الباب السابع

قضايا نهاية الحياة: إطار طبي وأخلاقي وفقهي ونظامي

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «قضايا نهاية الحياة: إطار طبي وأخلاقي وفقهي ونظامي». 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 التاسع والثلاثون

قضايا نهاية الحياة: إطار طبي وأخلاقي وفقهي ونظامي

ما نهاية الحياة وما الاحتضار • الترك والسحب • القصد والنتيجة ومبدأ الأثر المزدوج • النفع والعبء • من يقرر • التواصل مع الأسرة عند الاحتضار • رعاية المحتضر شرعًا وحقوق الميت الأولى • 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 السابع: نهاية الحياة وحدود التدخل • الجمهور المقصود: الأطباء والتمريض في الأقسام الداخلية والعناية المركزة والأورام والرعاية التلطيفية والرعاية المنزلية، والأخصائيون الاجتماعيون والمرشدون الدينيون في المنشآت، وأعضاء لجان الأخلاقيات • الفصل الأم لـ: المفاهيم الجامعة لقرارات نهاية الحياة (الترك والسحب، والقصد والنتيجة ومبدأ الأثر المزدوج، والنفع والعبء، وتوزيع سلطة القرار)، والتواصل مع الأسرة عند الاحتضار، ورعاية المحتضر شرعًا (حسن الظن، والتلقين، والتوجيه إلى القبلة، والوصية)، وحقوق الميت الأولى عند الوفاة في المنشأة • يحيل إلى: الفصول 2، 5، 6، 8، 9، 10، 13، 27، 32، 33، 37، 40–47 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

قرارات نهاية الحياة ليست جوابًا عن سؤال واحد: «هل نستمر أم نتوقف؟». فكل قرار منها يبدأ بتعيين تدخل بعينه وهدف بعينه، ثم يسأل: هل يحقق هذا التدخل هدفه؟ وما عبؤه على المريض؟ ومن صاحب الكلمة فيه؟ وما القصد من فعله أو تركه؟ وما الذي يستمر من الرعاية أيًّا كان الجواب؟

ويؤدي هذا الفصل دور الإطار للباب السابع. فهو لا يبسط التوجيهات المسبقة ولا الإنعاش ولا الجدوى ولا التلطيف ولا التغذية ولا موت الدماغ ولا القتل الرحيم؛ لكل منها فصله (40–46). وإنما يثبّت الأصول التي تتكرر فيها كلها. ففي الركن الطبي يميز نهاية الحياة من الاحتضار، ويعرض مستويات الرعاية وسقوفها، والتعرف على الأيام الأخيرة. وفي الركن الأخلاقي يحرر خمسة مفاهيم جامعة: الترك والسحب، والقصد والنتيجة، ومبدأ الأثر المزدوج، والنفع والعبء، وتوزيع سلطة القرار؛ ثم يبسط التواصل مع الأسرة عند الاحتضار. وفي الركن الفقهي يؤصل لحرمة النفس ومراتب التداوي والقصد، ويبسط رعاية المحتضر شرعًا وحقوق الميت الأولى بأدلتها من السنة. وفي الركن النظامي يرتب الوثائق الحاكمة ويبين حدود كل منها.

وينتهي الفصل إلى أن ترك تدخل لا ينفع، أو سحبه بعد فشل غرضه، ليس هجرًا للمريض ولا قصدًا لموته؛ وأن الرعاية لا تنقطع بتعذر الشفاء بل يتغير هدفها؛ وأن المحتضر في المنشأة الصحية صاحب حقوق طبية وروحية معًا، تُخطط لها الساعات الأخيرة كما يُخطط للعلاج.

الكلمات المفتاحية: نهاية الحياة؛ الاحتضار؛ أهداف الرعاية؛ الترك والسحب؛ مبدأ الأثر المزدوج؛ النفع والعبء؛ القرار بالنيابة؛ التواصل مع الأسرة؛ تلقين المحتضر؛ حقوق الميت؛ الرعاية التلطيفية؛ نظام مزاولة المهن الصحية.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

يعرف كل من عمل في مستشفى أن العناية المركزة والتهوية الآلية والغسيل الكلوي والأدوية الداعمة للدورة الدموية قد أنقذت أرواحًا كثيرة. ولكنها جعلت بعض الوظائف قابلة للاستمرار بعد أن يعجز العلاج عن عكس المرض، أو عن إعادة المريض إلى حال يُعتدّ بها. فلم تعد التقنية محايدة: قد تكون واجبة إذا رجح إنقاذ نفس قابلة للإنقاذ، وقد تصير عبئًا على صاحبها إذا لم تحقق غرضًا علاجيًا معتبرًا.

ويقصد الفصل بـ«نهاية الحياة» المرحلة التي يبلغ فيها المرض درجة متقدمة يغلب معها ألا يُرجى الشفاء، أو لا يغيّر فيها العلاج الشافي المآل النهائي، فتتجه أهداف الرعاية شيئًا فشيئًا إلى تخفيف الأعراض وحفظ الكرامة ودعم المريض وأسرته. وقد تطول هذه المرحلة أشهرًا. وأما «الاحتضار» فأخصّ منها: هو الأيام أو الساعات الأخيرة التي تظهر فيها علامات قرب الوفاة. فكل محتضر في نهاية حياته، وليس كل من في نهاية حياته محتضرًا؛ فلا تخلط بينهما.

وللسياق السعودي ثلاث سمات مؤثرة، يعرفها كل من عمل فيه. أولاها أن الأسرة حاضرة بقوة في القرار الصحي، وهي مورد عظيم للدعم، ولكنها قد تتحول إلى سلطة بديلة عن مريض قادر. والثانية أن للوفاة في المجتمع المسلم أحكامًا وآدابًا ينتظرها المريض وأهله، كالتلقين والدعاء

CC BY-NC-ND 4.0

والإسراع بالتجهيز، وقد تُنسى في زحمة الإجراءات، أو تُطبَّق بما يؤذي المحتضر. والثالثة أن المرجعية الشرعية والنظامية مفصّلة في بعض المسائل، كعدم الإنعاش (انظر الفصل 41)، ومجملة في غيرها، كسحب ما بُدئ من علاج؛ فيحتاج الممارس إلى أصول يقيس عليها.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الحاجة والفجوة. والأرقام هنا تتكلم وحدها: تقدّر منظمة الصحة العالمية أن 56.8 مليون شخص يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية كل عام، منهم 25.7 مليون في السنة الأخيرة من حياتهم، وأن نحو 14% فقط ممن يحتاجونها يتلقونها [1].

التلطيف ليس تخليًا. ففي تجربة Temel وزملائه على 151 مريضًا بسرطان الرئة المنتشر، حسّن دمج الرعاية التلطيفية المبكرة مع علاج الأورام جودة الحياة والمزاج، وقلّل الرعاية المكثفة قرب الوفاة، ولم يقصّر البقاء [2]. ولا تعني النتيجة أن التلطيف يطيل الحياة دائمًا، ولكنها تنقض من أساسه قول من يسوّي بينه وبين الاستسلام.

حدود التدخل المنفرد. في تجربة SUPPORT على مرضى المستشفيات ذوي الأمراض الخطيرة، لم يغيّر تدخل تواصلي تقوده ممرضات النتائج المستهدفة، ومنها توافق الأطباء مع تفضيلات المرضى في عدم الإنعاش، وشدة الألم [3]. ودلالتها واضحة: معلومة تُكتب في السجل، أو محادثة تجري مرة واحدة، لا تغيّر ممارسة راسخة ما لم يكن وراءها نظام ومسؤولية واضحة.

التواصل مع الأسرة عند الاحتضار. في تجربة Lautrette وزملائه، تلقت أسر مرضى يُتوقع موتهم في العناية المركزة اجتماعًا منظمًا مع الفريق ونشرة عن الحزن، فقلّت لديها أعراض الكرب التالي للصدمة والقلق والاكتئاب بعد تسعين يومًا مقارنة بالرعاية المعتادة [4]؛ فلم يقف أثر الاجتماع عند ساعته. وخلصت مراجعة منهجية لأربعين دراسة شملت 2,854 وكيلًا إلى أن ثلثهم على الأقل عانوا عبئًا انفعاليًا سلبيًا من اتخاذ القرار عن غيرهم، وأن معرفة الوكيل بتفضيل المريض كثيرًا ما خففته [5].

السياق السعودي. والصورة في الواقع السعودي قريبة من ذلك: رصدت دراسة على أطباء الطوارئ والعناية المركزة في مركز ثالثي سعودي فجوة بين العلم بسياسة المستشفى لعدم الإنعاش وقراءتها، وكان ضعف فهم المرضى والأسر أبرز عوائق الحوار [6]؛ وأرقامها مبسوطة في الفصل 33 (المبحث رابعًا). وفي دراسة نوعية سعودية واجه الاستشاريون المشاركون طلبات أسرية متكررة لإخفاء التشخيص، ووصفوها بأنها توتر بين واجب الصدق والأعراف الأسرية، يُحل غالبًا باجتهاد شخصي لا بإرشاد مؤسسي [7].

الدراسات الفقهية. تتناول كتب الفقه أحكام المحتضر في كتاب الجنائز، وتتناول الدراسات الطبية الفقهية التداوي ورفع الأجهزة وموت الدماغ كلًّا على حدة [8، 9]. وقلّ ما يجمع بين الطرفين، مع أن الممارس يعيشهما في ليلة واحدة: قرار سحب جهاز في الساعة العاشرة مساءً، ثم تلقين المحتضر في الساعة الحادية عشرة، ثم تسليم جثمانه فجرًا.

ما يضيفه الفصل. يضيف الفصل ثلاثة أمور: الأول تحرير المفاهيم الخمسة التي تتكرر في فصول الباب، حتى لا يُعاد شرحها في كل فصل. والثاني بسط رعاية المحتضر شرعًا، وحقوق الميت الأولى داخل المنشأة، بوصفها جزءًا من الخطة السريرية لا ملحقًا بها. والثالث حالات «عابرة» تجمع أكثر من مسألة في موقف واحد، كما يحدث في الواقع تمامًا.

CC BY-NC-ND 4.0

المشكلة والسؤال المركزي

والمشكلة، كما يعرفها كل من وقف عند سرير محتضر، أن قرارات نهاية الحياة يختلط فيها ما يتشابه في ظاهره ويختلف في حقيقته: ترك علاج لا ينفع وترك مريض يمكن إنقاذه، وجرعة تسكّن الألم وجرعة تقصد الموت، وأسرة تشارك في القرار وأسرة تُحمَّل ما ليس لها. ويزيد الخلطَ أن الوفاة المتوقعة تقع في الليل غالبًا، أمام فريق مناوب لا يعرف المريض.

والسؤال المركزي: ما الأصول الجامعة التي تضبط قرارات نهاية الحياة كلها؟ وكيف تُترجم إلى خطة تحفظ حياة المريض من التعجيل، وكرامته من الإطالة المؤلمة، وحقوقه الروحية حتى آخر نفَس وبعده؟

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يخرج القارئ منه وهو يميّز بين الترك والسحب والقتل، ويطبّق شروط مبدأ الأثر المزدوج، ويوزّع سلطة القرار بين المريض والوكيل والفريق، ويدير اجتماع الأسرة عند الاحتضار، ويخطط للساعات الأخيرة طبيًا وشرعيًا، ويحفظ حقوق الميت الأولى داخل المنشأة.

ولا يبسط الفصل ما له فصل أم: التوجيهات المسبقة والقرار بالنيابة وبقاء الرفض الموثق بعد فقد القدرة (انظر الفصل 40)، والإنعاش وقرار عدم محاولته وفتوى اللجنة الدائمة 12086 والسياسة الوطنية لعدم الإنعاش (انظر الفصل 41)، والجدوى وحدود التدخل والتجربة العلاجية محددة المدة (انظر الفصل 42)، والرعاية التلطيفية والتهدئة التلطيفية (انظر الفصل 43)، والتغذية والإرواء الصناعيين (انظر الفصل 44)، وموت الدماغ (انظر الفصل 45)، والقتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب (انظر الفصل 46)، وزراعة الأعضاء (انظر الفصل 47). ويحيل في أصول الإذن ونص المادة التاسعة عشرة إلى الفصل 5 (المبحث رابعًا)، وفي تقويم القدرة على القرار إلى الفصل 27 (المبحث أولًا)، وفي إبلاغ الحقيقة إلى الفصل 8 (المبحث رابعًا)، وفي الوفاة المشتبهة وكرامة الميت في العمل الطبي القانوني إلى الفصل 32، وفي سحب المورد الشحيح إلى الفصل 37.

أولًا: الركن الطبي

1-1 خريطة الباب: أين تقع كل مسألة؟

ليست نهاية الحياة مسألة واحدة، بل حقل من المعضلات يقوم كل منها على سؤال حاكم. ويبين الجدول الآتي موقع كل سؤال في الباب، حتى يُرجع إليه عند الحاجة.

خريطة مسائل نهاية الحياة في الباب السابع

المسألة	السؤال الحاكم	الفصل
التخطيط المسبق والقرار بالنيابة	ماذا كان المريض سيختار، ومن ينطق عنه؟	40
الإنعاش وقرار عدم محاولته	ماذا نفعل إذا توقف القلب أو التنفس؟	41

CC BY-NC-ND 4.0

المسألة	السؤال الحاكم	الفصل
الجدوى وحدود التدخل	هل يحقق هذا التدخل هدفه؟ وما سقف العلاج؟	42
الرعاية التلطيفية والتسكين	كيف نخفف المعاناة؟ ومتى يجوز خفض الوعي؟	43
التغذية والإرواء الصناعيان	هل الأنبوب أو المحلول وسيلة علاج تُوزن أم رعاية أساسية؟	44
موت الدماغ	هل مات الإنسان؟	45
القتل الرحيم والانتحار بالمساعدة	هل يُقصد الموت نفسه؟	46
الأصول الجامعة، والاحتضار، وحقوق الميت	ما الذي يجمع ما سبق؟ وكيف تُرعى الساعات الأخيرة وما بعدها؟	39

1-2 الجدوى وصف لتدخل لا حكم على حياة

لا يقال إن «المريض غير مجدٍ»؛ فالجدوى وصف لتدخل محدد بالنسبة إلى هدف محدد. فقد يكون الإنعاش غير مجدٍ لمريض، بينما تبقى المسكنات والعناية التمريضية والأكسجين للراحة والرعاية الروحية نافعة ومطلوبة. وقبل الحكم بعدم الجدوى يسأل الفريق: هل التشخيص مكتمل؟ هل توجد أسباب قابلة للعكس؟ ما احتمال نجاح التدخل؟ وهل يقود نجاحه إلى تحسن ذي معنى للمريض؟ وما أعباؤه؟ وهل توجد وسيلة أقل ضررًا؟ ويعبّر عن عدم اليقين صراحة؛ فشدة المرض لا تحول الاحتمال إلى يقين. وتفصيل الجدوى وأنواعها وإدارة الخلاف عليها في الفصل 42.

ويلزم التمييز بين ثلاثة أوصاف متقاربة: **المرض غير القابل للشفاء**، وقد يبقى قابلًا للسيطرة وإبطاء التدهور؛ و**العلاج غير المجدي**، وهو ما لا يحقق هدفه العلاجي أصلًا؛ و**العلاج غير المتناسب**، وهو ما قد يحقق فائدة محدودة لكن أعباءه تفوقها بوضوح. فالأول لا يسقط كل علاج، والثاني يسقط تدخلًا بعينه، والثالث يحتاج موازنة تشارك فيها قيم المريض.

1-3 مستويات الرعاية وسقوفها

يُترجم الهدف العام إلى مستوى من الرعاية، ثم إلى أوامر محددة. وتتدرج المستويات على النحو الآتي:

1. **العلاج الموجه إلى الشفاء:** حين يكون المرض قابلًا للعلاج وتوجد فرصة معقولة لاستعادة حال مقبولة.
2. **العلاج الموجه إلى إطالة البقاء:** حين لا يمكن الشفاء، لكن التدخل يطيل البقاء أو يبطئ المرض بمنفعة تتناسب مع أعبائه.
3. **التجربة العلاجية محددة المدة:** يبدأ تدخل عند عدم يقين حقيقي، بهدف ومدة ومؤشرات نجاح وفشل وقرار لاحق متفق عليها سلفًا (انظر الفصل 42).

CC BY-NC-ND 4.0

4. **عدم التصعيد:** يستمر العلاج القائم، ولا تضاف تدخلات أكثر عبئًا عند التدهور، كالنقل إلى العناية المركزة أو بدء التهوية الغازية أو الغسيل.
5. **الرعاية المتمحورة حول الراحة:** يصير الهدف الأساسي تخفيف الألم وضيق التنفس والقلق وسائر الأعراض، مع ترك ما لا يحقق راحة ولا فائدة متناسبة.

ولكل حد من حدود العلاج أمر مستقل واضح. فأمر عدم الإنعاش لا يعني عدم التصعيد، وعدم التصعيد لا يعني سحب ما هو قائم، والتحول إلى الراحة لا يعني وقف الأكسجين أو المضاد الحيوي إذا كان يخفف عرضًا. وتقرر الإرشادات الوطنية السعودية للرعاية التلطيفية في الأورام أن رعاية نهاية الحياة ورعاية المحتضر جزء من الرعاية التلطيفية، وأن دعم المريض والأسرة يمتد طوال المرض وبعد الوفاة [10].

1-4 التعرف على الاحتضار ورعاية الأيام الأخيرة

الاعتراف بأن المريض يحتضر قرار سريري له آثاره. فتأخره يعني فحوصًا مؤلمة ووخزًا متكررًا وقياسات للعلامات الحيوية كل ساعة واستدعاءات لفريق الاستجابة السريعة، في ساعات كان ينبغي أن تُخصص للراحة والوداع. وتسرّعه يعني ترك سبب قابل للعكس، كالعدوى أو فرط الكالسيوم أو التسمم الدوائي. لذلك يُبنى على مجموع العلامات لا على علامة واحدة، ويُراجع إذا تحسن المريض، ويشارك فيه أكثر من عضو في الفريق.

ومن العلامات التي يلاحظها الفريق عادة: ضعف متزايد وملازمة للفراش، وتناقص الأكل والشرب، وتراجع الوعي، وتغير نمط التنفس، وبرودة الأطراف وتبقع الجلد، وتجمع الإفرازات في الحلق. ولا ينفرد أي منها بالدلالة.

فإذا ترجح الاحتضار، تُراجع الخطة كلها في ضوء هدف الراحة:

- **ما يُوقف أو يُخفف:** الفحوص الروتينية، والأدوية التي لا تخدم الراحة في الأيام الباقية، والقياسات المتكررة التي تزعج بلا أثر في القرار.
- **ما يُكتب مسبقًا:** أدوية عند الحاجة للألم وضيق التنفس والهياج والغثيان والإفرازات، بطريق إعطاء مناسب إذا تعذر البلع، حتى لا ينتظر المريض طبيبًا مناوبًا في الليل.
- **ما يستمر ويُكثف:** العناية بالفم وترطيب الشفتين، والتقليب والنظافة، وتقييم الألم بمقاييس تناسب من لا يتكلم، وحضور الأسرة.
- **ما يُقرر فرديًا:** السوائل الوريدية والتغذية؛ فلا تُبدأ ولا تُوقف تلقائيًا، بل بحسب نفعها وعبئها وقيم المريض (انظر الفصل 44).
- **ما يُوثق ويُبلغ:** أن المريض يحتضر، وأوامر السقف والإنعاش، ومن يُتصل به من الأسرة ومتى، وحاجاته الروحية.

ويرتبط بهذا تسكين الأعراض بجرعات معايرة. وقد خلصت مراجعة للأدلة إلى أنه لا دليل على أن بدء الأفيونات والمهدئات أو زيادتها بجرعات معايرة لضبط الأعراض في نهاية الحياة يقصّر البقاء [11]. فالخوف من الأفيون لا يبرر ترك المحتضر يختنق أو يتألم، وتفصيل ضبط الأعراض والتهدئة التلطيفية في الفصل 43.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: حين يترجح الاحتضار: ما يُوقف، وما يُكتب مسبقًا، وما يستمر، وما يُقرر فرديًا، وما يُوثق.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 المبادئ الأربعة في نهاية الحياة

يطلب **الإحسان** فائدة واقعية للمريض، ويمنع **عدم الإضرار** ألمًا وإجراءات لا يوازنها نفع، وتحمي **الاستقلالية** اختيار المريض القادر داخل البدائل المقبولة مهنيًا، وتمنع **العدالة** التمييز بالعمر أو الإعاقة أو المكانة [12]. ولكن لا يعمل مبدأ منها وحده: فاحترام المريض لا ينشئ له حقًا في تدخل غير مناسب، والإحسان لا يبرر إخفاء الحقيقة عنه، والعدالة لا تسمح بأن يُسمّى نقص الموارد «عدم جدوى». فإن كان الدافع هو الندرة فبابه الفصل 37 ومعاييره المعلنة، لا لغة الجدوى؛ فسمِّ الأشياء بأسمائها.

وقد راجعت الجمعية الطبية العالمية إعلان البندقية في رعاية نهاية الحياة في جمعيتها العامة ببرلين في أكتوبر 2022م، فقرر الإعلان ثلاثة أمور: وجوب احترام حق المريض المستقل في رفض أي علاج ولو قصُرت حياته بذلك، وأن التسكين إلى فقد الوعي لا يجوز أبدًا أن يُستعمل لإحداث الموت عمدًا، وأن الجمعية ما زالت تعارض القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب [13]. وهي مرجعية أخلاقية دولية يُستأنس بها، ولكنها لا تحل محل النص الشرعي ولا النظام السعودي.

2-2 الترك والسحب: هل بينهما فرق أخلاقي؟

الترك ألا يُبدأ تدخل، و**السحب** أن يُوقف تدخل قد بدأ. والشائع في التفريق بينهما أن السحب «فعل» يشعر الفريق معه بأنه سبب الوفاة، وأن الترك «امتناع» أخف على النفس. ولذلك يميل بعض الفرق إلى ألا يبدؤوا أصلًا، خشية ألا يستطيعوا الإيقاف بعده.

والراجح في الأدبيات الأخلاقية أنه لا فرق أخلاقي جوهري بين الأمرين إذا اتحد السبب: فالمسوّغ في الحالين أن التدخل لا يحقق مصلحة المريض، أو أن عبأه يرجح نفعه [12]. بل إن التمسك بالفرق قد يضر المريض من جهتين: فقد يُحرم من تجربة علاجية نافعة لأن الفريق يخشى ألا يوقفها، وقد يُبقى على تدخل ثبت فشله لمجرد أنه بدأ. فهل يُعقل أن يدفع المريض ثمن تهيّب الفريق؟ ولهذا يوصى بأن تُبدأ التجارب العلاجية المحدودة مع بيان صريح بأن استمرارها مشروط بتحقيق هدفها.

CC BY-NC-ND 4.0

غير أن التسوية الأخلاقية لا تلغي ثلاثة فروق عملية يعرفها من عاناها. الأول نفسي: السحب أثقل على الأسرة والفريق، فيحتاج إلى تمهيد ووقت ودعم. والثاني إجرائي: السحب يحتاج إلى خطة تستبق الأعراض، كتسكين ضيق التنفس قبل نزع أنبوب التنفس. والثالث مرجعي: قد تكون النصوص الشرعية والنظامية أوضح في أحدهما منها في الآخر، فيُرجع في كل منهما إلى ما يخصه (المطلب 3-2).

2-3 القصد والنتيجة

قد يتحد الفعلان في النتيجة ويفترقان في الحكم. فخذ طبيبين: أحدهما يوقف جهازًا لا ينفع، والآخر يحقن دواءً لإنهاء الحياة، وقد يموت مريض كل منهما في الليلة نفسها. فهل هما سواء؟ لا؛ فالأول يقصد رفع عبء لا يحقق غرضه، والمرض هو سبب الوفاة، والثاني يقصد الموت نفسه، وفعله هو السبب. وهذا هو الحد الفاصل بين ترك العلاج والقتل الرحيم (انظر الفصل 46).

ولا تكفي دعوى النية وحدها؛ فالنية في القلب، والقصد يُستدل عليه بقرائن ظاهرة. وأهمها أربع: **نوع الفعل** (رفع وسيلة، أم إدخال سبب قاتل؟)، و**الجرعة وتناسبها** (معايرة على العرض، أم قفزة لا يبررها العرض؟)، و**سبب الوفاة** (المرض، أم الفعل؟)، و**التوثيق** (هل سُجّل العرض والهدف والاستجابة؟). فالنية الحسنة المزعومة لا تبيح جرعة لا تفسرها الأعراض، والنية السيئة لا تجعل التسكين المتناسب محرمًا.

2-4 مبدأ الأثر المزدوج

يعالج مبدأ الأثر المزدوج فعلًا واحدًا له أثران: أثر حسن مقصود، وأثر سيئ متوقع غير مقصود. ومثاله الأشهر في نهاية الحياة ما يراه كل من عمل في الأجنحة: أفيون يُعطى لتخفيف ضيق تنفس شديد، مع احتمال أن يثبط التنفس. ويشترط المبدأ في صيغته المتداولة أربعة شروط [12، 14]:

1. أن يكون الفعل في ذاته مشروعًا أو محايدًا، كإعطاء مسكن.
2. أن يقصد الفاعل الأثر الحسن وحده، ويتوقع الأثر السيئ دون أن يقصده.
3. ألا يكون الأثر السيئ وسيلة إلى الأثر الحسن؛ فلا يُخفف الألم «بواسطة» الموت.
4. أن يتناسب الأثر الحسن مع الأثر السيئ، بأن يكون العرض شديدًا ولا بديل أقل خطرًا.

وحدود المبدأ مهمة. فهو لا يُحتاج إليه أصلًا حين تكون الجرعة معايرة ولا دليل على أنها تقصّر الحياة [11]. ولا يصلح غطاءً لجرعة لا يفسرها العرض. ولا ينطبق على من طلب الموت فأُعطي ما يُحدثه؛ لأن الموت هنا هو المقصود والوسيلة معًا، فلا يبقى أثر غير مقصود يُحتج به. وتطبيقه في التهدئة التلطيفية مبسوط في الفصل 43.

2-5 النفع والعبء

يُوزن كل تدخل بميزانين: **النفع** المتوقع للمريض بحسب أهدافه (الشفاء، أو إطالة بقاء يُعتد به، أو استعادة وظيفة، أو راحة)، و**العبء** الذي يتحمله (ألم، وتقييد، وإقامة في العناية، وفقد للتواصل، ومضاعفات). ويشارك المريض في الوزن ولا بد؛ لأن ما يُعد عبئًا محتملًا عند مريض قد يكون غير محتمل عند آخر، والذي يحمل العبء هو لا أنت.

CC BY-NC-ND 4.0

وضابطان يحفظان الوزن من أن يميل. الأول: أن تقدير «جودة الحياة» سؤال عن ملاءمة التـدخل لقيم المريض وحاله، لا حكم على قيمة وجوده؛ فلا يجوز أن تُعد حيـاة ذي الإعاقـة أو المسـن أقـل قيمة من غيرها. والثاني: أن العبء على الأسرة أو المنشـأة لا يـدخل في المـيزان باسـم مصـلحة المريض؛ فإن كان للموارد أثر فليُعلن صراحة، ويُعالج بمعاييره.

2-6 من يقرر؟ توزيع سلطة القرار

تتوزع سلطة القرار في نهاية الحياة على أربع دوائـر، وكثـير من المواقـف إنمـا يفسـد لأن النـاس يخلطون بينها:

1. **المريض القادر** صـاحب الحـق الأول في قبـول العلاج ورفضـه داخـل البـدائل المقبولـة. والقدرة تُقوّم لقرار بعينه، وتُدعم قبل الحكم بفقدها بعلاج الألم والهذيان ونقص الأكسجين واختيار وقت اليقظة (انظر الفصل 27، المبحث أولًا). ولا تنتقل الكلمة إلى الأسرة لمجـرد أن المرض خطير.
2. **صاحب الصـفة عن فاقـد القـدرة** يتقيـد بمـا كـان المـريض سـيختاره، ثم بمصـلحته الفضـلى، ولا يملـك طلب إنهـاء الحيـاة ولا فـرض تـدخل لا يقبلـه الطب. وتـرتيب أصـحاب الصفة والتوجيهات المسبقة مبسوط في الفصل 40.
3. **الفريق الطبي** صاحب الحكم على الملاءمة الطبية: فهو الذي يقرر أن تدخلًا ما لا يحقق غرضه، ولا يُحمّل الأسـرة هـذا الحكم المهـني. وقـد عـالج بيـان جمعيـات العنايـة المركـزة طلبات العلاج «الذي قد يكون غير مناسب» بمسار تشاوري يتدرج إلى المراجعة المستقلة [15].
4. **الجهة المرجعية عند النزاع** من رأي ثـانٍ ولجنـة أخلاقيـات وشـؤون قانونيـة، وتفصـيل مسارها في الفصل 13.

وأخطر ما في هذا الباب أن يقف الطبيب أمـام ذوي المـريض فيسـألهم: «هـل تريـدون أن نوقـف العلاج؟». فهذا السؤال ينقل إليهم حكمًا مهنيًا ليس لهم، ويحمّلهم ذنبًا قد يلازمهم سنين، ويخـالف ما ثبت من عبء القرار على الوكلاء [5]. والبديل أن يقدم الفريق توصية مهنية واضحة، ثم يسـأل الأسرة عن قيم المريض وما كان سيريده هو.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: من يقرر في نهاية الحياة: المريض القادر أولًا، ثم صاحب الصفة بما كان المريض سيختاره ثم بمصلحته الفضلى.

2-7 التواصل مع الأسرة عند الاحتضار

واعلم أن كثيرًا من نزاعات نهاية الحياة لا ينشأ من اختلاف في المبادئ، بل من ضعف التواصل: ألفاظ غامضة، ورسائل متناقضة من أطباء متعددين، ووعود غير واقعية، وتأخر الحديث عن أهداف الرعاية حتى تقع الأزمة. فالتواصل هنا جزء من العلاج، لا مجاملة تُضاف إليه إن اتسع الوقت. وتوصي إرشادات الرعاية المتمحورة حول الأسرة في العناية المركزة بلقاءات أسرية منتظمة لتقوية الثقة وتقليل الخلاف [16].

اجتماع الأسرة عند الاحتضار في ثماني خطوات:

1. **التهيئة:** مكان يحفظ الخصوصية، وحضور الطبيب المسؤول والممرضة، وتوحيد الرسالة داخل الفريق قبل الدخول، وسؤال المريض إن كان قادرًا عمن يريد حضوره.
2. **سؤال الفهم:** «ماذا فهمتم عن حاله حتى الآن؟». فالإجابة تحدد نقطة البدء.
3. **الخبر بوضوح ورحمة:** كلمات بسيطة وجمل قصيرة، مع قول الكلمة الصعبة صريحة عند الحاجة: «نعتقد أنه يقترب من الوفاة، وقد يكون ذلك خلال أيام».
4. **الاستجابة للمشاعر:** الصمت والتسمية والاعتراف قبل أي قرار. فمن يسمع الخبر لا يسمع ما بعده إن لم يُمهل.
5. **التوصية المهنية:** «لا نوصي بالإنعاش أو بنقله إلى العناية؛ لأنهما لن يحققا له ما نرجوه، ونوصي بأن نركز على راحته».
6. **بيان ما يستمر:** وهو أهم ما في الاجتماع: علاج الألم والضيق، والعناية بالفم والجسد، والحضور التمريضي، والسماح بالبقاء عنده، وتيسير حاجاته الروحية.

CC BY-NC-ND 4.0

7. **ما يتوقعونه:** وصف مبسط لما قد يرونه، كتغير التنفس وأصوات الإفرازات، وأنها لا تعني غالبًا معاناة، وكيف يطلبون الممرضة.
8. **التوثيق والإبلاغ:** ما قيل، ومن حضر، وما اتُّفق عليه، ومن يُتصل به عند التغير، وإبلاغ المناوبين.

عبارات تُستبدل:

بدل أن يقال	يقال
«لا يوجد شيء نفعله»	«سنركز كل جهدنا على راحته»
«هل تريدون أن نوقف كل شيء؟»	«نوصي بإيقاف ما لا ينفعه، ونكثف ما يريحه»
«نتركه يموت»	«المرض بلغ مرحلة لا يغيرها هذا الجهاز»
«سنفعل كل شيء»	«سنفعل كل ما ينفعه، ولن نفعل ما يؤذيه بلا فائدة»
«هل تريدون أن ننعشه أم لا؟»	«الإنعاش لن يعيده إلى ما نرجو، ولذلك لا نوصي به»

الأمل لا يساوي الوعد بالشفاء. فيمكنك أن تحفظ الأمل وأنت صادق، بأن تعيد توجيهه: من الشفاء إلى تخفيف الألم، أو العودة إلى البيت، أو حضور الأحبة، أو المصالحة، أو إتمام الوصية، أو الوفاة بهدوء. وحق المريض في معرفة حاله وحدود تفويضه لأسرته مبسوطان في الفصل 8.

بعد الوفاة. ولا ينقطع التواصل بموت المريض، بل يمتد بعده: إبلاغ الخبر في مكان مناسب، والإذن بالبقاء مع المتوفى وقتًا، وشرح الإجراءات التالية بوضوح، والاطمئنان إلى من يقود الأسرة إلى بيتها. ولا يُترك الأقارب يقرؤون الوفاة في وجوه الفريق، أو على شاشة جهاز المراقبة.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 الأصول الحاكمة

تقوم الموازنة الشرعية في نهاية الحياة على أربعة أصول. **الأول حرمة النفس**؛ فلا يجوز قتلها ولا التسبب في إزهاقها ولو برضا صاحبها، لقوله تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنفُسَكُمْ﴾، وقوله: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ﴾ [17]. **والثاني مشروعية التداوي** على مراتب بحسب الحال. فقد قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 67 (5/7) أن الأصل في التداوي أنه مشروع، وأنه يجب إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو أحد الأعضاء أو العجز أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره، ويُندب ويُباح ويُكره فيما دون ذلك. وقرر أن اليأس من الشفاء مسألة يقدرها الأطباء بحسب إمكانات زمانهم، وأوجب الاستمرار في رعاية المريض وتخفيف آلامه بصرف النظر عن توقع الشفاء [18]. وتفصيل القرار في الفصل 5 (المبحث ثالثًا)، والأحكام الخمسة في الفصل 2 (المبحث رابعًا).

والثالث اعتبار النفع والضرر، بقاعدة «الضرر يزال» المستندة إلى حديث «لا ضرر ولا ضرار» [19، 20]. فتُزال المعاناة بوسيلة مشروعة، ولا يُزال الضرر بضرر مثله أو أكبر؛ فلا يُدفع الألم بإنهاء الحياة، ولا يُحرم المريض علاجًا نافعًا تخفيفًا لعبء غيره. **والرابع اعتبار القصد**

CC BY-NC-ND 4.0

بقاعـدة «الأمـور بمقاصـدها» [20]، وهي أصـل التفريـق بين التسـكين المتناسـب وتعمـد الإماتـة (المطلب 3-3).

ويضاف إليها قاعدتان ضابطتان. «اليقين لا يـزول بالشـك»: فلا تُـرتب أحكـام الوفـاة، ولا يُسـحب دعم للحياة، ولا يُحكم بفقد الأهلية، على مجرد انطباع؛ ولا يلزم في المقابـل اسـتمرار تـدخل ثبت فشله لاحتمال موهوم. و«التصرف على الرعية منـوط بالمصـلحة»: فتصـرف الـولي عن المـريض مقيد بمنفعته ورفع الأذى عنه، ولا يُعتد برفضه إذا ترتب عليه ضرر واضح [18، 20].

3-2 تكييف الترك والسحب فقهًا

ليس كل ممكن تقنيًا واجبًا شرعًا. فإذا قرر الأطباء المختصون أن تدخلًا لا يفيد المريض ولا ينفعـه، بل قد يضره، جاز تركه، مع بقاء مـا يعين على الحيـاة ومـا ينفـع المـريض من عنايـة؛ وبهـذا أفـتى الشـيخ عبـد العزيـز بن بـاز في إيقـاف العلاج عمن لا يـرجى شـفاؤه [21]. والفائـدة الدقيقـة من الفتوى الفصل بين تدخل غير نافع يجوز تركه، وعناية نافعة تبقى بقدر الاستطاعة.

وفي الإنعاش خاصة تُعد فتـوى اللجنـة الدائمـة 12086 المرجـع الفقهي للسياسـة الوطنيـة لعـدم الإنعاش (انظر الفصل 41). وفي رفع الأجهزة عمن ثبتت وفاته قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 17 (5/3) أنه يسوغ رفعها بعد ثبوت الوفاة بمعيارها [22]؛ وهو قرار في إثبات الوفـاة لا في علاج الحي، ومبسوط في الفصل 45.

ويبقى السحب من الحي، إذا لم يعد التدخل يحقق غرضه، داخلًا في الأصل نفسـه الـذي أفـتى بـه ابن باز: فالوسيلة الطبية لا تصير واجبة الاستمرار لمجرد أنها بدأت، بل يدور حكمها مـع المصـلحة وجودًا وعدمًا. ويشترط لذلك مـا يشـترط للـترك: تقـدير مختصـين ثقـات، واسـتكمال التشـخيص، وانتفاء قصد الإماتة، واستمرار العناية بالمريض. أما سحب المـورد لتفضـيل مـريض آخـر فمسـألة أخرى أمها الفصل 37.

3-3 القصد في الفقه وضابط التسكين

القاعدة «الأمور بمقاصدها» تفرق بين أفعال متشابهة الظاهر: مسـكن قـوي يُعطى لتخفيـف الألم وجرعة تُعطى لإنهاء الحياة، ورفع جهاز ثبت عدم نفعه ورفعه لقتل المريض، وعـدم بـدء إنعـاش لا يلائم الحال والامتناع عن إنقـاذ من يمكن إنقـاذه [20]. ويقـترب هـذا من مبـدأ الأثـر المـزدوج في الركن الأخلاقي: فالتسكين المتناسب تداوٍ وإزالة ضرر، ولا يصير محرمًـا باحتمـال أثـر جـانبي غـير مقصود، ما دام قدر الحاجـة معتـبرًا بالمعـايرة والمراقبـة والتوثيـق. أمـا الجرعـة الـتي يُقصـد بهـا الموت، أو التي لا يفسرها العرض، فمحرمة ولو طلبها المريض، ويدخل تحت هذا المنع ما يحظـره النظام (المطلب 4-2). وضوابط التهدئة التلطيفية مفصلة في الفصل 43.

3-4 رعاية المحتضر شرعًا

للمحتضر حقوق روحية ينبغي أن تُدرج في خطة رعايته، وأن تُطبق برفق لا يؤذيه ولا يزعجه:

حسن الظن بالله. قال النبي ﷺ: «لا يموتن أحـدكم إلا وهـو يحسـن باللـه الظن» [23]. فيُعـان المحتضر على الرجاء، ولا يُفجع بالتهويل، ويُذكر بسعة رحمة الله.

التلقين. قال ﷺ: «لقنوا موتاكم لا إله إلا الله» [24]، والمـراد بـالموتى هنـا المحتضـرون؛ وقـال ﷺ: «من كان آخر كلامه لا إله إلا الله دخل الجنة» [24]. والتلقين سنة [8]. وصفته أن يقال

CC BY-NC-ND 4.0

للمحتضر: «قل: لا إله إلا الله»، أو يُذكّر بربه، فإذا قالها كفى، ولا يُضجر [25]. ويُفهم من ذلك ثلاثة ضوابط عملية: أن يتولاه واحد من أهله بصوت هادئ لا جمع يتسابقون عليه، وألا يُلح عليه إذا كان في ضيق أو هياج، وأن يُعاد برفق إذا تكلم بعدها بكلام آخر. والفريق يُيسر ذلك ولا يتولاه عن الأسرة إلا إذا طلبته.

التوجيه إلى القبلة. استحبه كثير من أهل العلم، وأفتى به الشيخ ابن باز، على أن يُجعل المحتضر على جنبه الأيمن ووجهه إلى القبلة [26]؛ وأنكره سعيد بن المسيب [8]. والمسألة إذن محل اجتهاد، فتُيسر المنشأة ما تيسر منها دون أن تُعرّض المحتضر لألم أو خطر، كتحريك من به كسور أو قُرح أو ضيق نفس يسوء على الجنب. ويمكن تحقيق المقصود أحيانًا بترتيب السرير في الغرفة لا بتقليب المريض.

قول الخير والدعاء. قال ﷺ: «إذا حضرتم المريض أو الميت فقولوا خيرًا؛ فإن الملائكة يؤمنون على ما تقولون» [27]. فيُهيأ المكان للدعاء والذكر، ويُمنع ما يزعج المحتضر من صخب أو نياحة، ويُرفق بالأهل في حزنهم.

الوصية وقضاء الحقوق. قال ﷺ: «ما حق امرئ مسلم له شيء يوصي فيه يبيت ليلتين إلا ووصيته مكتوبة عنده» [28]. ولذلك يتأكد حق المريض في معرفة قرب أجله ما دام قادرًا: ليكتب وصيته، ويرد المظالم، ويقضي ديونه، ويودع أهله. فإخفاء قرب الموت عن مريض قادر قد يفوّت عليه حقًا دينيًا لا يُستدرك، وهو من أسباب تأكيد الإفصاح الرحيم (انظر الفصل 8، المبحث ثالثًا).

ما لم يثبت. تتداول بعض الأسر أعمالًا عند المحتضر لم يثبت فيها دليل أو اختلف فيها أهل العلم، كقراءة سور معينة عليه. والمنشأة لا تمنع الذكر والقرآن ما لم يؤذيا المريض أو غيره، ولا تتولى الترجيح الفقهي فيها، وتحيل الأسرة عند السؤال إلى أهل العلم أو المرشد الديني المعتمد.

3-5 حقوق الميت الأولى

إذا ثبتت الوفاة بمعيارها المعتمد، بدأت حقوق الميت الأولى. وإثبات الطبيب للوفاة شرط سابق لكل ما يُبنى عليها من إزالة الأجهزة والتجهيز والتسليم (انظر الفصل 32، المبحث ثالثًا). غير أن ما لا يُتدارك ضرره، كإغماض العينين والتغطية وتمكين الأهل من الوداع، يجوز للممرضة في وفاة متوقعة عليها أمر بعدم الإنعاش، بعد أن تتحقق من غياب العلامات الحيوية، وإلى أن يحضر الطبيب. ومن هذه الحقوق:

- **إغماض العينين والدعاء.** دخل النبي ﷺ على أبي سلمة وقد شق بصره فأغمضه، ثم قال: «إن الروح إذا قبض تبعه البصر»، ودعا له [27].
- **ما يُسن عمله لمن مات.** يُستحب إغماض عينيه، وشد لحييه بعصابة، وتليين مفاصله، وتغطيته بثوب يستره [9]. وفي المنشأة تتولاه الممرضة برفق، وتُزال الأجهزة والقساطر بعد إثبات الطبيب للوفاة، ما لم تكن الوفاة مما يُبلغ عنه ويُحفظ على حاله (انظر الفصل 32).
- **الستر وحرمة البدن.** قال ﷺ: «كسر عظم الميت ككسره حيًّا» [29]. فيُحفظ جسده من الكشف والامتهان والتصوير، ويُراعى الجنس في المناولة قدر الإمكان كما يُراعى في الحي (انظر الفصل 6، المبحث ثالثًا).

CC BY-NC-ND 4.0

- **الإسراع بالتجهيز.** قال ﷺ: «أسرعوا بالجنازة» [30]. فتُنجز المنشأة إجراءات إثبات الوفاة وتوثيقها وتسليم الجثمان دون تأخير لا مسوغ له، ولا تتخذ الإسراع ذريعة لتجاوز فحص الوفاة أو التبليغ عما يجب التبليغ عنه.
- **إعلام الأهل برفق وتمكينهم من الوداع.** ويُسأل عن رغبة الأسرة في وقت للوداع قبل النقل، ويُيسر لها ما لا يعطل غيرها من المرضى.

والتبرع بالأعضاء بعد الوفاة وأحكامه في الفصل 47، والتشريح في الفصل 32.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 مراتب الوثائق الحاكمة

يلزم التمييز بين النظام ولائحته التنفيذية، والسياسة الوطنية، والدليل الإرشادي، وسياسة المنشأة. فالنظام يضع الواجبات الكلية، واللائحة تفصّلها، والسياسة الوطنية تنظم إجراءً بعينه، وسياسة المنشأة تنزّله على مواردها. ولا يُنسب إلى نظام مزاولة المهن الصحية بروتوكول تفصيلي لكل صور سحب دعم الحياة؛ فهو يضع أصول المصلحة والعناية والرضا والاستشارة، ويحظر إنهاء الحياة عمدًا، بينما يرد تفصيل عدم الإنعاش في السياسة الوطنية (انظر الفصل 41).

4-2 نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته

صدر النظام بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ [31]. وأهم ما يخص نهاية الحياة منه أربعة أمور:

1. **المصلحة ومنع العمل الذي لا ينفع.** تنص المادة التاسعة على أنه «يجب أن يستهدف العمل الطبي دائمًا مصلحة المريض، وعلى الممارس الصحي أن يبذل جهده لكل مريض» [31]، وأصلها في الفصل 9. وتمنع الفقرة (1/9) من لائحتها في نسخة وزارة الصحة (القرار الوزاري 4080489) الممارس من إجراء «أي عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض»، وهي الفقرة (1-8) في الإصدار الثالث [32]. وهذا سند نظامي لترك التدخل غير النافع، لا لترك الرعاية النافعة.
2. **الرضا وحظر إنهاء الحياة.** تقرر المادة التاسعة عشرة أصل رضا المريض أو من يمثله، ثم تختم بأنه «لا يجوز بأي حال من الأحوال إنهاء حياة أي مريض ميؤوس من شفائه طبيًا، ولو كان بناءً على طلبه أو طلب ذويه» [31]. ونص المادة كاملًا وتحليل استثنائها في الفصل 5 (المبحث رابعًا).
3. **التشخيص والمعلومة والاستشارة.** تلزم المادة الخامسة عشرة بالتشخيص بالعناية اللازمة، والاستعانة بمن تستدعي الحالة مشاركتهم، وتقديم ما يطلبه المريض عن حالته بدقة وموضوعية [31]. وإبلاغ الحقيقة وتقدير الطبيب في الأمراض المستعصية مبسوطان في الفصل 8 (المبحث رابعًا).
4. **معيار العناية.** التزام الممارس بذل عناية يقظة وفق الأصول العلمية، ومن صور الخطأ نقص المتابعة وعدم استشارة من تستدعي الحالة الاستعانة به (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا). وفي نهاية الحياة قد تنشأ المسؤولية من التسرع في الحكم بعدم الجدوى، كما قد تنشأ من إبقاء تدخل ضار بلا مراجعة، أو من إهمال الألم.

CC BY-NC-ND 4.0

4-3 الوثائق الوطنية المكملة

- **السياسة الوطنية لعدم الإنعاش:** تنظم قرار عدم محاولة الإنعاش وتوثيقه، ومبسوطة في الفصل 41.
- **الدليل السعودي للإذن الطبي:** يوحد آلية الإذن وتحديد من يمثل المريض [33]؛ ومبسوط في الفصل 5.
- **وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى:** تقرر حق المريض في المعلومة والمشاركة والخصوصية والاحترام [34].
- **الإرشادات الوطنية للرعاية التلطيفية في الأورام:** الصادرة عن المركز الوطني للأورام بالمجلس الصحي السعودي سنة 2019م، وفيها فصل لرعاية نهاية الحياة وآخر للتسكين التلطيفي [10].

4-4 من يقرر نظامًا، وما مسار الخلاف؟

المريض القادر يأذن ويرفض، ورفضه في الحال المستعجلة يوجب عليه القرار 184 (10/19) الإذن ديانةً ويجيز التدخل بضمانات، ورجح الفصل 5 العمل في المنشأة بالمادة التاسعة عشرة وشروط الدليل السعودي للإذن الطبي (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). وعند فقد القدرة يُرجع إلى من يمثله وفق الدليل السعودي للإذن الطبي وسياسة المنشأة، ولا يصح وصف كل قريب بأنه ممثل نظامي. ولا يعد رفض الولي «تعذرًا» تسنده المادة التاسعة عشرة؛ فإذا كان رفضه ضارًا بالمريض ضررًا واضحًا أخطرت المنشأة الجهة المختصة ولم تنب عنها.

وعند الخلاف يتدرج المسار: توحيد المعلومة داخل الفريق، ثم اجتماع أسري منظم، ثم رأي طبي ثانٍ، ثم إشراك الطب التلطيفي، ثم لجنة الأخلاقيات، ثم الإدارة الطبية والشؤون القانونية. ولا يجوز في أثناء النزاع التخلي عن المريض، ولا وقف علاج أعراضه، ولا الضغط غير المشروع على أسرته (انظر الفصل 13).

4-5 الوفاة في المنشأة

الوفاة المتوقعة في المنشأة حدث سريري وإداري معًا. فيُثبت الطبيب الوفاة بالفحص ويوثق وقتها وسببها وفق سياسة المنشأة، وتُتبع إجراءات التبليغ عنها وتسليم الجثمان. ويُفرق بين الوفاة المتوقعة لمرض معلوم، والوفاة المشتبهة أو غير المتوقعة التي تستوجب إبلاغ الجهة المختصة وحفظ الجثة على حالها؛ والثانية أمها الفصل 32. وحسن تنظيم هذه الإجراءات مسبقًا، ولا سيما في الليل والعطل، هو ما يوفق بين الإسراع المشروع بالتجهيز وسلامة التوثيق.

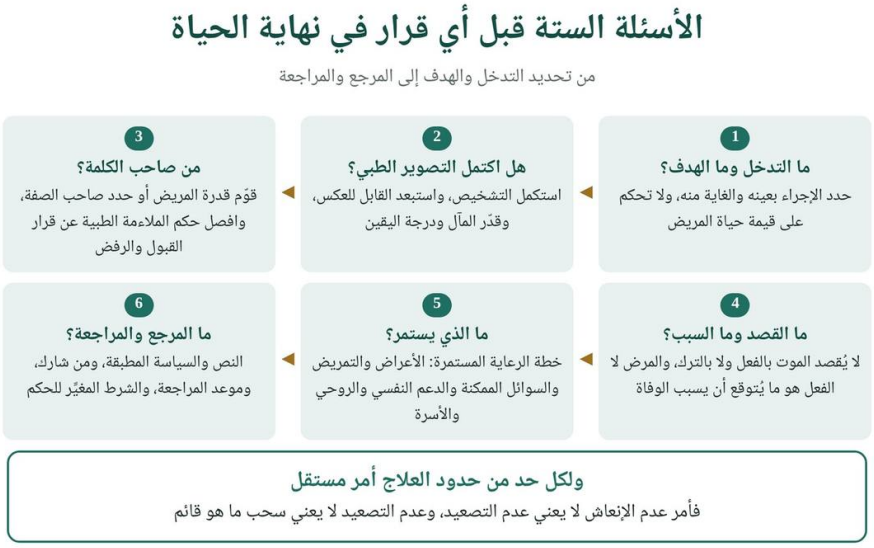
خامسًا: أدوات عملية

5-1 الأسئلة الستة قبل أي قرار في نهاية الحياة

1. **ما التدخل وما الهدف؟** حدد الإجراء بعينه والغاية منه، ولا تحكم على قيمة حياة المريض.

CC BY-NC-ND 4.0

2. **هل اكتمل التصوير الطبي؟** استكمل التشخيص، واستبعد القابل للعكس، وقدّر المآل ودرجة اليقين.
3. **من صاحب الكلمة؟** قوّم قدرة المريض على هذا القرار، أو حدد صاحب الصفة عنه، وافصل حكم الملاءمة الطبية عن قرار القبول والرفض.
4. **ما القصد وما السبب؟** تأكد أن الفعل أو الترك لا يقصد الموت، وأن المرض لا الفعل هو ما يُتوقع أن يسبب الوفاة.
5. **ما الذي يستمر؟** اكتب خطة الرعاية المستمرة: الأعراض والتمريض والسوائل الممكنة والدعم النفسي والروحي والأسرة.
6. **ما المرجع والمراجعة؟** حدد النص والسياسة المطبقة، ومن شارك، وموعد المراجعة، والشرط المغيِّر للحكم.



شكل: الأسئلة الستة قبل أي قرار في نهاية الحياة: من تحديد التدخل والهدف إلى المرجع والمراجعة.

5-2 جدول التمييز العملي

التمييز بين الأوامر والأفعال المتقاربة

المصطلح	السؤال الحاكم	الأثر العملي	الفصل الأم
عدم الإنعاش	ماذا نفعل عند توقف القلب أو التنفس؟	لا تبدأ محاولة الإنعاش، وتستمر سائر الرعاية	41
عدم التصعيد	ما الذي لن يضاف عند التدهور؟	سقف محدد لا يوقف القائم	42
التجربة محددة المدة	هل يُحسم النفع بعد زمن معلوم؟	هدف ومؤشرات ومراجعة مقررة سلفًا	42
سحب تدخل	هل فقد تدخل قائم	إيقاف منضبط مع	39، 42

CC BY-NC-ND 4.0

المصطلح	السؤال الحاكم	الأثر العملي	الفصل الأم
	غرضه أو رجح عبؤه؟	استباق الأعراض	
التسكين المتناسب	هل الجرعة معايرة على العرض؟	جائز ولو احتُمل أثر غير مقصود	43
القتل الرحيم	هل يُقصد الموت نفسه؟	محظور شرعًا ونظامًا ومهنيًا	46

5-3 قائمة الساعات الأخيرة

- هل وُثق أن المريض يحتضر، ومتى يُراجع ذلك؟
- هل راجعنا الأدوية والفحوص والقياسات، وأوقفنا ما لا يخدم الراحة؟
- هل كُتبت أدوية عند الحاجة للألم والضيق والهياج والإفرازات بطريق مناسب؟
- هل خُطط للفم والجلد والتقليب والنظافة؟
- هل أُبلغت الأسرة بقرب الوفاة، وبما قد تراه، وبكيف تطلب المساعدة؟
- هل سُئلت عن حاجات المريض الروحية، ويُسر التلقين والذكر والتوجيه إلى القبلة إن أمكن بلا أذى؟
- هل عُرف من يُتصل به عند الوفاة، ومن يستلم الجثمان، وهل الوفاة مما يُبلغ عنه؟
- هل أُبلغ المناوبون بالخطة كلها كتابةً وشفاهةً؟

5-4 توثيق لا غنى عنه

يسجل الطبيب التشخيص وقابلية العكس، والتدخل والهدف، ودرجة اليقين، والقدرة على القرار، وما فهمه المريض، ورغباته أو مصدر القرار النيابي، وأسماء المشاركين، والرأي الثاني، والنص أو السياسة المطبقة، وما يستمر من رعاية، وموعد المراجعة. وتنتقل الأوامر بوضوح بين الأقسام والمناوبات والمنشآت؛ فبقاء أمر قديم نافذًا بعد تغير الحال من أكثر أسباب الخطأ في أوامر نهاية الحياة.

سادسًا: الحالات التطبيقية

الحالات الآتية «عابرة»: تجمع كل منها أكثر من مسألة من مسائل الباب في موقف واحد، كما تجتمع في الواقع، ولا تكرر حالات الفصول 40–46. ويُحال في كل مسألة جزئية إلى فصلها الأم.

الحالة الأولى: الساعات الأخيرة في الجناح ليلًا

الوقائع. رجل في التاسعة والسبعين، مصاب بسرطان بنكرياس منتشر، دخل المستشفى بالتهاب رئوي. ووثّق الفريق النهاري أمرًا بعدم الإنعاش وعدم النقل إلى العناية المركزة بعد اجتماع مع أبنائه. فلما كان منتصف الليل تغيّر تنفسه، وبردت أطرافه، وتراجع وعيه، وظهرت أصوات إفرازات في حلقه. واجتمع عنده تسعة من أهله: ابنه الأكبر يلقنه الشهادة بصوت مرتفع مرة بعد مرة والمريض يتململ، وابنته تطلب «محلولًا» حتى «لا يموت عطشانًا»، وأخوه يريد أن

CC BY-NC-ND 4.0

يُدار السرير إلى القبلة. والممرضة حائرة لا تدري: أتستمر في قياس العلامات الحيوية كل ساعة؟ وهل تستدعي فريق الاستجابة السريعة إذا هبط التشبع؟

البوابات. الاستقرار الإسعافي: المريض يحتضر، ولا إسعاف مطلوب بحكم الأمر الموثق • الأمن: الازدحام حول السرير يعوق العمل ولا خطر فيه • القدرة على القرار: المريض فاقد القدرة الآن، والأمر موثق بعد اجتماع مع أبنائه • صاحب الصفة: الأبناء بترتيب الدليل في التعبير عن رغباته (انظر الفصل 40)، والفريق في الحكم الطبي • السؤال المطلوب تقريره: ما خطة الساعات الأخيرة، وكيف تُيسر رعايته الشرعية دون أن تؤذيه؟

الركن الطبي. العلامات مجتمعة ترجح الاحتضار، ولا سبب قابل للعكس يغير الهدف بعد قرار النهار. فالمطلوب الآن أوامر راحة: إيقاف القياسات الساعية وتحويل المراقبة إلى تقييم الراحة، وأدوية عند الحاجة لضيق التنفس والإفرازات والهياج، وتغيير الوضعية لتخفيف الإفرازات، والعناية بالفم. وجفاف الفم في الاحتضار يُعالج غالبًا بالترطيب الموضعي، والمحلول الوريدي يُقرر بحسب نفعه وعبئه لا تلقائيًا (وتفصيل الإرواء في الاحتضار في الحالة 44/3). وأما استدعاء فريق الاستجابة السريعة فلا معنى له بعد أمر عدم التصعيد، وقد يزعج المحتضر وأهله في ساعاتهم الأخيرة بلا فائدة.

الركن الأخلاقي. الإحسان هنا راحة المحتضر، وتمكين أهله من وداع هادئ. والخطأ الشائع أن يُفهم أمر عدم الإنعاش أمرًا بالانسحاب، فتقل زيارات الممرضة بدل أن تزيد، وكأن المريض لم يعد يستحق العناية. وتحتاج الأسرة إلى من يشرح لها ما تراه: أن أصوات الإفرازات لا تعني غالبًا اختناقًا، وأن قلة الشرب جزء من مسار الاحتضار. ويحتاج الابن الأكبر إلى من يعينه على التلقين بالطريقة التي تنفع أباه، لا إلى من يمنعه منه.

الركن الفقهي. التلقين سنة، وصفته أن يُذكّر المحتضر بالشهادة، فإذا قالها كفى، ولا يُضجر [8، 25]. فالتكرار الملحّ بصوت مرتفع يخالف مقصود السنة إذا أزعج المحتضر. والتوجيه إلى القبلة مستحب عند كثير من أهل العلم وليس واجبًا، فيُفعل بما لا يؤذيه، كتعديل موضع السرير أو رأسه، لا بقلب مريض متألم على جنبه [26]. ويُهيأ المكان لقول الخير والدعاء [27]. وترك المحلول الذي لا ينفع جائز إذا لم يكن فيه مصلحة للمريض، والرعاية بما يريحه واجبة [18، 21].

الركن النظامي. الأمر الموثق بعدم الإنعاش وعدم التصعيد نافذ، ولا يمس سائر الرعاية (انظر الفصل 41). وتُسجل أوامر الراحة الجديدة بتوقيع الطبيب المناوب، ويُثبت في السجل ما أُبلغت به الأسرة. وعند الوفاة يُتبع ما في المطلب 4-5.

القرار المهني الموزون. يكتب الطبيب المناوب أوامر راحة للاحتضار، ويوقف القياسات الساعية، ويجلس مع الأبناء عشر دقائق ليشرح ما يحدث، ويتفق مع الابن الأكبر على أن يلقن أباه بهدوء ثم يدعه، ويعدل وضعية السرير نحو القبلة بما لا يؤلمه، ويُبقي عنده عددًا محدودًا من أهله بالتناوب، مع استمرار الأدوية المريحة، ولا يُبدأ محلول وريدي إلا إذا ظهر له نفع في الراحة؛ لأن المريض يحتضر، والهدف المعلن راحته، والتلقين سنة، والتوجيه إلى القبلة مستحب عند كثير من أهل العلم، وكلاهما يُحقق برفق لا بإيذاء. ويُعاد النظر إذا تبين أن التدهور ناتج عن سبب سهل العكس لا يتعارض مع هدف الراحة، كاحتباس بولي مؤلم أو دواء متراكم، فيُعالج.

الدرس. أمر عدم الإنعاش إنما هو بداية خطة لا نهايتها، والسنة عند المحتضر تُطبَّق بما ينفعه لا بما يؤذيه.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الثانية: «كم بقي لي؟» ومريض يريد أن يكتب وصيته ويموت في بيته

الوقائع. رجل في الثانية والستين، مصاب بسرطان قولون منتشر إلى الكبد والرئة، توقف علاجه الكيميائي بعد أن لم يعد يستجيب له، وتراجعت قدرته على الحركة. وهو يعرف تشخيصه، وقدرته على القرار سليمة. فسأل طبيبه على انفراد: «كم بقي لي؟ علي ديون وأريد أن أكتب وصيتي، وأريد أن أموت في بيتي». وقبل أن يجيبه طلب منه ابنان للمريض ألا «يقطع أمل أبيهما»، ورفضا خروجه إلى البيت لأن «الموت في البيت تقصير»، وفي المدينة خدمة رعاية منزلية تلطيفية.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر الآن • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: قادر، وسؤاله واضح ومتكرر • صاحب الصفة: المريض نفسه في معرفة حاله ومكان رعايته • السؤال المطلوب تقريره: هل يُجاب المريض عن مآله، وهل يُحترم اختياره لمكان وفاته؟

الركن الطبي. لا يُعطى رقم جازم؛ فالتنبؤ الفردي غير دقيق، وإنما يكون الصدق بنطاق احتمالي: «أسابيع إلى أشهر قليلة غالبًا، وقد يحدث التدهور أسرع من ذلك». ثم يُراجع علاجه لتخفيف الأعراض، وتُبحث إمكانات البيت: خدمة الرعاية المنزلية، وأدوية الألم والضيق، وخطة التدهور، ومن يُتصل به ليلًا (انظر الفصل 43).

الركن الأخلاقي. المريض القادر هو صاحب الحق في معرفة حاله؛ وقد سأل بنفسه، فلا يملك أحد غيره أن يُسقط سؤاله. والأمل لا يعني الوعد بالشفاء، وإنما يُعاد توجيهه إلى ما يمكن: بيت، وأهل، ووصية مكتوبة. وخوف الابنين حقيقي، يحتاج إلى اعتراف ودعم، ولكنه لا يتحول إلى وصاية على أب قادر. وتفصيل طلب الأسرة إخفاء التشخيص في الحالة 8/4، وإخفاء أمر عدم الإنعاش في الحالة 41/3، وخلاف الأسرة على الوفاة في البيت في الحالة 43/4؛ والفارق هنا أن المريض يعرف تشخيصه، ويسأل عن مآله ليستعد بالوصية وقضاء الحقوق.

الركن الفقهي. الوصية حق مؤكد، و«ما حق امرئ مسلم له شيء يوصي فيه يبيت ليلتين إلا ووصيته مكتوبة عنده» [28]. وقضاء الديون ورد المظالم من أعظم ما يستعد به المرء للقاء ربه. فكتمان قرب الأجل عن مريض قادر يسأل ليستعد يفوّت عليه حقًا دينيًا، ويُعان مع الصدق على حسن الظن بالله [23]. أما القول بأن الموت في البيت تقصير فلا أصل له؛ والمعتبر أن يُرعى المريض حيث يُرعى رعاية حسنة.

الركن النظامي. تلزم المادة الخامسة عشرة بتقديم ما يطلبه المريض عن حالته بدقة وموضوعية [31]، ولا يعطي تقدير الطبيب في الأمراض المستعصية الأسرة سلطة الحجب عن مريض قادر سأل بنفسه (انظر الفصل 8، المبحث رابعًا). وخروج المريض القادر إلى بيته حقه، مع خطة خروج آمنة وإحالة موثقة إلى الرعاية المنزلية.

القرار المهني الموزون. يجيب الطبيب المريض على انفراد بنطاق احتمالي صادق، لا برقم جازم، ويسأله من يريد أن يشارك في بقية الحديث، ثم يعقد اجتماعًا أسريًا بإذنه، ويحيله إلى الرعاية المنزلية التلطيفية دون فرض الخروج قبل تهيئة البيت، ويوجهه إلى من يعينه على توثيق وصيته؛ لأن المريض قادر وسأل بنفسه، وله حق ديني ونظامي في الاستعداد، ولا مانع طبي من رعايته في البيت. واستُبعدت مجاراة الابنين في الحجب لأنها تسلب مريضًا قادرًا حقه. ويُعاد النظر إذا فقد المريض قدرته أو ظهر اكتئاب شديد أو هذيان يغير فهمه، أو تعذرت الرعاية الآمنة في البيت، فيُبحث بديل كرعاية تلطيفية داخلية.

الدرس. سؤال المريض القادر عن أجله استئذان في الاستعداد، والصدق الرحيم في جوابه أمانة دينية ومهنية.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الثالثة: قناع التنفس في محتضرة وممرضة ترى نزعه قتلًا

الوقائع. امرأة في الحادية والثمانين، مصابة بانسداد رئوي مزمن في مرحلته النهائية، دخلت الجناح بتفاقم حاد. وكانت قد قالت لطبيبها في العيادة قبل شهرين، ووُثّق ذلك: «لا أريد أنبوبًا في حلقي، وأقبل القناع إن كان ينفعني». فبدأ الفريق التهوية غير الغازية بالقناع، ومضت ثلاثة أيام بلا تحسن، وتراجع وعيها، وصارت تنزع القناع بيدها كلما استيقظت، وظهرت قرحة على أنفها. ووُثّق أمر بعدم الإنعاش. واجتمع الاستشاري المعالج واستشاري الصدرية واستشاري العناية على أن القناع لم يعد يحقق غرضه، ووافق ابناها على التحول إلى رعاية الراحة. فقالت ممرضة الليل: «لو لم نضعه لكان مقبولًا، أما نزعه الآن فقتل»، وهي تخشى أن يكون المورفين الموصوف لضيق النفس «تعجيلًا».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: تحتضر، والضيق شديد، فالأمر عاجل في راحتها لا في إنعاشها • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: فاقدة القدرة الآن، ورغبتها السابقة في حدود التنفس الصناعي موثقة • صاحب الصفة: الابنان بترتيب الدليل في التعبير عن رغبتها (انظر الفصل 40)، والأطباء الثلاثة في الحكم بفشل الغرض • السؤال المطلوب تقريره: هل نزع القناع ترك مشروع أم قتل، وكيف يُنفذ، وما حق الممرضة المعترضة؟

الركن الطبي. القناع وسيلة لدعم التنفس حتى يُعالج السبب، والسبب هنا لم يستجب، والمريضة لا تتحمله، وقد أحدث في أنفها قرحة. فبقاؤه لا يحقق غرضًا، وإنما يطيل الاحتضار بانزعاج. والنزع يحتاج إلى خطة: أفيون ومهدئ بجرعات معايرة على علامات الضيق قبل النزع وبعده، وأكسجين بالقنية الأنفية إن أراحها، ووضعية مريحة، وحضور الممرضة والطبيب، وتهيئة الابنين لما قد يريانه. والجرعات المعايرة لضبط الأعراض لا دليل على أنها تقصّر البقاء [11].

الركن الأخلاقي. لا فرق أخلاقي جوهري بين عدم وضع القناع ونزعه إذا صار عبئًا بلا نفع [12]؛ بل إن التجربة ما قُبلت أصلًا إلا لأن إيقافها عند فشلها ممكن. والمورفين هنا تطبيق لمبدأ الأثر المزدوج: الفعل مشروع، والمقصود تخفيف الضيق، والموت ليس وسيلة إلى الراحة، والعرض شديد [14]. وأما اعتراض الممرضة فيُحترم، ولكنه لا يصير حاجزًا: فالاستنكاف الضميري لا يُلزم صاحبه بالتنفيذ بنفسه، ولا يُعفيه من رعاية المريضة، ويُنظَّم بديل فوري (انظر الفصل 9، المبحث ثانيًا).

الركن الفقهي. إذا قرر الأطباء المختصون أن التدخل لا يفيد المريضة بل يضرها جاز تركه، مع بقاء ما ينفعها [21]. والوسيلة لا تصير واجبة الاستمرار لمجرد البدء بها، بل يدور حكمها مع المصلحة. والقناع من آلات دعم التنفس، فيُلتزم في رفعه ما تشترطه فتوى اللجنة الدائمة 12086 من تقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات (انظر الفصل 41)، وقد تحقق هنا. والمرض هو سبب الوفاة، والقصد رفع عبء فشل غرضه، لا إحداث الموت؛ فالفعل خارج عن القتل بقاعدة «الأمور بمقاصدها» [20]. والتسكين المعاير تداوٍ وإزالة ضرر، ولا يحرم لأثر جانبي غير مقصود.

الركن النظامي. تمنع الفقرة (1/9) من اللائحة التنفيذية إجراء «أي عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض» [32]، ويبقى حظر إنهاء الحياة في المادة التاسعة عشرة قائمًا على كل فعل يقصد الموت [31]. ويُوثق فشل التجربة ومعاييره، وآراء الاستشاريين الثلاثة، ورغبتها السابقة، والاجتماع مع الابنين، وخطة الأعراض وجرعاتها، ومن نفّذ.

CC BY-NC-ND 4.0

القرار المهني الموزون. يُكتب أمر مستقل بإيقاف التهوية غير الغازية والتحول إلى الراحة، ويُعطى التسكين المعاير قبل النزع دون جرعة لا يفسرها عرض، ويُبقى ما يريحها كالأكسجين بالقنية، ويتولى النزع الطبيب المسؤول وممرضة أخرى يكلفها المشرف، فلا تُلزم الممرضة المعترضة بالنزع بنفسها، وتبقى مسؤولة عن رعاية مرضاها الآخرين، ويُيسر للابنين الحضور والتلقين والدعاء؛ لأن القناع فشل في غرضه وصار عبئًا عليها، ورغبتها السابقة تجعل الراحة مقصدها، وقرر ذلك ثلاثة أطباء مختصون، والنزع ترك مشروع لا قتل. ويُعاد النظر إذا ظهر قبل النزع تحسن غير متوقع في الوعي وتبادل الغازات، أو سبب قابل للعكس يغير الهدف، فيُؤجَّل القرار ويُعاد التقييم.

الدرس. نزع وسيلة فشل غرضها كعدم وضعها في الحكم، وإنما يفترق التسكين عن القتل في القصد والجرعة والسبب، لا في النتيجة.

الحالة الرابعة: وفاة متوقعة فجرًا وأسرة تريد الدفن بعد الصلاة

الوقائع. امرأة في السادسة والستين، مصابة بسرطان ثدي منتشر، توفيت في الثالثة فجرًا في قسم الباطنة كما كان متوقعًا، مع أمر موثق بعدم الإنعاش. فطلب زوجها تسليم الجثمان فورًا لدفنها بعد صلاة الظهر، وطلبت ابنتها أن تُغمض عينا أمها ويُغطّى وجهها، وأن تبقى معها قليلًا. والطبيب المناوب مشغول بحالة إسعافية في قسم آخر، ولم يفحص المتوفاة بعد، والممرض الموجود رجل، وموظف مكتب الوفيات لا يداوم ليلًا.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا ينطبق على المتوفاة، لكن الطبيب مشغول بمريض حي • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: لا ينطبق • صاحب الصفة: الزوج والأبناء في استلام الجثمان، والطبيب في إثبات الوفاة • السؤال المطلوب تقريره: كيف تُحفظ حقوق الميتة الأولى ويُسرع تجهيزها دون الإخلال بإثبات الوفاة وتوثيقها؟

الركن الطبي. لا يُسلَّم الجثمان، ولا تُزال الأجهزة، ولا يُجهَّز، قبل أن يثبت الطبيب الوفاة بالفحص ويوثّق وقتها وسببها؛ فالوفاة المتوقعة لا تعفي من الفحص. وأما ما لا يُتدارك ضرره فلا ينتظره، بعد أن تتحقق الممرضة من غياب العلامات الحيوية. والحالة وفاة متوقعة لمرض معلوم، فلا تستوجب تبليغ جهة التحقيق ما لم تظهر قرينة تغيّر ذلك. ويمكن للطبيب المناوب أن يحضر حين يفرغ من المريض الحي؛ فالمهلة القصيرة لا تضر الميتة.

الركن الأخلاقي. ينتقل الإحسان بعد الوفاة إلى الأسرة وإلى كرامة الميتة: الإذن بالبقاء معها، والرفق في الكلام، وستر جسدها، وشرح الخطوات القادمة بمواعيدها. والعدل يقتضي ألا يترك الطبيب مريضًا حيًا في حال إسعافية ليُسرع إجراءً إداريًا، وألا تُحمَّل الأسرة كلفة سوء التنظيم الليلي؛ فليست هي التي رتّبت نوبات الليل.

الركن الفقهي. إغماض عيني الميت والدعاء له سنة [27]، ويُستحب شد لحييه وتليين مفاصله وتغطيته بثوب يستره [9]. وللميت حرمة كحرمة الحي، و«كسر عظم الميت ككسره حيًّا» [29]؛ فتتولى تهيئته امرأة إن تيسرت، أو يقوم بها أهلها بإشراف التمريض. والإسراع بالجنازة سنة [30]، لكنه لا يكون بإسقاط إثبات الوفاة؛ لأن اليقين بها شرط سابق لأحكامها.

الركن النظامي. إثبات الوفاة وتوثيقها وتسليم الجثمان يتبع سياسة المنشأة، ويلزمها أن تنظمه في الليل والعطل حتى لا يتعطل حق الأسرة في الإسراع. ويُفرق بين هذه الحال والوفاة المشتبهة التي تستوجب التبليغ وحفظ الجثة على حالها (انظر الفصل 32).

CC BY-NC-ND 4.0

القـرار المهـني المـوزون. تتحقـق الممرضـة من غيـاب العلامـات الحيويـة، ثم تُغمض عينـا المتوفاة ويُغطى جسدها وتُمكَّن الأسرة من البقاء معها، ويحضر الطبيب المنـاوب فـور فراغـه من المريض الحي، دون أن يتركه لأجلها، لإثبات الوفاة وتوثيقها، ثم تُزال الأجهزة ويُشد اللحيـان وتُهيـأ بيد ممرضة من القسم المجاور أو الابنة بإشـراف تمريضـي، ولا تُسـلم الجثـة قبـل إثبـات الوفـاة، وتُنهى إجراءات التسليم صباحًا مبكرًا؛ لأن ما لا يُتـدارك من حقـوق الميتـة لا ينتظـر الطـبيب، ومـا يُبنى على الوفاة لا يسبق إثباتها، والإسراع مشروع بقدر ما لا يخل بالتوثيق. ويُعاد النظـر إذا ظهـر عند الفحص ما يثير الاشتباه في سـبب الوفـاة، فيُوقـف التسـليم وتُحفـظ الجثـة على حالهـا وتُبلـغ الجهة المختصة.

الدرس. ما لا يُتدارك من حقوق الميت الأولى لا ينتظر الطـبيب، ومـا يُبـنى على الوفـاة لا يسـبق إثباتها؛ والإسراع المشروع إنما يحتاج إلى تنظيم مسبق، لا إلى تجاوز للفحص.

مواقف متكررة

أمر عدم الإنعاش فُهم «لا علاج». توقف المضاد الحيوي والسوائل، وقلّت زيـارات التمـريض بعد كتابة الأمر، وكأن المريض قد خرج من الرعاية. يُصحَّح فورًا: الأمر يخص ما يُفعـل عنـد توقـف القلب أو التنفس، ولكل حد آخر أمر مستقل، والرعاية لا تنقص، بل قد تزيـد. الضـابط: أمـر عـدم الإنعاش لا يمس بقية الرعاية (انظر الفصل 41).

طلب المريض أو أسرته تعجيل الوفاة. يُتلقى الطلب بجدية، بوصفه علامة معاناة لم تُعـالج، لا كلامًا يُرد ثم يُنسى؛ فيُبحث سببه: ألم، أو ضيق، أو اكتئاب، أو خوف من أن يكون عبئًا، ويُعالج ما أمكن. ويُبيَّن بوضوح أن إنهاء الحياة محظـور شـرعًا ونظامًـا ولـو بطلبـه أو طلب ذويـه [31]، وأن المتاح هو التسـكين المتناسـب والرعايـة التلطيفيـة. الضـابط: يُـرفض الطلب ولا يُـرفض الطـالب (انظر الفصل 46).

«لن نتركه يموت جوعًا». تطلب الأسرة أنبوب تغذية لمحتضر لم يعد يأكل، وفي قلوبها خـوف مفهوم. فيُشرح لها أن قلة الأكل في الاحتضار أثر من آثار المرض لا سبب له، وأن الأنبـوب تـدخل يُوزن بنفعه وعبئه، وتُقدَّم بدائل الراحة كالعناية بالفم وإطعـام مـا يـرغب فيـه بلا إكـراه. الضـابط: التغذية الصناعية وسيلة علاج تُقرَّر فرديًا (انظر الفصل 44).

استعادة المريض قدرته بعد قرار نيابي. يسقط القرار النيابي باسـتعادة القـدرة، فقـد عـاد صاحب الحق إلى مكانـه؛ فتُعـرض الخيـارات على المـريض نفسـه، ويُوثَّـق قـراره الجديـد وحـدود التصعيد المعدلة، ويُبلَّغ بها الفريق والمناوبون. الضابط: الوكيل يُستدعى عند غياب صاحب الحق لا عند حضوره (انظر الفصل 40).

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
الساعات الأخيرة لمحتضر في الجناح ليلًا	أوامر راحة للاحتضار، وإيقاف القياسات الساعية، وشرح للأبناء، وتلقين وتوجيه نحو القبلة برفق، ولا	المريض يحتضر والهدف المعلن راحته، والتلقين سنة، والتوجيه إلى القبلة مستحب عند كثير من	تبين أن التدهور من سبب سهل العكس لا يعارض هدف الراحة، كاحتباس بولي مؤلم أو دواء متراكم،

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	يُبدأ محلول وريدي إلا لنفع في الراحة	أهل العلم	فيُعالج
مريض يسأل «كم بقي لي؟» ويريد كتابة وصيته والموت في بيته	إجابة على انفراد بنطاق احتمالي صادق لا برقم جازم، واجتماع أسري بإذنه، وإحالة إلى الرعاية المنزلية التلطيفية، وتوجيه لتوثيق وصيته	المريض قادر وسأل بنفسه، وله حق ديني ونظامي في الاستعداد، ولا مانع طبي من رعايته في البيت	فقد قدرته، أو ظهر اكتئاب شديد أو هذيان، أو تعذرت الرعاية الآمنة في البيت، فيُبحث بديل كرعاية تلطيفية داخلية
قناع تنفس في محتضرة، وممرضة ترى نزعه قتلًا	أمر مستقل بإيقاف التهوية غير الغازية، وتسكين معاير قبل النزع، ويتولاه الطبيب المسؤول وممرضة أخرى؛ فلا تُلزم المعترضة بالنزع بنفسها	القناع فشل في غرضه وصار عبئًا، ورغبتها السابقة الراحة، وقرره ثلاثة أطباء مختصون، والنزع ترك مشروع لا قتل	ظهر قبل النزع تحسن غير متوقع، أو سبب قابل للعكس يغير الهدف، فيُؤجَّل القرار ويُعاد التقييم
وفاة متوقعة فجرًا، وأسرة تريد الدفن بعد الصلاة	تُغمض العينان ويُغطى الجسد، ويحضر الطبيب فور فراغه من المريض الحي لإثبات الوفاة، ولا تُسلم الجثة قبل إثباتها، وتُنهى الإجراءات صباحًا مبكرًا	ما لا يُتدارك من حقوق الميتة لا ينتظر الطبيب، وما يُبنى على الوفاة لا يسبق إثباتها	ظهر عند الفحص ما يثير الاشتباه في سبب الوفاة، فيُوقف التسليم وتُحفظ الجثة على حالها وتُبلغ الجهة المختصة

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. نهاية الحياة حقل من المعضلات لا مسألة واحدة، وكل قرار فيه يبدأ بتعيين تـدخل وهـدف، لا بالحكم على المريض. والاحتضار أخص من نهاية الحياة، وله خطة رعاية خاصة.
2. لا فرق أخلاقي جوهري بين ترك التدخل وسحبه إذا اتحد المسـوغ، والفـرق بينهمـا نفسـي وإجرائي يُعالج بالتمهيد والخطة [12]. وفقهًا لا تصير الوسيلة واجبة الاستمرار لمجرد البدء بها، ويجوز ترك ما قرر المختصون أنه لا ينفع مع بقاء ما ينفع [21].

CC BY-NC-ND 4.0

3. الفرق بين ترك العلاج والقتل في القصد ونوع الفعل وسبب الوفاة، لا في النتيجة. ومبدأ الأثر المزدوج بشروطه الأربعة يضبط التسكين، ولا يغطي جرعة لا يفسرها العرض [14].
4. سلطة القرار موزعة: المريض القادر في القبول والرفض، والوكيل في التعبير عن إرادة فاقد القدرة ومصلحته، والفريق في الحكم على الملاءمة الطبية، والمرجعية المستقلة عند النزاع. وسؤال الأسرة «هل نوقف العلاج؟» ينقل إليها عبئًا ليس لها [5].
5. التواصل المنظم مع أسر المحتضرين يخفف ما يلحقها من كرب وقلق واكتئاب [4]، وأهم ما فيه بيان ما يستمر من الرعاية.
6. للمحتضر حقوق شرعية تُدرج في خطته: حسن الظن، والتلقين برفق دون إضجار، والتوجيه إلى القبلة بلا أذى، وقول الخير، وتمكينه من الوصية وقضاء الحقوق [23–28].
7. حقوق الميت الأولى من إغماض وستر ورفق وإسراع بالتجهيز تبدأ فور ثبوت الوفاة، والإسراع لا يُسقط إثباتها وتوثيقها [9، 27، 30].
8. يحظر النظام إنهاء حياة المريض الميؤوس من شفائه ولو بطلبه أو طلب ذويه، وتمنع اللائحة كل عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض؛ والنصان معًا يرسمان الطرفين اللذين تقع بينهما قرارات الباب [31، 32].

التوصيات

للممارس: أن يصوغ كل قرار بصيغة «هذا التدخل لهذا الهدف»، وأن يقدم توصية مهنية بدل عرض القرار على الأسرة، وأن يكتب مع كل حد للعلاج ما يستمر من رعاية، وأن يتعرف على الاحتضار مبكرًا فيراجع الخطة كلها، وأن يعايِر المسكنات على العرض ويوثقها، وأن ييسر للمحتضر حقوقه الشرعية برفق.

للمنشأة: أن تعتمد سياسة موحدة لأهداف الرعاية وسقوف العلاج تفصل عدم الإنعاش عن عدم التصعيد عن السحب، وأن تضع مجموعة أوامر لرعاية الأيام الأخيرة، وأن تنظم سحب دعم الحياة بإجراء مكتوب يتيح للمعترض ضميريًا بديلًا دون إبطاء، وأن تنظم إثبات الوفاة وتسليم الجثمان ليلًا وفي العطل، وأن توفر مرشدًا دينيًا ومساحة للوداع، وأن تدعم الفرق بعد الوفيات الصعبة.

للتعليم والبحث: أن يُدرَّب الأطباء والممرضون على اجتماع الأسرة عند الاحتضار وعلى أحكام المحتضر والميت الأساسية، وأن تُجرى دراسات سعودية على مكان الوفاة وجودة الساعات الأخيرة وتجربة الأسر بعد الوفاة، وعلى الضيق الأخلاقي لدى الفرق في قرارات السحب.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فالقرار الرشيد في نهاية الحياة لا يطارد الحياة التقنية مهما كان الثمن، ولا يستسلم للموت باسم الرحمة. وإنما هو قرار يعترف بحدود الطب، ويحفظ النفس من التعجيل، ويحفظ الإنسان من تدخل مؤلم بلا غرض، ويصون حقه في المعرفة والمشاركة.

وللفصل رسالة أخيرة أضعها بين يديك يا أخي الطبيب: إن رعاية الإنسان لا تنتهي حين ينتهي علاج مرضه. فالساعات الأخيرة تستحق من التخطيط ما يستحقه أول يوم في العلاج؛ والمحتضر ينتظر من الفريق راحة جسده وطمأنينة روحه معًا؛ والميت له حرمة، وأهله لهم حق في وداع كريم. وبهذا يلتقي الطب والأخلاق والفقه والنظام عند سرير واحد.

CC BY-NC-ND 4.0

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ميّز بين «نهاية الحياة» و«الاحتضار» و«المرض غير القابل للشفاء»، وبيّن أثر كل تمييز في خطة الرعاية.
2. هل بين ترك التدخل وسحبه فرق أخلاقي؟ اذكر الحجة، ثم الفروق العملية الثلاثة التي تبقى رغم التسوية.
3. اذكر شروط مبدأ الأثر المزدوج الأربعة، وطبقها على أفيون يُعطى قبل نزع أنبوب التنفس. ومتى لا يصلح المبدأ غطاءً؟
4. لماذا يُعد سؤال الأسرة «هل تريدون أن نوقف العلاج؟» خطأً مهنيًا؟ وما البديل الذي يحفظ دورها؟
5. ما صفة التلقين المشروعة؟ وكيف تجمع المنشأة بين سنة التوجيه إلى القبلة وسلامة محتضر متألم؟
6. توفي مريض فجرًا وفاة متوقعة، وتطلب أسرته الدفن بعد الظهر. رتب الخطوات من إغماض العينين إلى تسليم الجثمان، وحدد مسؤول كل خطوة.
7. قارن بين المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية والفقرة (1/9) من لائحة المادة التاسعة، وبيّن كيف يرسمان معًا حدود قرارات نهاية الحياة.
8. مريض قادر يسأل «كم بقي لي؟» وأسرته تطلب ألا يُجاب. حلل الموقف بالأركان الأربعة مستحضرًا حق الوصية.

المراجع

World Health Organization. Palliative care. Fact sheet. Geneva: WHO; updated 5 August 2020. who.int [1]

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):733–742. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678 [2]

SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). JAMA. 1995;274(20):1591–1598. https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530200027032 [3]

Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med. 2007;356(5):469–478. https://doi.org/10.1056/NEJMoa063446 [4]

CC BY-NC-ND 4.0

Wendler D, Rid A. Systematic review: the effect on surrogates of making [5] treatment decisions for others. Ann Intern Med. 2011;154(5):336–346. https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-5-201103010-00008

Gouda A, Alrasheed N, Ali A, Allaf A, Almudaiheem N, Ali Y, et [6] al. Knowledge and attitude of ER and intensive care unit physicians toward do-not-resuscitate in a tertiary care center in Saudi Arabia: a survey study. Indian J Crit Care Med. 2018;22(4):214–222. doi:10.4103/ijccm.IJCCM_523_17

Muaygil RA, Abouammoh NA, Madkhali AM, Almana LH, Aldekhyyel RN. [7] Truth-telling and devastating disclosures: navigating the tension between ethical and cultural obligations in Saudi Arabia. BMC Med Ethics. 2025;26:159. https://doi.org/10.1186/s12910-025-01307-0

[8] الدرر السنية. الموسوعة الفقهية، كتاب الجنائز: ما يُسن عمله للمحتضر إذا نزل به الموت وما لا يُسن (توجيهه إلى القبلة، وتلقينه). dorar.net

[9] الدرر السنية. الموسوعة الفقهية، كتاب الجنائز: ما يُسن عمله لمن مات (إغماض عينيه، وشد لحييه، وتليين مفاصله، وتغطيته). dorar.net

Saudi Health Council, National Cancer Center. Saudi Palliative Care [10] National Clinical Guidelines for Oncology. Riyadh: Saudi Health Council; 2019 (Chapter 7: End-of-Life Care for Cancer Patients). shc.gov.sa

Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. [11] Lancet Oncol. 2003;4(5):312–318. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(03)01079-9

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

World Medical Association. WMA Declaration of Venice on End of Life [13] Medical Care. Adopted Venice, October 1983; revised by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, October 2022. wma.net

Sulmasy DP, Pellegrino ED. The rule of double effect: clearing up the [14] double talk. Arch Intern Med. 1999;159(6):545–550. https://doi.org/10.1001/archinte.159.6.545

Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, et [15] al. An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. Am J Respir Crit Care Med. 2015;191(11):1318–1330. https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0924ST

Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et [16] al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult

ICU. Crit Care Med. 2017;45(1):103–128. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169

[17] القرآن الكريم: سورة النساء (29)، وسورة الأنعام (151). quran.com

[18] 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

[19] سنن ابن ماجه، كتاب الأحكام، باب من بنى في حقه ما يضر بجاره، ح 2341 («لا ضرر ولا ضرار»)؛ وحسّنه النووي في الأربعين النووية (ح 32) وقال: وله طرق يقوي بعضها بعضًا. sunnah.com

[20] السيوطي، جلال الدين عبد الرحمن بن أبي بكر (ت 911هـ). الأشباه والنظائر في قواعد وفروع فقه الشافعية. ط1. بيروت: دار الكتب العلمية؛ 1403هـ (1983م). الكتاب الأول: القواعد الخمس (ص7 وما بعدها)؛ والكتاب الثاني: القاعدة الخامسة «تصرف الإمام على الرعية منوط بالمصلحة» (ص 121). نسخة إلكترونية: shamela.ws

[21] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. ما حكم إيقاف العلاج عمن لا يُرجى شفاؤه؟ فتاوى الدروس، الفتوى رقم 21095.الموقع الرسمي لسماحة الشيخ عبد العزيز بن باز. binbaz.org.sa

[22] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش. الدورة الثالثة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م. iifa-aifi.org

[23] صحيح مسلم، كتاب الجنة وصفة نعيمها وأهلها، باب الأمر بحسن الظن بالله تعالى عند الموت، ح 2877 (من حديث جابر بن عبد الله). sunnah.com

[24] صحيح مسلم، كتاب الجنائز، باب تلقين الموتى لا إله إلا الله، ح 916 (من حديث أبي سعيد الخدري) و917 (من حديث أبي هريرة)؛ وسنن أبي داود، كتاب الجنائز، باب في التلقين، ح 3116 (من حديث معاذ بن جبل، وصححه الألباني). sunnah.com

[25] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. كيفية تلقين المحتضر. مجموع فتاوى ومقالات متنوعة، 13/93. الموقع الرسمي لسماحة الشيخ عبد العزيز بن باز. binbaz.org.sa

[26] ابن باز عبد العزيز بن عبد الله. يستحب توجيه المحتضر للقبلة؛ وكيفية توجيه المحتضر إلى القبلة. مجموع فتاوى ومقالات متنوعة، 13/101 وما بعدها؛ وفيه حديث «البيت الحرام قبلتكم أحياءً وأمواتًا» (سنن أبي داود كتاب الوصايا، ح 2874). الموقع الرسمي لسماحة الشيخ عبد العزيز بن باز. binbaz.org.sa

[27] صحيح مسلم، كتاب الجنائز، باب ما يقال عند المريض والميت، ح 919 (من حديث أم سلمة)؛ وباب في إغماض الميت والدعاء له إذا حُضر، ح 920 (من حديث أم سلمة). sunnah.com

[28] صحيح البخاري، كتاب الوصايا، باب الوصايا، ح 2738؛ وصحيح مسلم، كتاب الوصية، ح 1627 (من حديث عبد الله بن عمر). sunnah.com

[29] سنن أبي داود، كتاب الجنائز، باب في الحفار يجد العظم هل يتنكب ذلك المكان، ح 3207 (من حديث عائشة، وصححه الألباني). sunnah.com

CC BY-NC-ND 4.0

[30] صحيح البخاري، كتاب الجنائز، باب السرعة بالجنازة، ح 1315؛ وصحيح مسلم، كتاب الجنائز، باب الإسراع بالجنازة، ح 944 (من حديث أبي هريرة). 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 المادتان الخامسة عشرة والتاسعة عشرة. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[32] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصحة؛ ولا سيما الفقرة (1/9) من لائحة المادة التاسعة. moh.gov.sa؛ وهي الفقرة (1-8) في: نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية، الإصدار الثالث، 1440هـ (2019م). scfhs.org.sa

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

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

CC BY-NC-ND 4.0