقف، وسمِّ العاطفة، واستجب بتعاطف قبل إضافة أرقام أو خيارات.
5. بيّن ما نعرفه وما لا نعرفه، ومقصد العلاج، والمنفعة والعبء والبدائل.
6. اتفق على الخطوة التالية، واختبر الفهم، ووثّق تفضيلات المعلومات والأهداف ومن عيّنه المريض.

5-2 الحد الأدنى لموافقة العلاج المضاد للسرطان

العنصر	سؤال التحقق
التشخيص والمرحلة	هل يعرف المريض ما ثبت وما يزال محتملًا، بالقدر الذي اختاره؟
المقصد	هل سمع كلمة واضحة: شفاء أو خفض نكس أو سيطرة أو تلطيف؟
المنفعة	هل عُرضت المنفعة المطلقة ونطاقها وعدم اليقين؟
الضرر	هل ذُكرت السمية الخطيرة والدائمة والخصوبة والوظيفة، وما يفعله عند الحمى؟
البدائل	هل ذُكر البديل القياسي والبحثي، والرعاية الداعمة وحدها؟
الفهم والاختيار	هل أعاد المريض الشرح؟ وهل القرار خالٍ من ضغط الأسرة أو الكلفة الخفية؟

5-3 توقف أمان قبل كل جرعة

- هوية بمعرّفين؛ تشخيص ومقصد؛ بروتوكول ودورة ويوم؛ طول ووزن ومؤشرات المختبر؛ حساسية وتداخلات.
- تحقق مستقل من الدواء والجرعة والحساب والطريق والتسلسل؛ منع الاختصارات؛ تأكيد الحدود القصوى.
- تقييم السمية والعدوى والأداء والحمل؛ مراجعة قرار التأجيل أو الخفض بسبب مكتوب.
- تثقيف بعلامات الخطر ورقم الاتصال وخطة المتابعة؛ توثيق أي انحراف أو حادث قريب والتعلم منه.

CC BY-NC-ND 4.0

5-4 مراجعة القيمة قبل علاج باهظ أو في آخر الخط

المحور	الأسئلة
الفائدة	ما حجمها المطلق؟ بقاء أم جودة أم استجابة؟ وما جودة الدليل ودرجته في أداة قياس المنفعة؟
المريض	هل تشبه حالته المشاركين في الدراسة؟ ما أداؤه وأهدافه وأمراضه المصاحبة؟
العبء	سمية، وزيارات، وإدخال، وأثر أسري، وسفر، وكلفة مباشرة
البدائل	بديل مكافئ أقل عبئًا؟ مراقبة؟ تجربة سريرية؟ تلطيف وحده؟
العدالة	هل المعيار معلن ومتسق؟ هل يوجد استثناء واستئناف؟
الوقف	ما المعيار المتفق عليه مسبقًا لإيقاف العلاج؟ ومتى يُعاد التقييم؟

5-5 متى تُطلب استشارة التلطيف أو الأخلاقيات؟

الإحالة	مؤشرات عملية
التلطيف	ألم أو أعراض أو ضيق نفسي أو روحي غير مضبوط؛ سرطان متقدم؛ تكرر زيارات الطوارئ؛ تراجع الأداء؛ حاجة الأسرة إلى الدعم؛ نقاش خط علاجي أخير
الأخلاقيات	نزاع مستمر مع الأسرة؛ طلب إخفاء ممتد؛ شك في القدرة؛ طلب علاج عديم النفع؛ إفصاح معقد (انظر الفصل 13)
الشؤون القانونية وإدارة المخاطر	حدث جسيم؛ خرق بيانات؛ غموض صفة من يمثل المريض
الوراثة	اشتباه استعداد موروث؛ نتيجة ورمية توحي بتغير جرثومي؛ حاجة لإبلاغ الأقارب

5-6 ملخص العلاج وخطة النجاة

- اسم الورم ومرحلته وخصائصه الجزيئية ذات المعنى، والعمليات والأشعة والعلاجات والجرعات والتواريخ والسمية المهمة.
- خطة المتابعة: من المسؤول، ومتى الفحص أو الصورة، وما الأعراض التي تستدعي مراجعة عاجلة.

CC BY-NC-ND 4.0

- الآثار المتأخرة المحتملة وخطة القلب والعظام والغدد والخصوبة والصحة النفسية والعودة إلى العمل.
- أسماء الفريق وأرقام التواصل، وتفضيلات المريض في المعلومات ومن عيّنه من أسرته.

5-7 نموذج مختصر لتحليل حالة أورام

- **الركن الطبي:** التشخيص، والمرحلة، والأداء، والمقصد، والفائدة المطلقة، والسمية، والبدائل، والزمن، ومعيار الوقف.
- **الركن الأخلاقي:** القدرة، والفهم، وتفضيل المعلومات، والقيم، والأسرة، والعدالة، وتضارب المصالح، والخصوصية.
- **الركن الفقهي:** حكم التداوي بحسب النفع، والقصد، والتناسب، ورفع الضرر، وحفظ النفس والمال والدين.
- **الركن النظامي:** النص النافذ، وصاحب الصفة، والرضا، والسرية، والبحث، وعدم الإنعاش، والتوثيق، والمراجعة.

سادسًا: الحالات التطبيقية

والحالات الأربع الآتية من صميم أخلاقيات الأورام، وما تقاطع منها مع فصول أخرى أُحيل إليه في المواقف المتكررة.

الحالة الأولى: مريضة تفوّض ابنها في المعلومات وتحتاج علاجًا كيميائيًا شفائيًا

الوقائع. امرأة في الثانية والستين، قادرة على القرار، شُخّص لديها سرطان ثدي في مرحلة مبكرة، وخطتها علاج كيميائي قبل الجراحة بمقصد شفائي. قالت في أول زيارة، وابنها حاضر: «كلّم ولدي، أنا لا أريد أن أعرف التفاصيل». ثم طلب الابن ثلاثة أمور: ألا تُذكر أمامها كلمة «سرطان»، وأن يوقّع هو على الموافقة، وأن يُقال لها إن العلاج «إبر تقوية». والدورة الأولى مجدولة بعد أسبوع.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقرة، والوقت يسمح بلقاءين قبل البدء • الأمن: لا خطر ظاهر، ويُقيَّم الضيق النفسي • القدرة على القرار: قادرة • صاحب الصفة: المريضة في الإذن بالعلاج، والابن معيَّن منها لتلقي التفاصيل • السؤال المطلوب تقريره: ما حدود تفويض المريضة ابنها، وما الحد الأدنى الذي يلزم أن تعرفه هي لتصح موافقتها؟

الركن الطبي. العلاج الكيميائي هنا شفائي، وسميته تحتاج تعاون المريضة نفسها: فالحمى مع قلة العدلات حالة إسعافية يجب أن تعرف علامتها وما تفعله عندها، وتساقط الشعر والغثيان والتعب ستعيشها هي في بدنها. فإذا سُمّي العلاج «إبر تقوية» فسّرت أعراض السمية تفسيرًا خاطئًا، وقد تؤخر طلب النجدة.

الركن الأخلاقي. تفويض المريضة ابنها في التفاصيل اختيار صادر عنها، فيُحترم استقلالًا علائقيًا. ولكنه لا يمتد إلى ما لم تفوّضه: فهي لم تطلب أن يُكذب عليها، ولم تتنازل عن حقها في الإذن. وبين «لا أريد الأرقام والتفاصيل» و«أخفوا عني أني مريضة» فرق جوهري، ولا يُحسم إلا بسؤالها هي.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الفقهي. العلاج هنا قريب من الوجوب لغلبة نفعه في إنقاذ النفس، والإذن فيه للمريضة التامة الأهلية [28]. والكذب عليها محرم، والتورية لا تُشرع فيما يوقعها في تصور مخالف لحقيقة تلزمها معرفتها، كسبب حرارتها وخطرها. ويجوز التلطف في العبارة وترك ما لا تريد سماعه من الأرقام.

الركن النظامي. تعيينها ابنها لتلقي الإبلاغ يدخل في قيد الفقرة الثانية من المادة الثامنة عشرة، فيقتصر عليه تلقي التفاصيل [31]. لكن المادة التاسعة عشرة تجعل رضاها هي شرط العلاج، ولا مدخل لتوقيع الابن عن بالغة قادرة. ويجعل الدليل السعودي للإذن الطبي إجراء أي علاج كيماوي من مواضع الإذن المكتوب، فتوقّعه هي [36] (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا).

القرار المهني الموزون. يلتقي الطبيب الابن أولًا فيسمع خوفه، ويبيّن له أن تفويض أمه له في تلقي التفاصيل سيُحترم، لكن الموافقة لها، ولن يُقال لها ما يخالف الحقيقة. ثم يلتقي المريضة بحضور ابنها، ويسألها: «أنتِ طلبتِ ألا تسمعي التفاصيل، وسنحترم ذلك. هل تريدين أن أذكر لك اسم المرض، أم يكفيك أن تعرفي أنه ورم نعالجه بعلاج قوي بقصد الشفاء؟» ويعرض عليها الحد الأدنى: المقصد الشفائي، وقوة العلاج، وأخطر سميته، وعلامة الحمى، ورقم الطوارئ، ويتحقق في لقاء منفرد من أن تفويضها صادر عنها لا عن ضغط، ثم تُؤخذ موافقتها المكتوبة هي، وتُشرك في قرار الجراحة اللاحق، فلا تُفرض عليها الأرقام والمآل، ولا يُكذب عليها، وتُجاب بصدق إن سألت؛ لأن التفويض الصادر عنها يُحترم في نطاقه، والإذن بالعلاج لا ينتقل عن قادرة، والسلامة تتطلب أن تعرف علامات الخطر. واستُبعد توقيع الابن عنها، وتسمية العلاج «إبر تقوية» لأنها كذب يفسد الإذن. ويُعاد النظر إذا طلبت بوضوح معرفة كل شيء، فتُبلَّغ مباشرة بتدرج، أو فقدت القدرة، فيمثلها ابنها وفق ترتيب الولاية (انظر الفصل 5).

الدرس. التفويض يحدد من يتلقى التفاصيل، ولكنه لا يحدد من يأذن بالعلاج، ولا يبيح الكذب.

الحالة الثانية: طلب خط علاجي رابع بعد تراجع الأداء

الوقائع. رجل في الثامنة والخمسين مصاب بسرطان قولون منتشر إلى الكبد والرئتين، تلقى ثلاثة خطوط علاجية، وتقدّم المرض بعد كل منها. صار طريح الفراش أكثر النهار، قليل الأكل، يعاني ألمًا في البطن غير مضبوط، ولا تنطبق عليه معايير أي تجربة سريرية متاحة. ثم يطلب هو وزوجته خطًا رابعًا: «لا تقطعوا أملنا، جربوا أي شيء». وطبيب الأورام يرى أن أي علاج مضاد للورم لن ينفعه، وأن سميته قد تعجل تدهوره.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا حالة إسعافية، والألم يحتاج علاجًا عاجلًا • الأمن: لا خطر على الغير • القدرة على القرار: قادر، ويُتحقق من أثر الألم والدواء • صاحب الصفة: المريض • السؤال المطلوب تقريره: هل يُقدَّم علاج مضاد للورم عديم المنفعة المتوقعة صونًا للأمل، أم يُعاد توجيه الخطة إلى التلطيف؟

الركن الطبي. اجتمعت في المريض عناصر البند الأول من قائمة ASCO للاختيار الحكيم كلها: أداء وظيفي منخفض، وعدم الاستفادة من تدخلات سابقة مبنية على الدليل، وعدم الأهلية لتجربة، وغياب دليل قوي على قيمة علاج إضافي [14]. والعلاج الكيميائي في هذه المرحلة لا يرتبط بتحسن جودة الحياة قرب الوفاة [15]. ولكن يُتحقق من اكتمال التنميط الجزيئي للورم قبل الحكم باستنفاد الخيارات. وأما ألمه غير المضبوط وتراجعه فيستدعيان إحالة تلطيفية عاجلة [12].

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الأخلاقي. طلب «أي شيء» تعبير عن الخوف من التخلي، أكثر منه طلب لدواء بعينه. فالاستجابة بعلاج عديم النفع تنقل العبء إلى المريض، والرفض الجاف تخلٍّ. والإحسان هنا أن يُسمّى الواقع بوضوح، ثم يُبحث مع المريض عمّا يأمله الآن، ويُلتزم أمامه بألا يُترك.

الركن الفقهي. التداوي بما لا يُرجى نفعه ويغلب ضرره غير واجب، ولا يلزم الطبيب تقديمه، و«درء المفاسد مقدم على جلب المصالح». والواجب ينتقل إلى تقوية معنويات المريض والدأب في رعايته وتخفيف آلامه بنص القرار 67 (5/7) [28]. والأمل بالله لا ينقطع، والتحول إلى التلطيف أخذ بالأسباب المشروعة لا يأس.

الركن النظامي. رضا المريض شرط للعلاج، لكنه لا يُلزم الطبيب بعلاج لا يراه في مصلحته؛ فالمادة التاسعة من النظام تجعل مصلحة المريض غاية العمل الطبي [31]، ويمنع البند (1/9) من اللائحة التنفيذية كل عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض ولو لم يترتب عليه ضرر [37]. ويوثق الطبيب تقييمه وأسبابه، ويعرض الرأي الثاني الذي تكفله وثيقة حقوق المرضى [35]. وعند الخلاف المستمر تُطلب الاستشارة الأخلاقية (انظر الفصل 13). وتفصيل الجدوى وحدود التدخل في الفصل 42.

القرار المهني الموزون. يلقى الطبيب المريض وزوجته بحضور فريق التلطيف، ويبدأ بسؤال: «ما الذي يقلقك أكثر الآن؟ وما الذي تأمله في الأسابيع القادمة؟» ثم يقول بوضوح إن العلاج المضاد للورم لم يعد ينفعه وقد يضره، ويعرض خطة ملموسة: ضبط الألم فورًا، والتغذية بقدر راحته، والدعم النفسي والروحي، والرعاية في البيت إن أراد، ومتابعة منتظمة، دون أن يقول «لا يوجد شيء نقدمه» أو يترك المريض لفريق آخر وحده؛ لأن العلاج المطلوب عديم المنفعة المتوقعة وغالب الضرر، والأمل الواقعي يتحقق بالتلطيف. واستُبعد خط رابع «لإرضاء الأسرة» لأنه يشتري راحة لحظية بسمية ووقت أخير. ويُعاد النظر إذا تحسن الأداء بعد ضبط الألم، أو ظهرت تجربة مناسبة أو نتيجة جزيئية تفتح علاجًا موجهًا ذا دليل.

الدرس. يُصان الأمل بالرعاية وبعدم التخلي، لا بعلاج عديم النفع.

الحالة الثالثة: مريضة ترى في تجربة المرحلة الأولى أملها الأخير

الوقائع. امرأة في الخامسة والأربعين مصابة بسرطان مبيض منتكس بعد خطوط متعددة، وأداؤها الوظيفي جيد. عُرضت عليها تجربة مرحلة أولى لدواء جديد ترعاها شركة، والطبيب المعالج هو الباحث الرئيس، ويتقاضى من الشركة أتعابًا استشارية. فقالت للممرضة: «الحمد لله، هذا الدواء سيشفيني، الطبيب اختارني له». ووقّعت نموذج الموافقة في اليوم نفسه، ولم يعرض عليها أحد الرعاية التلطيفية.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقرة • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: قادرة، والمشكلة في الفهم لا في القدرة • صاحب الصفة: المريضة • السؤال المطلوب تقريره: هل تصح موافقة بُنيت على وهم علاجي مع تضارب مصالح لدى الطبيب؟

الركن الطبي. هدف تجارب المرحلة الأولى الأول غالبًا تحديد السلامة والجرعة، والمنفعة الفردية فيها غير مؤكدة. ومع ذلك فالمريضة ذات أداء جيد، والتجربة خيار معقول لها، والتلطيف مناسب بالتوازي مع أي خيار تختاره [12].

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الأخلاقي. عبارتها تكشف وهمًا علاجيًا صريحًا [24]؛ فالموافقة الموقعة لا تعكس فهمًا صحيحًا، وإن حملت توقيعها. وتعارض المصلحة لدى الطبيب يضعف الثقة، حتى لو لم يؤثر في حكمه. والحل ليس أن تُحرم من التجربة، بل أن يُصحَّح فهمها وتُحمى حرية اختيارها.

الركن الفقهي. المشاركة في البحث مشروعة بالإذن الحر المستنير وتناسب المخاطر، والإذن المبني على تغرير أو فهم خاطئ جوهري لا يتم به الرضا. والطبيب مؤتمن، فلا يجوز له أن يستغل رجاء المريضة لمصلحة البحث أو الراعي.

الركن النظامي. يشترط نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية موافقة مستنيرة وموافقة لجنة أخلاقيات البحث [33]، ويقرر إعلان هلسنكي حماية المشارك من الضغط وحقه في الانسحاب دون أثر على رعايته [25]. وتفصيل النظام ولجانه وتضارب المصالح في البحث في الفصل 48، والعلاقة المالية مع الشركات في الفصل 18.

القرار المهني الموزون. يُعلَّق بدء الدواء حتى تُعاد الموافقة على يد منسق بحث أو طبيب غير الباحث الرئيس، بلغة صريحة تبين هدف المرحلة الأولى، وعدم ضمان المنفعة، والمخاطر، والبدائل ومنها الرعاية التلطيفية وحدها، وحق الانسحاب دون أثر على الرعاية، وعلاقة الطبيب بالشركة، ويُختبر الفهم بإعادة الشرح، وتُحال إلى التلطيف بالتوازي، ولا تُحرم من التجربة إن اختارتها بعد الفهم؛ لأن الموافقة المبنية على وهم علاجي ناقصة، وتعارض المصلحة يستلزم الإفصاح والفصل بين الدورين. ويُعاد النظر إذا ظل الفهم مشوهًا رغم تكرار الشرح، فيُعرض الأمر على لجنة أخلاقيات البحث قبل التسجيل.

الدرس. التجربة السريرية باب أمل مشروع إذا دخله المريض بفهم صحيح وحرية، لا بوهم.

الحالة الرابعة: دواء مرتفع الكلفة بفائدة هامشية ورفض جهة التمويل

الوقائع. رجل في الستين مصاب بسرطان منتشر، أداؤه متوسط. قرأ عن دواء مناعي حديث مرتفع الكلفة، فطلبه. والدليل في حالته يشير إلى زيادة في البقاء الوسيط بأسابيع قليلة مع سمية معتبرة، ولا تحمل حالته المؤشر الحيوي الذي تكبر معه الفائدة. ورفضت جهة التمويل الطلب لعدم انطباق المعيار المعلن. والأسرة تقول إنها مستعدة لبيع بيتها لتشتري الدواء على نفقتها.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: قادر • صاحب الصفة: المريض في قراره العلاجي، والجهة الممولة في قرار التغطية بمعيارها المعلن • السؤال المطلوب تقريره: ما واجب الطبيب في طلب الدواء وفي بيان قيمته قبل أن تتحمل الأسرة كلفته؟

الركن الطبي. يُتحقق أولًا من تشابه حالة المريض مع المشاركين في الدراسة، ثم من حجم المنفعة المطلقة ودرجتها في أداة قياس المنفعة [13]، ثم من السمية والبدائل الأقل كلفة، ومن وجود مؤشر حيوي يغير التقدير.

الركن الأخلاقي. الصدق في القيمة واجب قبل أي قرار مالي، ومناقشة الكلفة جزء من الرعاية الجيدة [26]. والعدالة لا تضمن كل دواء، ولكنها تشترط معيارًا معلنًا، ومراجعة فردية، واستثناقًا، وبديلًا فعالًا. وبيع البيت لدواء هامشي قد يترك الأسرة في ضيق بعد وفاته؛ وهذا ضرر يدخل في الحساب، ولا يصح أن يُغفل.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الفقهي. حفظ المـال من الضـروريات الخمس وإن تـأخر في الرتبـة عن حفـظ النفس؛ والـدواء هنـا لا يتعلـق بـه إنقـاذ النفس، والتـداوي بمنفعـة هامشـية مظنونـة ليس واجبًـا، فلا يُلـزم المريض ببذل مال يجحف بأسـرته، ولا يُمنـع منـه إن اختـاره عن علم. وتضـخيم المنفعـة لتحصـيل المال تغرير محرم.

الركن النظامي. يُتبع عقـد التغطيـة ومسـار الاسـتثناء والاسـتئناف المعلن (انظـر الفصـل 19)، ويوثق الرأي السريري. ومعايير التغطية وعدالة التوزيع على مستوى النظام أمّها الفصل 37.

القرار المهني الموزون. يشرح الطـبيب للمـريض وأسـرته القيمـة الحقيقيـة للـدواء بالأرقـام المطلقة، نفعًا وضررًا، مقارنةً بالبدائل وبالرعاية التلطيفية، ثم يسـأل المـريض عن أولوياتـه، فـإن وُجدت خصوصية سريرية معتبرة قدّم طلب استثناء معللًا، وإلا شرح سبب قبـول الـرفض، دون أن يدفع الأسرة إلى البيع أو يمنعها، أو يضخم المنفعة أو يحقرها؛ لأن قرار البذل للأسرة بشرط العلم بالقيمة، وقرار التغطيـة للجهـة الممولـة بشـرط معيـار معلن ومسـار اسـتئناف. واسـتُبعد تضـخيم الأعراض أو المؤشرات في الطلب لأنه كذب (انظر الفصل 19، الحالـة الرابعـة). ويُعـاد النظـر إذا ظهر مؤشر حيوي يرفع الفائدة، أو دليل جديد، أو تجربة مناسبة.

الدرس. الصدق في قيمة الدواء يسبق السـؤال عن ثمنـه، وقـرار البـذل لصـاحب المـال بعـد أن يعلم.

مواقف متكررة

أسرة تطلب كتمـان ورم متقـدم لا يـرجى شـفاؤه عن مـريض لم يعبّـر عن رغبتـه. يسـتقبل الطـبيب طلب الأسـرة بإنصـات، ثم يـذهب إلى المـريض نفسـه فيسـأله عن رغبتـه في المعرفة ومن يريد إشراكه، ويستعمل تقديره في المادة الثامنة عشرة في طريقة الإبلاغ وتوقيتـه، لا في حجبه. والحالة محللة في فصلها الأم (انظر الفصل 8، الحالة الرابعة).

مريض قادر يرفض علاجًا شفائيًا خوفًا من السمية أو بدعوى التوكـل. يُبصَّـر بالأرقـام المطلقة ومخاطر الترك وخطة الوقاية من السمية، ويُصـحَّح لـه الفهم الخـاطئ للتوكـل، ويُعـرض عليه رأي ثانٍ ودعم نفسي. فإن أصر بعد أن فهم، احتُرم رفضه ووُثّق، واستمرت الرعاية الداعمة، وبقي باب العودة مفتوحًا. والحالتان المماثلتان في الفصـل 2 (الحالـة الثالثـة) والفصـل 5 (الحالـة الأولى).

جرعة علاج مضاد للسرطان أُعطيت لمريض آخر أو بجرعة خاطئة. يُعالج المريض فـورًا وتُقيَّم السمية، ثم يُفصح له بمـا وقـع ومـا هـو معلـوم من غـير تخمين، ويُبلَّـغ عن الحـدث، ويُحلَّـل تصميم الهوية والتحقق المستقل، لا الفرد وحده. والإفصاح عن حـادث وصـل إلى المـريض محلـل في الفصل 8 (الحالة الثانية)، والجرعة المكتشفة قبل الإعطاء في الفصل 11 (الحالة الأولى).

نتيجة ورمية توحي باستعداد موروث، والمريض لا يريد إبلاغ أسرته. فلا يُبلَّـغ الأقـارب مباشرة؛ وإنمـا يُعـرض اختبـار جرثـومي تأكيـدي واستشـارة وراثيـة، ويُشـجَّع المـريض على الإبلاغ بوسائل تحفظ خصوصيته. والحالتان الأمّان في الفصل 24 (الحالتان الأولى والثانية).

أسرة تطالب بإنعاش كامل في سرطان متقـدم لا يـرجى بـرؤه. إذا ثبت عـدم جـدوى الإنعاش بتقرير الأطباء المحددين في السياسة الوطنية [32]، اتُّخـذ قـرار عـدم المحاولـة، وشُـرح للأسرة أنه قرار بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي وحـده، لا تخـلٍّ عن المـريض؛ فتُحـدَّد علاجـات الأعراض والعدوى والسوائل وحدود التصعيد، كلٌّ على حدة (انظر الفصل 41).

CC BY-NC-ND 4.0

مريض قابل للشفاء يؤجّل الجراحة لخلطة عشبية. لا سخرية ولا تسليم. تُقدَّر كلفة التأخير بالأرقام، ويُفحص التداخل والسمية، وتُعرض استشارة ثانية وموعد قريب وخطة إنذار. فإن أصرّ وهو قادر، احتُرم رفضه ووُثّق، وبقي باب العودة مفتوحًا، ولا يصف الطبيب الخلطة ولا يروّجها. والرقية الشرعية تُمارَس بالتوازي، ولا تؤخر علاجًا نافعًا. الضابط: احترام الشخص لا يعني تأييد ادعاء بلا دليل.

سرطان يُشخَّص أثناء الحمل. لا يُتخذ القرار عن المرأة القادرة، ولا يُحرم الحمل من معيار رعاية قريب من معيار غير الحامل. فيجتمع فريق أورام وأمومة وأجنة وأشعة وحديثي ولادة، ويُبيَّن ما يحتمل التأجيل إلى الثلث الثاني وما لا يحتمله، وتُقوَّم الصور بأقل تعرض معقول، وتُعرض مخاطر الأم والجنين ومخاطر التأخير بدرجة يقينها. الضابط: موازنة الضررين بالخبرة، لا بالخوف.

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
مريضة قادرة تفوّض ابنها في المعلومات، والابن يريد التوقيع عنها وتسمية العلاج «إبر تقوية»	نحترم تفويضها في التفاصيل، ونعرض عليها الحد الأدنى: المقصد وقوة العلاج وأخطر سميته وعلامة الحمى ورقم الطوارئ، ونأخذ موافقتها هي، ولا نكذب عليها	التفويض يُحترم في نطاقه، والإذن لا ينتقل عن قادرة، والسلامة تتطلب أن تعرف علامات الخطر	طلبت معرفة كل شيء فتُبلَّغ بتدرج، أو فقدت القدرة فيمثلها ابنها وفق ترتيب الولاية
طلب خط علاجي رابع بعد تراجع الأداء في سرطان قولون منتشر	نقول بوضوح إن العلاج المضاد للورم لم يعد ينفعه وقد يضره، ونعرض خطة ملموسة بحضور فريق التلطيف: ضبط الألم، والدعم، والرعاية في البيت	العلاج المطلوب عديم المنفعة المتوقعة وغالب الضرر، والأمل الواقعي يتحقق بالتلطيف	تحسن الأداء بعد ضبط الألم، أو ظهرت تجربة مناسبة أو نتيجة جزيئية تفتح علاجًا موجهًا ذا دليل
مريضة ترى في تجربة المرحلة الأولى شفاءها، والطبيب باحث رئيس يتقاضى من الشركة	نعلّق البدء حتى تُعاد الموافقة على يد غير الباحث الرئيس، ببيان الهدف والمخاطر والبدائل وحق الانسحاب والعلاقة المالية، ونحيلها إلى التلطيف بالتوازي	الموافقة المبنية على وهم علاجي ناقصة، وتعارض المصلحة يستلزم الإفصاح والفصل بين الدورين	ظل الفهم مشوهًا رغم تكرار الشرح، فيُعرض على لجنة أخلاقيات البحث قبل التسجيل

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
دواء مناعي مرتفع الكلفة بفائدة هامشية، رفضته جهة التمويل، والأسرة مستعدة لبيع بيتها	نشرح قيمته بالأرقام المطلقة نفعًا وضررًا، ونسأل عن أولويات المريض، ونقدم طلب استثناء معللًا إن وُجدت خصوصية، دون دفع الأسرة إلى البيع أو منعها	قرار البذل للأسرة بشرط العلم بالقيمة، وقرار التغطية للجهة الممولة بمعيار معلن ومسار استئناف	ظهر مؤشر حيوي يرفع الفائدة، أو دليل جديد، أو تجربة مناسبة

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. مقصد العلاج المضاد للسرطان يُسمّى قبل دوائه، والمنفعة تُعرض مطلقة لا نسبية؛ وغياب ذلك يجعل الموافقة ناقصة، كما تدل عليه دراسة Weeks [6].
2. أكثر مرضى السرطان في المملكة يريدون معرفة تشخيصهم، والممانعة غالبًا من الأسرة [3، 4]؛ فالسؤال المبكر للمريض عن تفضيلاته هو الطريق الأخلاقي والنظامي معًا.
3. تفويض المريض أسرته في التفاصيل يُحترم في نطاقه، ولا ينقل الإذن بالعلاج عن مريض قادر، ولا يبيح الكذب.
4. الأمل لا يُصان بعلاج عديم النفع؛ ففي الأداء المنخفض بعد استنفاد العلاج القياسي يُعاد توجيه الخطة إلى التلطيف مع عدم التخلي [14، 15].
5. التلطيف يُدمج مبكرًا بالتوازي مع العلاج المضاد للسرطان في المرض المتقدم، ولا يعني الاستسلام [12، 18].
6. التجربة السريرية خيار مشروع إذا دخلها المريض بفهم صحيح وحرية، مع إفصاح عن تضارب المصالح وفصل بين الباحث والمعالج.
7. الصدق في قيمة الدواء الباهظ يسبق السؤال عن ثمنه، والتداوي بمنفعة هامشية لا يوجب بذل مال يجحف بالأسرة.
8. سلامة العلاج المضاد للسرطان نظام تحقق متعدد لا يقظة فرد [11].

التوصيات

للممارس:

- اسأل المريض في أول لقاء عن قدر ما يريد معرفته ومن يريد إشراكه، ووثّق ذلك وراجعه عند كل منعطف.
- سمِّ مقصد العلاج بكلمة واضحة، واعرض المنفعة المطلقة والسمية والبدائل، ومنها الرعاية الداعمة وحدها.
- قبل خط علاجي جديد في مرض متقدم، راجع الأداء والمنفعة المتوقعة، وأشرك فريق التلطيف.

CC BY-NC-ND 4.0

- ناقش الكلفة حين تؤثر في القرار، ولا تخفض العلاج سرًا.

للمنشأة:

- اعتماد نموذج موحد يذكر مقصد كل علاج مضاد للسرطان وحجم المنفعة والبدائل ومعيار الوقف وتفضيلات المريض في المعلومات.
- تطبيق معايير ASCO–ONS للسلامة، والتحقق المستقل، والفصل بين طرق الإعطاء، ومراجعة العلاج الفموي والمنزلي.
- إحالة تلطيفية مبكرة مبنية على مؤشرات، ومسار واضح للاستشارة الأخلاقية في نزاعات الإبلاغ والعلاج في آخر الخط.
- فصل دور الباحث عن المعالج في التجارب، وسجل معلن لتضارب المصالح.

للتعليم والبحث:

- تدريب الفرق على محادثة الخبر السيئ والأهداف بالمحاكاة والتغذية الراجعة، بلغة تناسب الأسرة السعودية.
- دراسات محلية على فهم مرضى الأورام لمقصد العلاج، وعلى أثر المحادثة المنظمة في الرعاية آخر الحياة.
- دراسة السمية المالية لدى مرضى الأورام في المملكة، وأثر الكلفة في الالتزام بالعلاج.

ثامنًا: الخاتمة

أخلاقيات الأورام ليست اختيارًا بين الأمل والحقيقة، ولا بين العلاج والراحة. والقرار الجيد يجمعهما: حقيقة برفق، وأمل بلا وعد كاذب، وعلاج بمقصد واضح، وسلامة بنظام لا ببطولة فردية، وتلطيف مبكر، وصدق في الكلفة. والأسرة السعودية الحاضرة ليست عائقًا أمام هذا كله، بل هي في الغالب أعظم مورد للمريض، إذا أُشركت بإذنه ولم تُجعل بديلًا عنه.

وبعد، فالمعيار العملي أن يستطيع الفريق أن يجيب بوضوح عن أسئلة قليلة: ما الذي نحاول تحقيقه؟ وما احتمال أن يتحقق؟ وما الذي سيتحمله المريض؟ وماذا يريد بعد أن فهم؟ وما الحكم الشرعي والنظامي؟ ومن سيراجع القرار، ومتى؟ فإذا غابت إحدى هذه الإجابات، فالخطة لم تكتمل بعد.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. لماذا تُعد «المنفعة المطلقة» أدق من «المنفعة النسبية» في موافقة المريض على علاج مساعد؟ مثّل بمثال عددي.
2. ما الفرق بين تفويض المريض أسرته في تلقي التفاصيل وبين نقل الإذن بالعلاج إليها؟ وكيف يجمع الطبيب بين المادتين الثامنة عشرة والتاسعة عشرة في ذلك؟
3. مريض بأداء وظيفي منخفض بعد ثلاثة خطوط علاجية يطلب علاجًا رابعًا «حتى لا يفقد الأمل». كيف تصوغ جوابك في لقاء واحد؟ وما الأدلة التي تستند إليها؟
4. اشرح دلالة نص القرار 67 (5/7) في الحالات الميؤوس منها على واجب الفريق بعد توقف العلاج المضاد للورم.

CC BY-NC-ND 4.0

5. ما علامات الوهم العلاجي في تجارب المرحلة الأولى؟ وما الإجراءات التي تحمي الموافقة منه؟
6. أسرة تريد بيع بيتها لشراء دواء بفائدة هامشية. ما واجب الطبيب؟ وما حدود دوره؟
7. لماذا لا يساوي قرار عدم الإنعاش في مريض سرطان متقدم وقف العلاج المتناسب؟ اذكر ثلاثة تدخلات يلزم تقرير كل منها مستقلًا.

المراجع

International Agency for Research on Cancer. Global cancer statistics [1] 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. Lyon: IARC; 8 July 2026. iarc.who.int

[2] المجلس الصحي السعودي، المركز الوطني للسرطان، السجل السعودي للسرطان. Cancer Incidence Report 2023. الرياض: المجلس الصحي السعودي. shc.gov.sa

Aljubran AH. The attitude towards disclosure of bad news to cancer [3] patients in Saudi Arabia. Ann Saudi Med. 2010;30(2):141–4. doi:10.4103/0256-4947.60520

Alzahrani AS, Alqahtani A, Alhazmi M, et al. Attitudes of cancer patients [4] and their families toward disclosure of cancer diagnosis in Saudi Arabia: a Middle Eastern population example. Patient Prefer Adherence. 2018;12:1659–66. doi:10.2147/PPA.S176651

Muaygil RA, Abouammoh NA, Madkhali AM, Almana LH, Aldekhyyel RN. [5] Truth-telling and devastating disclosures: navigating the tension between ethical and cultural obligations in Saudi Arabia. BMC Med Ethics. 2025;26:159. doi:10.1186/s12910-025-01307-0

Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, et [6] al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. N Engl J Med. 2012;367(17):1616–25. doi:10.1056/NEJMoa1204410

Paladino J, Bernacki R, Neville BA, Kavanagh J, Miranda SP, Palmor M, et [7] al. Evaluating an intervention to improve communication between oncology clinicians and patients with life-limiting cancer: a cluster randomized clinical trial of the Serious Illness Care Program. JAMA Oncol. 2019;5(6):801–9. doi:10.1001/jamaoncol.2019.0292

Bernacki R, Paladino J, Neville BA, et al. Effect of the Serious Illness Care [8] Program in outpatient oncology: a cluster randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2019. doi:10.1001/jamainternmed.2019.0077

Gilligan T, Coyle N, Frankel RM, Berry DL, Bohlke K, Epstein RM, et [9] al. Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology

consensus guideline. J Clin Oncol. 2017;35(31):3618–32. doi:10.1200/JCO.2017.75.2311

[10] Mack JW, Wolfe J, Cook EF, Grier HE, Cleary PD, Weeks JC. Hope and prognostic disclosure. J Clin Oncol. 2007;25(35):5636–42. doi:10.1200/JCO.2007.12.6110

[11] Siegel RD, Lefebvre KB, Temin S, Evers A, Barbarotta L, Bowman RM, et al. Antineoplastic therapy administration safety standards for adult and pediatric oncology: ASCO-ONS standards. JCO Oncol Pract. 2024;20(10):1314–30. doi:10.1200/OP.24.00216

[12] Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, Alesi ER, Ali ZV, Chauhan C, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. J Clin Oncol. 2024;42(19):2336–57. doi:10.1200/JCO.24.00542

[13] European Society for Medical Oncology. ESMO Magnitude of Clinical Benefit Scale version 2.0 (ESMO-MCBS v2.0). Ann Oncol. 2025. doi:10.1016/j.annonc.2025.04.006

[14] Schnipper LE, Smith TJ, Raghavan D, et al. American Society of Clinical Oncology identifies five key opportunities to improve care and reduce costs: the top five list for oncology. J Clin Oncol. 2012;30(14):1715–24. doi:10.1200/JCO.2012.42.8375

[15] Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, Paulk ME, LeBlanc TW, Schneider BJ, et al. Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life. JAMA Oncol. 2015;1(6):778–84. doi:10.1001/jamaoncol.2015.2378

[16] Agency for Healthcare Research and Quality. Communication and Optimal Resolution (CANDOR) toolkit. Rockville (MD): AHRQ; 2016. ahrq.gov

[17] World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: WHO; 2018. who.int

[18] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733–42. doi:10.1056/NEJMoa1000678

[19] Su HI, Lacchetti C, Letourneau J, et al. Fertility preservation in people with cancer: ASCO guideline update. J Clin Oncol. 2025;43(12):1488–1515. doi:10.1200/JCO-24-02782

[20] Tung N, Ricker C, Messersmith H, Balmaña J, Domchek S, Stoffel EM, et al. Selection of germline genetic testing panels in patients with cancer: ASCO guideline. J Clin Oncol. 2024;42(21):2599–2615. doi:10.1200/JCO.24.00662

Dale W, Klepin HD, Williams GR, Alibhai SMH, Bergerot C, Brintzenhofeszoc K, et al. Practical assessment and management of vulnerabilities in older patients receiving systemic cancer therapy: ASCO guideline update. J Clin Oncol. 2023;41(26):4293–4312. doi:10.1200/JCO.23.00933 [21]

Loren AW, Lacchetti C, Amant F, et al. Management of cancer during pregnancy: ASCO guideline. J Clin Oncol. 2026. doi:10.1200/JCO-25-02115 [22]

Hart NH, Nekhlyudov L, Smith TJ, Yee J, Fitch MI, Crawford GB, et al. Survivorship care for people affected by advanced or metastatic cancer: MASCC-ASCO standards and practice recommendations. JCO Oncol Pract. 2024;20(9):1160–72. doi:10.1200/OP.23.00716 [23]

Appelbaum PS, Roth LH, Lidz C. The therapeutic misconception: informed consent in psychiatric research. Int J Law Psychiatry. 1982;5(3–4):319–29. doi:10.1016/0160-2527(82)90026-7 [24]

World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. Revised October 2024. wma.net [25]

Meropol NJ, Schrag D, Smith TJ, Mulvey TM, Langdon RM, Blum D, et al. American Society of Clinical Oncology guidance statement: the cost of cancer care. J Clin Oncol. 2009;27(23):3868–74. doi:10.1200/JCO.2009.23.1183 [26]

Al Zahrani A, Alfakeeh A, Alghareeb W, et al. Use of camel urine is of no benefit to cancer patients: observational study and literature review. East Mediterr Health J. 2023;29(8):657–63. doi:10.26719/emhj.23.050 [27]

[28] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. iifa-aifi.org

[29] صحيح البخاري، كتاب الطب، باب ما أنزل الله داء إلا أنزل له شفاء، ح 5678. sunnah.com

[30] صحيح البخاري، كتاب الطب، باب لا عدوى، ح 5776. sunnah.com

[31] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م)، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 3/11/1426هـ؛ ولا سيما المواد التاسعة والثامنة عشرة والتاسعة عشرة. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[32] المجلس الصحي السعودي. السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش. 14 جمادى الآخرة 1438هـ (13 مارس 2017م)؛ وتثبت ضمن مراجعها الفقهية فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم (12086) وتاريخ 30/6/1409هـ. moh.gov.sa

[33] نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 14/9/1431هـ (24/8/2010م)، بنـــاءً على قـــرار مجلس الـــوزراء رقم (321) وتـــاريخ 13/9/1431هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[34] نظـام حمايـة البيانـات الشخصـية، الصـادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/19) وتـاريخ 9/2/1443هـ، والمعـدل بالمرسـوم الملكي رقم (م/148) وتـاريخ 5/9/1444هـ. هيئـة الخـبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[35] وزارة الصحة. وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى. الرياض: وزارة الصحة. moh.gov.sa

[36] وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضى. الـدليل السـعودي للإذن الطـبي. الطبعـة الأولى، 1440هـ/2019م (أُعلن في 12 ربيع الآخر 1441هـ / 9 ديسمبر 2019م). moh.gov.sa

[37] وزارة الصحة. نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية. الإصدار الثالث. الريـاض: وزارة الصحة؛ 1440هـ (2019م)؛ البند 1/9. moh.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0