الباب السابع

التخطيط المسبق للرعاية والتوجيهات الطبية المسبقة

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «التخطيط المسبق للرعاية والتوجيهات الطبية المسبقة». 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 الأربعون

التخطيط المسبق للرعاية والتوجيهات الطبية المسبقة

التخطيط المسبق حوار لا استمارة • الأهلية أولًا • وزن التوجيه السابق وشروط انطباقه • الوصية الطبية في الفقه • ترتيب الأولياء في الدليل السعودي للإذن الطبي • هل يبقى الرفض الموثق بعد فقد القدرة؟ • 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 الباطنة والعناية المركزة والأورام والكلى والرعاية التلطيفية، وأعضاء لجان الأخلاقيات، والإدارات الطبية، وطلاب العلوم الصحية، والباحثون في الفقه الطبي والنظام الصحي • الفصل الأم لـ: التخطيط المسبق للرعاية، والتوجيهات الطبية المسبقة، والقرار بالنيابة عن فاقد الأهلية ومعاييره (التوجيه المنطبق، فالحكم البديل، فالمصلحة الفضلى)، وتكييف «الوصية الطبية» فقهًا، ومسألة بقاء الرفض الموثق بعد فقد القدرة • يحيل إلى: الفصول 4، 5، 8، 13، 27، 39، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

خلاصة الفصل

التخطيط المسبق للرعاية حوار متجدد يحفظ صوت المريض إذا فقد القدرة على القرار، لا استمارة لرفض أجهزة بعينها. وقد انتقل المفهوم عالميًا من «الوصية الحية» المعزولة إلى عملية

CC BY-NC-ND 4.0

تساعد الشخص على فهم مرضه، وتحديد قيمه وأهدافه، واختيار من يشركه، وتوثيق ذلك ومراجعته [1، 2]. والأدلة تبين أن البرامج الجيدة تحسن المحادثات والتوثيق والتوافق بين الرعاية والتفضيلات، أكثر مما تضمن نتيجة سريرية بعينها [3، 4].

ويقرر الفصل ترتيبًا عمليًا للقرار: المريض القادر أولًا؛ ثم توجيهه السابق الصحيح المنطبق؛ ثم الحكم البديل حين تُعرف قيمه؛ ثم المصلحة الفضلى حين تتعذر معرفتها. ويبين أن التوجيه الطبي ليس «وصية» بالمعنى الفقهي؛ لأنه يعمل في حياة صاحبه، فيُكيَّف على أحكام الإذن والولاية وحكم التداوي. وفي النظام السعودي لا يوجد تنظيم خاص بالتوجيهات المسبقة حتى تاريخ القطع؛ فتُقرأ داخل المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية والدليل السعودي للإذن الطبي، الذي يرتب الأولياء: الأب، فالجد من الأب، فالأم، فالأقرب من العصبات بالنفس [5، 6].

ويحسم الفصل مسألة أُرجئت إليه: هل يبقى الرفض الموثق للمريض بعد فقده القدرة؟ فيعرض الأقوال والتخريجات فيها، ويبين سكوت النصوص السعودية عنها، ثم يرجح المؤلف اجتهادًا: يبقى الرفض الصحيح المنطبق معتبرًا، ويُلزم الولي والفريق فيما لا يجب من العلاج؛ ويبقى كذلك في الرفض المعاصر المستنير لعلاج منقذ، بضمانات مشددة، اتساقًا مع عدم إجبار القادر؛ ولا يُلزم التوجيه العام أو القديم أو غير المنطبق. وعند الشك في صحته أو انطباقه يُقدَّم حفظ الحياة.

الكلمات المفتاحية: التخطيط المسبق للرعاية؛ التوجيه الطبي المسبق؛ الرفض المسبق للعلاج؛ القدرة على القرار؛ القرار بالنيابة؛ الحكم البديل؛ المصلحة الفضلى؛ ترتيب الأولياء؛ الوصية الطبية؛ الدليل السعودي للإذن الطبي.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

مكّن الطب الحديث من إبقاء الوظائف الحيوية في أمراض يفقد فيها المريض القدرة على التواصل، فنشأت قرارات في التهوية والغسيل الكلوي والتغذية الصناعية والإنعاش. ولا يكفي عندئذ أن يُسأل: ما الذي يمكن فعله؟ بل لا بد أن يُسأل أيضًا: ما الذي يفيد هذا المريض، وما الذي كان سيختاره، ومن يتكلم عنه؟ والإطار العام لهذه القرارات في الفصل 39، وهذا الفصل مختص بصوت المريض قبل فقد القدرة وبعده.

وتتميز البيئة السعودية بثلاثة أمور، لا يصح أن يغفل عنها من يعمل فيها. الأول: حضور الأسرة القوي في القرار، ومرجعية الطبيب عند المرضى؛ إذ رأى أكثر من 80% من مرضى الأمراض المزمنة والنهائية في عينة سعودية أن قرار الإنعاش للطبيب [7]. والثاني: أن الولاية على فاقد الأهلية مرتبة ترتيبًا شرعيًا في الدليل السعودي للإذن الطبي، لا بحسب من يختاره المريض [6]. والثالث: غياب تنظيم خاص بالتوجيهات المسبقة؛ فقد صُنّفت المملكة في دراسة مقارنة لأنظمة آسيا ضمن «الولايات غير المنظمة» في هذا الباب [8].

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الدراسات الطبية. أظهرت تجربة SUPPORT أن نقل معلومات المآل والتفضيلات إلى الأطباء عبر ممرضات منسقات لم يغيّر الرعاية ولا نتائجها، ما لم يدخل ذلك في علاقة علاجية ومسار قرار منظم [9]. وفي دراسة Silveira وزملائها على 3746 من كبار السن المتوفين، كان أكثر

CC BY-NC-ND 4.0

من ربعهم فاقدي القدرة على قرارات الرعاية في آخر حياتهم. ومن فقدها منهم وكان قد طلب في توجيهه رعاية محدودة تلقاها بنسبة 83%، ومن طلب رعاية تلطيفية تلقاها بنسبة 97% [10]. وخلص تحليل تلوي إلى أن التخطيط المسبق يزيد إعداد التوجيهات والمناقشات والتوافق بين الرعاية والتفضيلات [3]. وأما مراجعة التجارب العشوائية فلم تجد دليلًا متسقًا على تحسينه نتائج المرضى أنفسهم [4]. فالنجاح إذن حوار جيد يُترجم إلى خطة قابلة للمراجعة، لا توقيع على وثيقة ثم تُطوى في درج.

الدراسات الأخلاقية. وُجّه نقد قوي إلى «الوصية الحية» المعزولة، ووجهه ظاهر: فالرغبات تتغير، والوثيقة قد لا تنطبق على الواقعة، أو لا تصل إلى الفريق وقت الحاجة [11]. ودقة الممثلين في توقع اختيار المريض محدودة، حتى في الأمراض النهائية [12]. والقرار بالنيابة يترك في كثير من الممثلين قلقًا وشعورًا بالذنب، ويخف العبء حين يعرفون قيم المريض [13]. ويدور الخلاف الفلسفي حول سلطة «الذات السابقة» على «الذات الحالية»، ولا سيما في الخرف [14].

الدراسات الفقهية. بنت الدراسات المعاصرة التوجيه المسبق على أبواب الإذن الطبي وحكم التداوي، لا على باب الوصية؛ لأنه يعمل قبل الموت لا بعده [15]. وأجاز مكتب المفتي في سنغافورة إعداد التوجيه الطبي المسبق منذ 1994م، ثم خطة الرعاية المسبقة في إرشاد صدر في فبراير 2019م [16]. ودرس Hussein وAdlan التوجيهات في السعودية من منظور إسلامي وتطبيقي [8].

الدراسات المحلية. في عينة من 300 مريض سعودي بأمراض مزمنة ونهائية، كان أكثرهم مستعدين لمناقشة خياراتهم، وأراد أكثر من 60% أن يبقوا في منازلهم في المرحلة الأخيرة. ولم يرتبط تفضيلهم بالتدين، ولا بجودة الحياة، ولا بمدة المرض [7].

ما يضيفه الفصل. تتناول الدراسات السابقة الأثر السريري، أو التأصيل الفقهي العام، أو المقارنة القانونية، كلًّا منفصلًا عن صاحبه. ويضيف الفصل أمرين: الأول قراءة التوجيه المسبق داخل النصوص السعودية النافذة بترتيب أوليائها، والثاني حسم مسألة بقاء الرفض الموثق بعد فقد القدرة، بعرض الأقوال ثم ترجيح صريح منسوب إلى المؤلف.

المشكلة والسؤال المركزي

والمشكلة أن الفريق، حين يفقد المريض قدرته، يجد أمامه ثلاثة مصادر قد تتعارض: ما قاله المريض أو كتبه من قبل، وما يطلبه وليه بحسب ترتيب الدليل، وما يراه الطب نافعًا. فقد يطلب الأبناء غسيلًا كلويًا رفضه أبوهم وهو قادر، وقد تطلب الأسرة إيقاف تهوية قصيرة استنادًا إلى عبارة عامة لم تصدر لهذه الواقعة. فبأيها يأخذ الفريق؟

والسؤال المركزي: متى يُقدَّم صوت المريض السابق على طلب وليه الحاضر، ومتى يُقدَّم طلبُ وليه عليه؟ وكيف يُحفظ للقادر حقه في الرفض، فلا يصير فقدُه الوعي بابًا لإسقاطه، ولا تصير عبارته القديمة سببًا لترك علاج نافع؟

CC BY-NC-ND 4.0

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يخرج القارئ منه وقد ميّز صور التوجيه ووزن كل منها، وطبّق شروط الصحة والانطباق، وعرف ترتيب الأولياء ولجنة الإذن في الدليل السعودي، وكيّف التوجيه فقهيًا، وطبّق الترجيح في بقاء الرفض الموثق على حالات واقعية.

ولا يبسط الفصل أحكام الإذن العامة والمادة التاسعة عشرة والقرارين 67 (5/7) و184 (10/19)؛ فأمها الفصل 5. ولا تقويم القدرة بالتفصيل (انظر الفصل 27، المبحث أولًا). وقرار عدم محاولة الإنعاش مبسوط في الفصل 41، وجدوى العلاج في الفصل 42، والتغذية الصناعية في الفصل 44، وموت الدماغ في الفصل 45، والقتل الرحيم في الفصل 46. ونموذج الأركان الأربعة وبواباته الخمس في الفصل 4 فلا يعاد شرحه.

أولًا: الركن الطبي

1-1 ضبط المصطلحات

جدول 40-1: مصطلحات الفصل

المصطلح	معناه العملي	التنبيه الأهم
التخطيط المسبق للرعاية	حوار متجدد حول القيم والأهداف والرعاية المستقبلية	عملية مستمرة، لا نموذج منفرد
التوجيه الطبي المسبق	تعبير صدر حال القدرة عما يريده الشخص عند فقدها	دليل على الإرادة يحتاج تحققًا وتفسيرًا
الرفض المسبق للعلاج	صورة من التوجيه ترفض تدخلًا محددًا في ظرف محدد	أقوى صور التوجيه إذا كان محددًا ومستنيرًا
الوصية الحية	مصطلح قانوني أجنبي لوثيقة تتناول تدخلات مستقبلية	لا يُفترض أثره القانوني محليًا
الممثل الذي يختاره المريض	شخص يعرف قيم المريض ويعبر عنها	ليس وليًا بترتيب الدليل ما لم يكن هو الولي
أمر عدم محاولة الإنعاش	قرار طبي حالي يخص توقف القلب أو التنفس وحده	ليس توجيهًا مسبقًا، ولا يعني ترك بقية العلاج
الحكم البديل	تقدير ما كان المريض نفسه سيختاره	ليس تفضيل الممثل الشخصي
المصلحة الفضلى	تقدير منفعة المريض عند تعذر معرفة إرادته	ليست إطالة الحياة بأي ثمن ولا راحة الأسرة

CC BY-NC-ND 4.0

1-2 من الوثيقة إلى الحوار

صور التوجيه لا تتساوى في القوة. فقد يكون تعليمات محددة، أو بيانًا للقيم والأهداف، أو وصفًا لنتائج لا يقبلها المريض، أو تسمية شخص موثوق، أو مزيجًا من ذلك. والعبارة العامة «لا أريد الأجهزة» أضعف كثيرًا من رفض حديث يسمي التدخل والحالة والنتيجة غير المقبولة.

ولذلك عرّف الإجماع الدولي التخطيط المسبق بأنه عملية تمكّن الأفراد من تحديد أهدافهم وتفضيلاتهم للعلاج والرعاية المستقبلية، ومناقشتها مع أسرهم ومقدمي الرعاية، وتسجيلها ومراجعتها [1]. وأكد تعريف دلفي متعدد التخصصات أن غايته أن تتسق الرعاية المقدمة مع قيم المريض في المرض الخطير والمزمن [2].

1-3 القدرة بوابة القرار

التوجيه يعمل عند غياب القدرة، فتُقدَّم عليه إرادة المريض الحالية متى كان قادرًا. وتقوم القدرة على أربع: فهم المعلومات، وتقدير صلتها بحاله، والموازنة بين البدائل، والتعبير عن اختيار [17]. ولا ينفيها كبر السن ولا التشخيص وحده ولا فقد الكلام، ولا مخالفة رأي الطبيب. وتفصيل تقويم القدرة في الفصل 27 (انظر الفصل 27، المبحث أولًا).

وقبل الحكم بفقد القدرة تعالج الأسباب القابلة للعكس متى سمح الوقت: الهذيان، ونقص الأكسجة، والعدوى، واختلال الأملاح، والألم، والدواء، والحاجز اللغوي أو السمعي. فإن ضاق الوقت قُدِّم القدر الضروري، ثم أعيد تقويم القدرة بعد الاستقرار.

1-4 متى ينتقل القرار إلى غير المريض؟

لا ينتقل القرار بدخول العناية المركزة أو بحضور الأسرة، بل بثبوت عجز المريض عن القرار المحدد وتعذر استعادة قدرته في الوقت المتاح. وعندئذ يبحث الفريق بالتسلسل عن توجيه صحيح منطبق، ثم عن قيم وتصريحات موثوقة تسمح بالحكم البديل، ثم يقدّر المصلحة الفضلى. ويظل المريض محل القرار ومداره، ويتكلم عنه صاحب الصفة بحسب ترتيب الدليل (انظر المطلب 4-3).

1-5 وزن التوجيه السابق: الصحة والانطباق

يزداد وزنه إذا صدر حال تمام الأهلية، وكان واضحًا محددًا موثقًا، وحديثًا نسبيًا، ومنطبقًا على الحالة، ولم يثبت الرجوع عنه. ويضعف إذا كان عامًا أو قديمًا أو صدر في سياق مختلف.

يُفحص التوجيه بسؤالين منفصلين. **سؤال الصحة:** هل صدر من قادر، بعد بيان كافٍ، بلا إكراه، ولم يرجع عنه؟ **وسؤال الانطباق:** هل الواقعة الحاضرة هي التي قصدها، والتدخل هو الذي سماه؟ وقد جعل قانون القدرة العقلية الإنجليزي هذين السؤالين شرطي نفاذ الرفض المسبق. فلا ينطبق الرفض إذا كانت الظروف غير التي حددها، أو وُجدت ظروف لم يتوقعها كانت ستغير قراره. واشترط لرفض العلاج المنقذ للحياة أن يكون مكتوبًا موقعًا مشهودًا عليه، مصرحًا بأنه يسري «ولو كانت الحياة في خطر» [18]. وهذا القانون لا يسري في المملكة، لكنه يعرض معايير مجربة للصحة والانطباق.

فقول المريض: «لا أريد دعمًا طويلًا إذا استحال رجوعي إلى الوعي» لا يعني رفض تهوية قصيرة لعلاج التهاب قابل للعكس. والعبرة بالمقصد والشرط والواقعة، لا باجتزاء الألفاظ.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: وزن التوجيه الطبي السابق: ما يقويه وما يضعفه، وقراءته بمقصده وشرطه.

1-6 الحكم البديل والمصلحة الفضلى

إذا لم يوجد توجيه منطبق وعُرفت قيم المريض، سأل الممثل: ماذا كان هذا المريض نفسه سيختار؟ ويستدل بتصريحاته وتجربته مع المرض وموقفه من العجز والألم. لكن دقة التوقع محدودة [12]؛ فيُطلب أكثر من شاهد وسياق، ويُفصل بين رغبة الممثل وإرادة المريض.

وعند غياب المعلومة الموثوقة يُحكم بالمصلحة الفضلى: احتمال تحقيق التدخل لهدفه، وقابلية الحالة للعكس، والعبء والألم، وفرص استعادة الوظيفة، والبدائل الأقل عبئًا، والكرامة والراحة، وما عُرف من قيم المريض [19]. والمصلحة لا تعني إطالة الحياة بأي ثمن، ولا اختيار ما يريح الأسرة.

وفي كل انتقال من درجة إلى التي بعدها يُوثَّق سبب الانتقال: لماذا لم يكن مؤهلًا؟ ولماذا لم ينطبق التوجيه أو انطبق؟ ومن الذي شهد على قيمه؟ فبهذا يصير صوت المريض محفوظًا بين الفرق والمناوبات.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: سلّم القرار عن المريض: من قراره وهو قادر إلى المصلحة الفضلى، مع توثيق سبب كل انتقال.

1-7 ما لا يملكه أحد

لا يملك المريض ولا الولي فرض تدخل غير مستطب؛ فالطلب لا ينشئ استطبابًا (انظر الفصل 42). ولا يملك أحد طلب فعل يُقصد به إنهاء الحياة (انظر الفصل 46). وعدم بدء تدخل أو إيقافه لا يعني ترك المريض؛ فتستمر معالجة الألم وضيق النفس، والعناية بالفم والجلد، والدعم النفسي والروحي (انظر الفصل 43).

ثانيًا: الركن الأخلاقي

1-2 الاستقلال الحالي والسابق

احترام الاستقلال يعني أن يختار القادر بين تدخلات مشروعة مستطبة بعد فهم كافٍ [19]. ولا ينقطع هذا الاحترام بفقد القدرة، بل يمتد بعده بما يسمى «الاستقلال السابق»: أن تحكم قرارات الشخص الواعية حياته حين لا يستطيع أن يقرر. والحجة أن الإنسان يصوغ حياته كلها بقيمه؛ فكيف ينقطع صوته لمجرد عجزه؟

وتعترض Dresser بأن الذات الحالية للمريض، ولا سيما في الخرف، قد تكون لها مصالح جديدة لم يتوقعها كاتب التوجيه. فالمريض الذي كتب أنه لا يريد علاج الالتهاب الرئوي إذا أصيب بالخرف، قد تراه الآن راضيًا مستمتعًا بيومه [14]. ولا تُسقط هذه الحجة التوجيه، ولكنها تقيّد نفاذه: فكلما ابتعدت الواقعة عما توقعه الكاتب، وظهرت للمريض الحالي مصلحة واضحة مخالفة، ضعف التوجيه وقويت المصلحة الحاضرة.

CC BY-NC-ND 4.0

2-2 الاستقلال العلائقي والأسرة

لا يتعارض الاستقلال مع اختيار المريض أن يُشرك أسرته أو يفوّضها؛ وإنما يقع التعارض حين تتحول المشاركة المختارة إلى فرض أسري عليه. والأسرة مصدر لمعرفة المريض ودعمه، ولكنها لا تُحسم خلافاتها بالتصويت، ولا تُقدَّم مصلحتها المالية أو الشخصية على مصلحته.

2-3 الإحسان وعدم الإضرار والتناسب

مصلحة المريض لا تساوي دائمًا إطالة الوظائف الحيوية، و«فعل المزيد» ليس دائمًا أكثر أخلاقية. فاسأل السؤال الأدق: هل عبء هذا التدخل متناسب مع منفعته المحتملة لهذا المريض، في هذه المرحلة؟ وتفصيل معيار التناسب في الفصل 42.

2-4 خطر «لعبة الانتظار»

إن سقط رفض القادر بمجرد فقده الوعي، صار في وسع الفريق أو الأسرة أن ينتظروا غيبوبته ثم يجروا ما رفضه. وهذا يفرغ حق الرفض من معناه، ويهدم الثقة التي يقوم عليها الحوار المسبق؛ فمن يصارح طبيبه وهو يعلم أن كلامه يسقط بأول غيبوبة؟ وفي المقابل، إن نُفِّذ كل رفض قديم آليًا، ضاع المريض الحاضر خلف عبارة كتبها في ظرف آخر. وهذان الخطران يفسران الترجيح الذي ينتهي إليه الفصل (انظر المطلب 4-5).

2-5 الصدق والتواصل في المرض الخطير

لا معنى لتفضيل مستقبلي إذا حُجب عن المريض تشخيصه ومآله وبدائله. فابدأ الحوار بما يفهمه المريض ويريد معرفته، وما يأمله ويخشاه، وما يمنح حياته معنى، وما العبء الذي يقبله، ومن يريد أن يشاركه. ثم ترجم القيم إلى سيناريوهات: علاج مؤقت قابل للمراجعة، أو دعم طويل، أو رعاية تلطيفية. وأحكام الإفصاح وطلب الأسرة الكتمان في الفصل 8.

ومن أسباب تأخير هذا الحوار أن مآل المرض المزمن غير السرطاني يصعب التنبؤ به. وقد وصف Lynn وAdamson ثلاثة مسارات غالبة في آخر الحياة: مسار السرطان، يحفظ فيه المريض راحته ووظيفته مدة طويلة غالبًا، ثم ينحدر سريعًا في الأسابيع والأيام الأخيرة؛ ومسار قصور الأعضاء، كقصور القلب والانسداد الرئوي المزمن، يعيش فيه المريض مدة طويلة بقيود يسيرة تتخللها نوبات حادة يتجاوز بعضها، ثم يموت في إحداها أو بمضاعفة، فجأة في الغالب؛ ومسار الذبول الطويل في الخرف والسكتة المُعجِزة والهشاشة، يمتد فيه الانحدار سنين حتى قد يبلغ عقدًا [28]. ودلالة ذلك أن انتظار «اللحظة المؤكدة» في المسارين الأخيرين قد يعني ألا يأتي الحوار أبدًا، أو أن يأتي في نوبة فقد فيها المريض قدرته؛ فصعوبة التنبؤ سبب لبدء الحديث مبكرًا لا لتأجيله.

ويستعمل بعض الأطباء «السؤال المفاجئ»: هل أُفاجأ لو مات هذا المريض خلال السنة القادمة؟ وقد وجد تحليل تجميعي لست عشرة دراسة أن أداءه في التنبؤ بالوفاة ضعيف إلى متوسط، وأضعف في غير السرطان، وأن أكثر إجاباته الإيجابية لا تعقبها وفاة، فلا يصلح أداة تنبؤ منفردة [29]. وقيمته الصحيحة أنه منبه لفتح حوار التخطيط، لا حكم بالمآل يُبنى عليه قرار علاجي.

ومن تطبيقات ذلك بدء الغسيل الكلوي في المسن الهش؛ فهو ليس قرارًا تلقائيًا عند بلوغ عتبة مخبرية. ففي دراسة رصدية هولندية على كبار السن المصابين بمرض كلوي متقدم، لم يظهر لدى

CC BY-NC-ND 4.0

من بلغوا الثمانين فرق ذو دلالة إحصائية في البقاء بين الغسيل والرعاية التحفظية [30]. وهي دراسة من مركز واحد لا تقطع بالنتيجة، ولكنها تجعل الرعاية التحفظية بديلًا يُعرض بصدق، والتجربة المحددة المدة خيارًا آخر [26]، بقرار مشترك تُترجم فيه قيم المريض إلى خيار مسمى (انظر الحالة الثانية). وكذلك إدخال المسن من بيته أو من دار الرعاية يُقرر بحسب هدف رعايته المتفق عليه، لا تلقائيًا عند كل تدهور.

2-6 الكرامة والعدالة

لا تزول الكرامة بالعجز ولا بفقد الوعي؛ فيستمر احترام خصوصية المريض، ومخاطبته، وإشراكه بقدر استطاعته، ولو ظن من حوله أنه لا يسمع. ولا تنخفض قيمة حياته بسبب السن أو الإعاقة، ولا تصير الكلفة مبررًا خفيًا لتفسير توجيهه تفسيرًا يحرمه من علاج مستطب.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 الأصول الحاكمة: حكم التداوي وإذن المريض

قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 67 (5/7) أن الأصل في التداوي المشروعية، وأن حكمه يختلف باختلاف الأحوال. فيكون واجبًا إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو عضو أو العجز، ومندوبًا ومباحًا ومكروهًا في أحوال أخرى [20]. واشترط إذن المريض التام الأهلية، ثم إذن وليه «حسب ترتيب الولاية الشرعية» إذا كان عديم الأهلية أو ناقصها، مع حصر تصرف الولي فيما فيه منفعة المولى عليه. ونص على ألا يُعتد بعدم إذن الولي إذا كان واضح الضرر، وأن العلاج في الإسعاف لا يتوقف على الإذن [20]. ونص القرار وتحليله في الفصل 5 (انظر الفصل 5، المبحث ثالثًا).

وأوجب القرار 184 (10/19) على المريض القادر الإذن بالعلاج الضروري المستعجل «يأثم المريض بتركه»، وأجاز للطبيب التدخل استنادًا إلى الضرورة بضمانات [21]. ورجح الفصل 5 العمل في المنشأة السعودية بالمادة التاسعة عشرة وشروط الدليل، فلا يُتدخل مع رفض قادر ثبتت أهليته (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا).

وحاصل الأصلين: للمريض أن يرفض من العلاج ما لا يجب عليه، وفي رفضه ما يجب عليه إثم ديانة. والولي نائب مقيد بالمصلحة، لا مالك.

3-2 حرية الاختيار في التداوي غير الواجب

في الصحيحين أن امرأة كانت تُصرع جاءت النبي ﷺ تسأله الدعاء، فقال: «إن شئت صبرت ولك الجنة، وإن شئت دعوت الله أن يعافيك»، فقالت: أصبر [22]. فخيّرها بين طلب العافية والصبر، وأقر اختيارها. واستدل به مكتب المفتي في سنغافورة على حق المسلم في تقرير نوع العلاج الذي يريده لنفسه [16]. ومحل الاستدلال التداوي غير الواجب، لا ما يدخل في الواجب بضابط القرار 67 (5/7).

CC BY-NC-ND 4.0

3-3 الوصية الطبية: تكييف التوجيه فقهًا

الوصية في الفقه تصرف مضاف إلى ما بعد الموت: تمليك مال، أو إقامة وصي على الأولاد أو الديون. والتوجيه الطبي يعمل في حياة صاحبه بعد فقد قدرته؛ فلا يصح تكييفه وصية، ولا تجري عليه أحكامها من الثلث والرجوع والقبول بعد الموت. ولذلك كيّفته الدراسات المعاصرة على باب الإذن الطبي [15]. وتسميته «الوصية الطبية» تجوز في اللفظ لا في الحكم.

أما ما يوصي به الإنسان مما يُنفذ بعد موته، كالتبرع بأعضائه، فهو وصية حقيقية بأحكامها؛ وتفصيلها في الفصل 47.

وأقرب صور التوجيه إلى أبواب الفقه ثلاث: **الرفض المسبق**، وهو امتناع من صاحب الحق عن تدخل في بدنه؛ و**الإذن المسبق**، وهو رضا مقدم بتدخل محدد؛ و**تسمية شخص يتكلم عنه**، وهي أقرب إلى الوكالة. والوكالة تبطل بموت أحد الطرفين وجنونه المطبق، كما نقل ابن قدامة [23]. فتسمية الممثل لا تنشئ له ولاية بعد فقد الموكل أهليته؛ وإنما تبقى شهادةً على من كان المريض يثق به وعلى قيمه.

3-4 هل يبقى الرفض الموثق بعد فقد القدرة؟ الأقوال والتخريجات

لم نقف، حتى تاريخ القطع، على قرار مجمعي أو فتوى رسمية سعودية تحسم هذه المسألة بعينها. وفيها تخريج على أبواب الفقه، وقول منشور مقيد.

التخريج الأول: يسقط اعتباره الملزم، ويصير قرينة. وهو ما يقتضيه إجراء التوجيه على أحكام الوكالة والولاية، ولم نقف على قائل معاصر منشور به بعينه. ووجهه أن الإذن والرفض تصرفان قائمان بأهلية صاحبهما؛ فإذا زالت انتقل الحق إلى الولي «حسب ترتيب الولاية الشرعية» [20]، كما تبطل الوكالة بجنون الموكل [23]. والولي يتصرف بالمصلحة، والمصلحة يقدرها هو والأطباء؛ فيُستأنس بالرفض السابق ولا يُلزم به. ويقويه أن رفض العلاج الواجب المستعجل إثم [21]، فلا يكون مضمونه مشروعًا حتى يُلزم غيرَه.

القول الثاني: يُعمل به في رفض ما لا يجب من العلاج في المرض النهائي. فقد أجاز مكتب المفتي في سنغافورة للمسلم منذ 1994م أن يُعد توجيهًا طبيًا مسبقًا يرفض فيه العلاج الاستثنائي المطيل للحياة إذا كان مرضه نهائيًا، ثم أجاز في 2019م إعداد خطة الرعاية المسبقة [16]. والتوجيه لا يُكتب إلا ليُعمل به بعد فقد القدرة؛ فإجازته بهذا القيد إقرار ببقائه فيه. وإلى هذا انتهت دراسة Malek وزملائه؛ فأجازت التوجيه برفض العلاج المطيل للحياة الذي لا يرجى نفعه في الحالات النهائية بعد تحقق أهل الخبرة، ومنعت أن يتضمن رفض علاج شافٍ منقذ للحياة، أو قتلًا رحيمًا، أو منع التغذية بقصد تعجيل الموت [15]. ودليله أن الترك في غير الواجب حق للمريض بحديث المرأة التي كانت تُصرع [22]، وأن الولي نائب عنه، والنائب لا يخالف من ناب عنه فيما يملكه.

3-5 مناقشة الأقوال

يُرد على التخريج الأول بأن الرفض المسبق ليس توكيلًا لغيره حتى يبطل بجنونه، بل قرار من صاحب البدن في شأن بدنه، صدر وهو أهل له. وانتقال الولاية ينقل سلطة القرار فيما لم يقرره المريض، لا سلطة نقض ما قرره فيما يملكه. ثم إن معيار الولي هو المصلحة، ومعرفة ما يريده المولى عليه من المصلحة المعتبرة فيما يباح له تركه.

CC BY-NC-ND 4.0

والقول الثاني أقرب إلى الأصول؛ لأنه يربط أثر التوجيه بحكم العلاج في القرار 67 (5/7). غير أنه يترك صورة واحدة بلا جواب: مريض قادر رفض رفضًا مستنيرًا علاجًا منقذًا في نوبة المرض نفسها، ثم فقد وعيه بتطور متوقع. وهذه الصورة موضع ترجيح المؤلف في المطلب 4-5.

3-6 الترجيح الفقهي عند المؤلف

الراجح عند المؤلف في الحكم الفقهي: أن الرفض المسبق الصحيح المنطبق **لا يسقط بفقد القدرة**؛ لأنه تصرف من صاحب الحق وهو أهل له، لا وكالة تبطل بجنون الموكل. ويُلزم الولي والفريق فيما يجوز للمريض تركه من العلاج. أما رفض العلاج الواجب بضابط القرار 67 (5/7)، فالمريض آثم به ديانة كما في القرار 184 (10/19)، ولا يجب على الولي ولا الطبيب تنفيذ مضمونه فقهًا. لكن الإلزام بخلافه مسألة نظامية لا تقررها الفتوى وحدها؛ وحكمها في المطلب 4-5.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 النصوص الحاكمة

لا يوجد في المملكة، حتى تاريخ القطع، نظام أو لائحة تنظم التوجيهات الطبية المسبقة بنص خاص، وهي نتيجة بحث في المصادر المتاحة لا حكم قضائي. ويؤيدها تصنيف دراسة مقارنة المملكةَ ضمن الولايات غير المنظمة في هذا الباب [8]. فيُقرأ التوجيه داخل ثلاثة نصوص: نظام مزاولة المهن الصحية [5]، والدليل السعودي للإذن الطبي [6]، والسياسة الوطنية لعدم الإنعاش فيما يخص الإنعاش وحده (انظر الفصل 41).

4-2 المادة التاسعة عشرة: الرضا والتمثيل والطوارئ

تشترط المادة التاسعة عشرة ألا يُجرى عمل طبي «إلا برضاه، أو بموافقة من يمثله أو ولي أمره إذا لم يعتد بإرادته» [5]. وتستثني التدخل الفوري لإنقاذ الحياة أو العضو عند «تعذر الحصول على موافقة المريض أو من يمثله أو ولي أمره في الوقت المناسب»، وتحظر إنهاء حياة المريض الميؤوس من شفائه ولو بطلبه أو طلب ذويه [5]. ونصها كاملًا وتحليله في الفصل 5 (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا).

والذي يظهر للمؤلف من عبارة «إذا لم يعتد بإرادته» أن النص يجعل الممثل بديلًا حين لا يُعتد بإرادة المريض، ولا يقول إن إرادته السابقة تسقط بفقد القدرة. فالرفض الصحيح المنطبق إرادةٌ صدرت معتدًا بها، والنص لا يمنع استمرار الاعتداد بها. وتوجب المادة التاسعة أن يستهدف العمل الطبي دائمًا مصلحة المريض [5]؛ فلا تبرر موافقة الأسرة تدخلًا لا ينفعه.

4-3 الدليل السعودي للإذن الطبي: الولاية وترتيب الأولياء

عرّف الدليل الولاية بأنها «سلطة شرعية يتمكن صاحبها من القيام على الشؤون الشخصية والمالية للمريض القاصر أو ناقص الأهلية أو فاقد الأهلية» [6]. ونص على أن ترتيب الأولياء في الإذن الطبي بحسب ترتيب الولاية الشرعية:

CC BY-NC-ND 4.0

«1. الأب. 2. الجد من الأب 3. الأم 4. ثم تكون للأقرب من العصبات بالنفس. 5. لا يكـون الحاكم ولياً ولا يحتاج إلى الرفع إليه إلا إذا لم يوجد أحد من عصبته» [6].

ويترتب على هذا النص أربعة أمور في البالغ فاقد القدرة:

1. **الزوج والزوجة ليسا في الترتيب.** فالزوجـة تُستشـار لمعرفـة المـريض ودعمـه، ولا تنفرد بالإذن ما لم تكن لها صفة أخرى.
2. **الابن والأخ من العصـبات بـالنفس.** فـإذا غـاب الأب والجـد والأم، كـان الأقـرب من العصـبات هـو الـولي، وهـو الابن غالبًـا في المـريض الكبـير. والبنت ليسـت من العصـبات بالنفس.
3. **من اختاره المريض ليس وليًا بالاختيار.** وقد أجاز الدليل توكيـل المـريض غـيره في الإذن، بشرط أن يكون الموكل والوكيل جائزي التصـرف [6]. والوكالـة تنتهي بفقـد أهليـة الموكل فقهًا [23]. فيبقى لمن سماه المريض دور الشاهد على قيمه، ويبقى القرار للولي بترتيب الدليل.
4. **الولي مقيد بالمصلحة.** فعليـه أن يـأذن بمـا يحقـق مصـلحة فاقـد الأهليـة، و«لا يعتـبر بتصرف الولي في عدم الإذن إذا كان الضـرر واضـحاً بـالمولى عليـه»، وعنـد تضـارب آراء الأقارب «يقدم من كان رأيه في مصلحة المريض حسب تقرير الأطباء» [6].

وإذا غاب الولي أو تعذر الوصول إليه ولم يمكن الانتظار، تولت الإذن لجنة تشـكلها الإدارة الطبيـة، من طبيـبين مختصـين وعضـو من الإدارة الطبيـة وأخصـائي اجتمـاعي [6]. ونص الـدليل على أن الولاية تنتهي بعودة المغمى عليه إلى وعيه وعودة العقل والإدراك [6]؛ فيعود القرار إلى المـريض متى استعاد قدرته. وتفصيل ذلك في الفصل 5 (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا).



شكل: ترتيب الأولياء في الإذن الطبي للبالغ فاقد القدرة بحسب الدليل السعودي للإذن الطبي، وما يترتب عليه.

CC BY-NC-ND 4.0

4-4 ما سكت عنه الدليل

قرر الدليل أن الإذن حق للمريض البالغ العاقل، «فليس لأحد أن يجبره على الإذن، ولا أن يأذن نيابة عنه؛ ما لم يكن الإجراء الطبي لازما لإنقاذ حياته فتجرى بغير إذنه» [6]. ولم نجد فيه نصًا على التوجيهات المسبقة، ولا على أثر رفض سابق صدر من المريض قبل فقد قدرته. فهو ينقل الإذن إلى الولي بفقد الأهلية، ويقيد الولي بالمصلحة، ويسكت عن علاقة الولي بإرادة المريض السابقة.

ويشترط الدليل لإجراء التدخل المنقذ دون إذن شروطًا مجتمعة، أولها عدم القدرة على أخذ موافقة المريض أو عدم أهليته، وثانيها عدم وجود ولي أو من يمثله [6]. فإذا حضر الولي فهو صاحب الإذن. ويبقى السؤال: هل يملك الولي أن يأذن بما رفضه المريض وهو قادر؟

4-5 مسألة بقاء الرفض الموثق بعد فقد القدرة: الترجيح

النصوص السعودية لا تحسم المسألة؛ فالترجيح الآتي اجتهاد صريح للمؤلف، يُعمل به حتى يصدر تنظيم نافذ يخالفه. وهو مبني على ثلاثة أسس: أن المادة التاسعة عشرة تجعل الممثل بديلًا عند عدم الاعتداد بإرادة المريض، وأن الولي مقيد بالمصلحة، وأن الفصل 5 رجح عدم التدخل مع رفض قادر ثبتت أهليته.

والنص الذي يحتج به الطرفان هو قول الدليل في البالغ العاقل: «فليس لأحد أن يجبره على الإذن، ولا أن يأذن نيابة عنه؛ ما لم يكن الإجراء الطبي لازما لإنقاذ حياته فتجرى بغير إذنه» [6]. فصدره يمنع النيابة عن القادر، وذيله يستثني الإجراء المنقذ، وهو قريب من القرار 184 (10/19) الذي يجيز التدخل مع رفض القادر في المستعجل بضمانات [21]. وقد احتمل الذيل القراءتين، فحسمه الفصل 5 بترجيح عدم التدخل مع رفض قادر، وألا يُعامل الذيل رخصة في ذلك (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). ويمد المؤلف هذا الترجيح إلى الرفض المعاصر المستنير بعد فقد القدرة، اجتهادًا منه، مع الإقرار بأن ذيل الدليل والقرار 184 (10/19) يقويان القول المقابل في العلاج المنقذ؛ ولذلك شُددت ضمانات المرتبة الثانية.

أولًا: الأصل أن الرفض الموثق لا يسقط بفقد القدرة، إذا صح وانطبق. فيتحول من رفض قائم إلى إرادة سابقة، يلتزمها الولي والفريق. وهذا يمنع «لعبة الانتظار»، ويتسق مع حق القادر في الرفض.

ثانيًا: تتفاوت قوته بحسب صورته، على ثلاث مراتب:

جدول 40-2: مراتب الرفض السابق وأثره بعد فقد القدرة (ترجيح المؤلف)

المرتبة	صورتها	أثرها
الأولى: رفض ما لا يجب من العلاج	رفض صحيح منطبق لتدخل لا يرجى نفعه أو يطيل الاحتضار أو ثقل عبؤه في مرض متقدم، كالتهوية الطويلة أو الغسيل في الوهن الشديد	يُلزم الولي والفريق، ولا يُنقض بطلب الأسرة
الثانية: رفض معاصر مستنير لعلاج منقذ	رفض صدر في نوبة المرض نفسها، لتدخل مسمى، بعد	يبقى معتبرًا بضمانات مشددة، اتساقًا مع عدم إجبار القادر

CC BY-NC-ND 4.0

المرتبة	صورتها	أثرها
	بيان صريح بأن الموت نتيجة محتملة، ثم فقد المريض وعيه بتطور متوقع	
الثالثة: توجيه عام أو قديم أو غير منطبق	عبارة عامة، أو رفض صدر لظرف آخر، أو واقعة حادة قابلة للعكس لم يتوقعها	لا يُلزم؛ يُستأنس به، ويُحكم بالمصلحة عبر الولي أو استثناء الطوارئ

ثالثًا: ضمانات المرتبة الثانية. لا يُعمل بها إلا باجتماع ما يأتي:

1. توثيق القدرة وقت الرفض في السجل، بتقويم الطبيب المعالج، ويُضم رأي ثانٍ إذا وُجد ما يشكك فيها.
2. توثيق البيان: التشخيص، والعلاج المرفوض باسمه، واحتمال نجاحه، والنتيجة المتوقعة للرفض ومنها الموت.
3. تصريح المريض بأن رفضه يسري ولو فقد وعيه، أو قرينة واضحة على ذلك.
4. عدم ظهور ما يدل على العدول عنه، قولًا أو فعلًا.
5. عرض الأمر فورًا على الإدارة الطبية والاستشارة الأخلاقية (انظر الفصل 13). فإن نازع الولي، أُخطرت الجهة المختصة؛ فالمنشأة تُخطرها ولا تنوب عنها. وفي المدة الفاصلة: إن كانت الضمانات الأربع الأولى ثابتة في السجل قبل فقد القدرة، عُمل بالرفض ولم يكن اعتراض الولي وحده شكًا؛ وإن لم يثبت منها شيء في الوقت المتاح، قُدِّم حفظ الحياة كما في البند الرابع.

رابعًا: الشك يُرجِّح الحياة. إذا شُك في صحة الرفض أو انطباقه، ولم يتسع الوقت للتحقق، قُدِّم حفظ الحياة بالتدخل الضروري، ثم أعيد النظر بعد الاستقرار. وإيقاف ما بُدئ به بعد ثبوت الرفض ممكن بضوابط الفصل 42.

خامسًا: حدود لا يتجاوزها أي توجيه. لا ينشئ التوجيه حقًا في تدخل غير مستطب، ولا يسوغ فعلًا يقصد به إنهاء الحياة؛ لحظر المادة التاسعة عشرة ذلك ولو بطلب المريض أو ذويه [5].

وهذا الترجيح يجيب عن الشرط المغيِّر للحكم في الحالة 5/1 (بالغ قادر يرفض بترًا منقذًا): فإن فقد المريض قدرته بالإنتان، لم يُنفَّذ طلب أبنائه البتر آليًا ولم يُهدر رفضه. بل يُفحص بضمانات المرتبة الثانية، ويُعمل به إن استوفاها.

4-6 التوثيق المهني

يتضمن السجل: التشخيص والمآل ودرجة الاستعجال؛ وتقويم القدرة والأسباب القابلة للعكس؛ ونص التوجيه وتاريخه ومصدره ومدى انطباقه؛ والولي بترتيب الدليل؛ ومن سماه المريض إن وُجد؛ وما شُرح من منافع ومخاطر وبدائل؛ والتوصية وأسبابها؛ وموعد إعادة التقويم. والتوثيق وسيلة لاستمرار صوت المريض بين الفرق، لا دفاعًا قانونيًا فحسب.

CC BY-NC-ND 4.0

4-7 الدروس المقارنة في حدودها

أبرزت قضيتا Cruzan وSchiavo في الولايات المتحدة ثلاثة مخاطر: غموض صاحب الصفة، وضعف الدليل على إرادة المريض، وتحول الغموض إلى نزاع طويل. فقد أجازت المحكمة العليا الأمريكية في Cruzan أن تشترط الولاية دليلًا «واضحًا ومقنعًا» على إرادة فاقد الأهلية قبل إيقاف العلاج [24]. ثم تحول الخلاف في Schiavo بين الزوج والوالدين إلى نزاع سياسي وقضائي استمر سنوات [25]. وقيمة القضيتين هنا تعليمية: فهما تبينان الحاجة إلى التوثيق المسبق، لا سوابق تُنقل أحكامها إلى المملكة.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 مسار القرار في سبع خطوات

1. **سمِّ القرار وثبّت الواقع الطبي.** إنعاش، أو تنبيب، أو غسيل، أو جراحة، أو تغذية، أو عدم تصعيد؛ لا «كل شيء» ولا «لا أجهزة». ودوّن قابلية العكس والمآل والهدف واحتمال النجاح والعبء ودرجة الاستعجال.
2. **قوّم القدرة.** اختبر الفهم والتقدير والموازنة والتعبير، وعالج القابل للعكس، ووفر وسيلة التواصل [17].
3. **ابحث عن الإرادة السابقة.** راجع السجل والوثائق والمحادثات، واسأل من سماه المريض.
4. **اختبر الصحة والانطباق.** طبق أسئلة المطلب 5-2، وحدد مرتبة الرفض في جدول 2-40.
5. **حدد الولي ومعيار القرار.** طبق ترتيب الدليل، وافحص تضارب المصالح، ثم المعيار: توجيه منطبق، فحكم بديل، فمصلحة فضلى.
6. **قدّم توصية مهنية.** اشرح ما يوصي به الفريق وهدفه وعبئه وما يستمر من رعاية؛ ولا تحمّل الأسرة وحدها عبء اختيار تقني. وعند عدم اليقين استعمل تجربة علاجية محددة المدة بأهداف ومؤشرات فشل معلنة [26].
7. **وثّق وأعد التقويم.** عند استعادة القدرة، أو تغير التشخيص أو المآل، أو ظهور توجيه جديد، أو فشل التجربة.

5-2 أسئلة صحة التوجيه وانطباقه

السؤال	إن كانت الإجابة «لا»
هل صدر من المريض وهو قادر، بعد بيان كافٍ، بلا ضغط؟	يضعف إلى قرينة
هل يسمي التدخل المرفوض والظرف الذي يسري فيه؟	يُترجم إلى قيمة، ولا يُنفذ حرفيًا
هل الواقعة الحاضرة هي التي توقعها؟	لا ينطبق، ويُحكم بالمصلحة
هل هو حديث، ولم يظهر ما يدل على العدول	يُتحقق من الأسرة ومن سماه المريض

CC BY-NC-ND 4.0

السؤال	إن كانت الإجابة «لا»
عنه؟	
هل العلاج المرفوض مما يجب بضابط القرار 67 (5/7)؟	إن كان واجبًا فمرتبته الثانية أو الثالثة، لا الأولى
هل يتضمن طلب تدخل غير مستطب أو فعل يقصد به الموت؟	لا يُنفذ في هذا الجزء

5-3 نموذج حوار التخطيط المسبق

يدور الحوار الجيد حول ستة أسئلة: ما الذي تفهمه عن مرضك؟ وما الذي تريد معرفته؟ وما الـذي يهمك أكثر إذا ساءت حالك؟ وما النتيجة التي لا تقبلها؟ وما العلاج الذي تقبلـه مؤقتًـا لتجـاوز أزمـة قابلة للعكس؟ ومن تريد أن يشـارك في القـرار، وهـل تعـرف أن الـولي نظامًـا قـد يكـون غـيره؟ ويُكتب الجواب بلغة المريض، ثم يُترجم إلى تدخلات مسـماة، ويُراجـع عنـد كـل تشـخيص جديـد أو تنويم.

5-4 دليل القرار السريع

نقطة التحقق	السؤال العملي	قاعدة القرار
القدرة	هل يفهم ويقدّر ويوازن ويعبّر؟	قرار المريض القادر مقدَّم
الاستعجال	هل يهدد التأخير الحياة أو العضو؟	القدر الضروري عند تعذر الإذن، ثم إعادة النظر
التوجيه	هل هو صحيح ومنطبق، وما مرتبته؟	يُلزم في الأولى، وبضمانات في الثانية، ويُستأنس به في الثالثة
الولي	من الأقرب بترتيب الدليل؟	يمثل المريض ومصلحته، لا نفسه
من سماه المريض	هل هو الولي؟	إن لم يكن فهو شاهد على القيم
الاستطباب	هل يحقق التدخل هدفًا واقعيًا؟	الطلب لا ينشئ استطبابًا
إنهاء الحياة	هل يُقصد بالطلب إحداث الموت؟	محظور
الخلاف	أين النزاع؟	رأي ثانٍ، واستشارة أخلاقية، وإدارة طبية، وجهة مختصة

CC BY-NC-ND 4.0

سادسًا: الحالات التطبيقية

الحالة الأولى: توجيه يرفض «التنفس الصناعي الطويل» والتهاب رئوي قابل للعلاج

الوقائع. رجل في السبعين، بانسداد رئوي مزمن متقدم، كتب قبل سنة، بعد تنويم طويل، أنه يرفض «التنفس الصناعي الطويل وفتح القصبة الهوائية إذا صار عاجزًا عن الحياة دون جهاز». وها هو يصل الآن بالتهاب رئوي وفشل تنفسي وهذيان، ويرى الفريق أن تهوية أيام قد تعيده إلى حاله السابقة. أبواه متوفيان، وابنه الوحيد، وهو الولي بترتيب الدليل، يطلب «احترام الورقة» ويرفض أي جهاز، وابنته تطلب التنبيب. والأكسجة تتدهور خلال ساعات.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: فشل تنفسي يتفاقم، والقرار خلال ساعات. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: المريض في هذيان فاقد للقدرة الآن. صاحب الصفة: الابن بترتيب الدليل، مقيدًا بمصلحة أبيه وإرادته. السؤال المطلوب تقريره: هل ينطبق التوجيه على تهوية قصيرة لسبب قابل للعكس؟

الركن الطبي. الالتهاب الرئوي سبب حاد قابل للعلاج، والتهوية غير الغازية أو التنبيب القصير قد يعيدانه إلى حاله. والتوجيه إنما يرفض الدعم الطويل والاعتماد الدائم على الجهاز، لا الجسر القصير إلى العافية. فالتفسير الحرفي المجتزأ يخالف مقصد المريض.

الركن الأخلاقي. احترام التوجيه يكون باحترام مقصده. فتجاهله كليًا يهدر صوت المريض، وتطبيقه على غير ما قصد يهدر حياته باسمه. والتجربة المحددة المدة تجمع الأمرين معًا: علاج لما يُرجى، ووقوف عند ما رفضه [26].

الركن الفقهي. التوجيه في المرتبة الثالثة لهذه الواقعة؛ لأنه لم يصدر لها. والعلاج هنا قريب النفع، يُفضي تركه إلى الهلاك غالبًا؛ فهو من الواجب بضابط القرار 67 (5/7) [20]. والولي لا يُعتد برفضه الواضح الضرر [6، 20].

الركن النظامي. الولي بترتيب الدليل الابن؛ لأن الأب والجد والأم غير موجودين، وهو الأقرب من العصبات بالنفس. ورفض الولي الواضح الضرر لا يُعتبر به، وينتقل الحق إلى من يليه من الأولياء ثم إلى ولي الأمر؛ فتُخطر المنشأة الجهة المختصة ولا تنوب عنها [6] (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). ورفض الولي الحاضر ليس «تعذرًا» تسنده المادة التاسعة عشرة. وعند تضارب آراء الأقارب يُقدَّم من كان رأيه في مصلحة المريض بحسب تقرير الأطباء [6]، ورأي الابنة هنا هو الموافق لتقرير الأطباء.

القرار المهني الموزون. تبدأ تهوية غير غازية، ثم تنبيب إن لزم، تجربةً لا تتجاوز مدة محددة (مثل سبعة أيام)، بأهداف ومؤشرات فشل مكتوبة، مع إعلان أن فتح القصبة والتهوية الطويلة لن يُجريا، فإن فشلت التجربة ولم يبق بديل غيرهما، طُبق التوجيه وانتقلت الرعاية إلى التلطيف، ويوثَّق سقوط اعتبار رفض الابن لوضوح ضرره، وتقرير الأطباء بأن رأي الابنة هو الموافق لمصلحة أبيها، وتُخطر الجهة المختصة بالحال؛ لأن التوجيه لا ينطبق على جسر قصير لسبب حاد، والعلاج قريب النفع. ويُعاد النظر إذا استعاد المريض قدرته فقرر بنفسه، أو ظهرت وثيقة أدق، أو ثبت أن الفشل التنفسي نهائي غير قابل للعكس.

CC BY-NC-ND 4.0

الدرس. احترام التوجيه إنما هو احترام لمقصده، والتجربة المحددة المدة تحفظ الحياة وتحفظ ما رفضه المريض معًا. وتقابلها الحالة 42/2، حيث تقرر مريضة قادرة التجربة بنفسها (انظر الفصل 42).

الحالة الثانية: رفض موثق للغسيل الكلوي ثم غيبوبة يوريمية والأبناء يطلبونه

الوقائع. رجل في الثامنة والسبعين، بفشل كلوي متقدم وقصور قلب شديد ووهن، رفض الغسيل الكلوي في ثلاث زيارات خلال أربعة أشهر. وفي كل مرة وثّق طبيب الكلى قدرته، وأنه فهم أن الرفض قد يعني الموت خلال أسابيع، وأنه قال: «لا أريد الغسيل ولو غبت عن الوعي؛ أريد أن أموت في بيتي». ووُضعت له خطة رعاية تلطيفية منزلية. وها هو يصل الآن إلى الطوارئ في اعتلال دماغي يوريمي، فيطلب ابناه بدء الغسيل فورًا؛ وأبواه متوفيان، فهما الوليان بترتيب الدليل بوصفهما الأقرب من العصبات بالنفس.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: حالة حرجة، لكن يمكن التحكم في الأعراض خلال ساعات لإتاحة التحقق. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: المريض فاقد القدرة الآن. صاحب الصفة: الابنان بترتيب الدليل، مقيدين بإرادة أبيهما ومصلحته. السؤال المطلوب تقريره: هل يبقى الرفض الموثق بعد فقد القدرة؟

الركن الطبي. الغسيل قد يعيد الوعي مؤقتًا، ولكن منفعته في هذه السن، مع قصور قلب شديد ووهن، محدودة، وعبؤه كبير: قسطرة، وجلسات متكررة، ومضاعفات، وبقاء في المستشفى. والبديل التلطيفي قائم، يخفف الأعراض دون أن يطيل الاحتضار (انظر الفصل 43).

الركن الأخلاقي. الرفض صدر من قادر، متكررًا، مستنيرًا، ومصرَّحًا فيه بسريانه بعد فقد الوعي. فإن نُقض الآن صار حقه في الرفض رهنًا بوعيه، وهذا عين «لعبة الانتظار». ويُحترم حزن الابنين وخوفهما، من غير أن يصيرا صاحبي القرار عن أبيهما.

الركن الفقهي. الغسيل هنا علاج ثقيل العبء محدود النفع في مرض متقدم؛ فليس من الواجب بضابط القرار 67 (5/7) [20]. والرفض في المرتبة الأولى، وتصرف الولي مقيد بالمصلحة، ومعرفة إرادة المولى عليه فيما يباح له تركه من مصلحته (انظر المطلب 3-6).

الركن النظامي. لا نص سعوديًا خاصًا. والمادة التاسعة عشرة تجعل الولي بديلًا حين لا يُعتد بإرادة المريض، وإرادته هنا صريحة معتد بها [5]. والغسيل من مواضع الإذن المكتوب في الدليل [6] (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا)، والولي مقيد فيه بمصلحة المريض [6]. فيُعمل بترجيح المطلب 4-5.

القرار المهني الموزون. لا يبدأ الغسيل، وتستمر الرعاية التلطيفية الكاملة مع تيسير نقله إلى بيته إن أمكن كما أراد، ويُعقد لقاء عاجل مع الابنين يُعرض فيه توثيق أبيهما بتواريخه، وتُعرض الحالة على الاستشارة الأخلاقية والإدارة الطبية في اليوم نفسه؛ لأن رفضه صحيح منطبق في المرتبة الأولى، لعلاج غير واجب، صدر لهذه الواقعة بعينها. واستُبعد بدء الغسيل «حتى يفيق فنسأله» لأنه ينقض رفضًا صريحًا يسري بعد فقد الوعي. ويُعاد النظر إذا ظهر دليل موثوق على عدوله، أو سبب حاد قابل للعكس لم يتوقعه، كانسداد بولي أو دواء سام للكلى، فيُعالج السبب وحده.

الدرس. الرفض الموثق الصحيح المنطبق لا يسقط بفقد الوعي؛ ووظيفة الولي أن يحمل صوت أبيه، لا أن ينقضه. وترك القادر للغسيل وحكمه أصلًا في الحالة 42/3 (انظر الفصل 42).

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الثالثة: ابنة سمّتها أمها ممثلة لها، والابن الولي يرفض إيقاف صعقات الجهاز

الوقائع. أرملة في الثانية والسبعين، بقصور قلب في مرحلته الأخيرة، مزروع لها جهاز نظم ومزيل رجفان منذ سنوات. وقد قالت لطبيبها قبل شهرين، وسُجّل ذلك: «ابنتي هي التي تتكلم عني إذا عجزت، ولا أريد أن أُصعق وأنا أموت». وهي الآن في غيبوبة من هبوط الضخ، وقد انتقل الفريق إلى الرعاية التلطيفية، وتلقت هذا اليوم صعقتين مؤلمتين. أبواها متوفيان، ولها ابن وابنة: الابنة تطلب إيقاف وظيفة الصعق، والابن يرفض ويقول: «إطفاء الجهاز قتل لها، وأنا الولي».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: احتضار متوقع، والصعقات تتكرر؛ القرار خلال ساعات. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: فاقدة لها. صاحب الصفة: الابن بترتيب الدليل، والابنة شاهدة على قيم أمها. السؤال المطلوب تقريره: من يقرر، وهل إيقاف الصعق قتل؟

الركن الطبي. وظيفة الصعق تعالج اضطرابات النظم القاتلة، ولكنها لا تعالج فشل الضخ الذي تحتضر به المريضة. فالصعقات في الاحتضار تؤلم ولا تغير المآل؛ كل صعقة منها وجع جديد لا يرد شيئًا. وإيقافها لا يُحدث الموت، ويمكن إبقاء وظيفة تنظيم النبض إن احتاجتها. وقد قرر بيان إجماع جمعية نظم القلب أن للمريض أو من ينوب عنه طلب إيقاف علاج الجهاز، وأن تنفيذ ذلك ليس قتلًا رحيمًا ولا انتحارًا بمساعدة الطبيب [27].

الركن الأخلاقي. الابنة تعرف قيم أمها، والابن يحمل الصفة؛ والخلاف في حقيقته خوف من أن يكون الإيقاف قتلًا. فإذا وُضّح الفرق بين ترك علاج لا ينفع وإحداث الموت، عولج أصل الخلاف (انظر الفصل 46). وإطالة الألم بصعقات لا تنفع لا تحقق مصلحة المريضة في شيء.

الركن الفقهي. الصعق في الاحتضار علاج لا يُرجى نفعه، فليس من الواجب بضابط القرار 67 (5/7) [20]. وعبارة الأم «لا أريد أن أُصعق وأنا أموت» رفض محدد منطبق، في المرتبة الأولى. وتسميتها ابنتها أقرب إلى الوكالة، والوكالة تبطل بزوال أهلية الموكل [23]؛ فلا تصير الابنة وليًا بها، لكن كلامها شهادة على إرادة أمها. والولي مقيد بالمصلحة، ولا يملك نقض ما يجوز لأمه تركه (انظر المطلب 3-6).

الركن النظامي. الأب والجد والأم غير موجودين، فالولاية للأقرب من العصبات بالنفس، وهو الابن؛ والبنت ليست منهم [6]. وعند تضارب الأقارب يُقدَّم من كان رأيه في مصلحة المريضة بحسب تقرير الأطباء [6]. وحظر المادة التاسعة عشرة إنهاءَ الحياة لا يتناول ترك علاج لا ينفع [5]. والحالة المرجعية 4/1 عالجت اختلاف الأبناء في جراحة عاجلة (انظر الفصل 4، المبحث سابعًا).

القرار المهني الموزون. يُعقد لقاء عاجل للابن والابنة تُعرض فيه كلمات الأم الموثقة، ويُشرح أن إيقاف الصعق لا يُحدث الموت، ويوصي الفريق بإيقاف وظيفة الصعق مع إبقاء تنظيم النبض واستمرار الرعاية التلطيفية الكاملة، ويُطلب رأي الاستشارة الأخلاقية في اليوم نفسه؛ فإن بقي الابن معترضًا بعد اللقاء والاستشارة، نُفذ الإيقاف، دون أن تُقدَّم الابنة على الولي في غير ما نقلته من إرادة أمها؛ لأن الرفض في المرتبة الأولى ملزم للولي، وهو رفض محدد منطبق لعلاج لا ينفع ويؤلم، ولأن رأي الابنة هو الموافق لمصلحة المريضة بتقرير الأطباء [6]. ويُعاد النظر إذا حدث تحسن غير متوقع في الضخ يخرجها من الاحتضار، أو ظهر ما يدل على عدول الأم عن كلامها.

الدرس. من يسميه المريض يحمل قيمه، ومن يرتبه الدليل يحمل الصفة؛ والرفض المنطبق لعلاج لا ينفع يلزمهما جميعًا.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الرابعة: مريض واعٍ لا يتكلم يخطط لما بعد فقد التواصل

الوقائع. رجل في الخمسين بالتصلب الجانبي الضموري، لا يتكلم ولا يتحرك تقريبًا، وإنما يتواصل بحركة العين عبر لوح حروف. ويعاني ضيق نفس ليليًا. فطلب الفريق موافقة زوجته على التهوية غير الغازية لأنه «لا يستطيع الكلام». والمريض يريد أن يقرر الآن ما يكون إذا فقد حركة عينيه: يقبل التهوية غير الغازية، ويرفض فتح القصبة والتهوية الدائمة. وزوجته تبكي وتطلب «كل شيء».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا استعجال الآن، والتدهور متوقع خلال أشهر. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: قادر، بوسيلة تواصل. صاحب الصفة: المريض نفسه. السؤال المطلوب تقريره: من يقرر الآن، وكيف يُوثق قراره للمستقبل؟

الركن الطبي. لا علامة على فقد الإدراك؛ فتُقوَّم قدرته بوسيلته هو، مع وقت كافٍ وتحقق من الفهم بأسئلة مغلقة [17]. ومسار المرض متوقع، فهذا أنسب وقت للتخطيط المسبق: قبل الأزمة لا في أثنائها.

الركن الأخلاقي. وكيف تُسأل الزوجة عنه وهو قادر؟ إن ذلك يسلبه صوته ويمس كرامته. والتخطيط المسبق هنا إحسان: يحفظ صوته حين يفقد وسيلة التعبير، ويرفع عن زوجته عبء قرار لم يُطلب منها.

الركن الفقهي. القدرة مرتبطة بالعقل والإدراك لا بسلامة اللسان؛ ورضا المريض القادر هو الأصل [20]. والأظهر عند المؤلف أن التهوية الدائمة بعد فتح القصبة في مرض عصبي مترقٍ لا تدخل في الواجب بضابط القرار 67 (5/7)؛ لأنها لا تشفي المرض ولا توقف ترقيه، وعبؤها طويل. فرفضه المسبق لها في المرتبة الأولى بترجيح المطلب 3-6.

الركن النظامي. البالغ العاقل صاحب الإذن، ولا يأذن أحد عنه [6]، والمادة التاسعة عشرة تشترط رضاه [5]. والزوجة ليست في ترتيب الأولياء [6]؛ فإذا فقد القدرة لاحقًا كان الولي بحسب الترتيب، ويلتزم رفضه الموثق.

القرار المهني الموزون. يقرر المريض بنفسه قبول التهوية غير الغازية، ويُكتب توجيهه المسبق بلغته عبر لوح الحروف، بحضور شاهدين من الممارسين، برفض فتح القصبة والتهوية الدائمة ولو فقد التواصل، ويُسجل في موضع ظاهر من الملف، ولا يمنع التوجيه علاج سبب حاد قابل للعكس لم يتوقعه؛ لأن المريض قادر، والتوجيه محدد حديث مستنير لظرف متوقع، فيقع في المرتبة الأولى. ويُعاد النظر إذا عدل عنه ما دام قادرًا، أو ظهر علاج جديد يغير مسار المرض، أو طرأ هذيان أو نقص أكسجة يوجب إعادة تقويم القدرة قبل أي قرار.

الدرس. أفضل وقت لحفظ صوت المريض قبل أن يفقده؛ والعجز عن الكلام ليس عجزًا عن القرار.

مواقف متكررة

عبارة «لا أريد الأجهزة» أو «افعلوا كل شيء». كلمتان تسمعهما كثيرًا، ولا تُنفذ أي منهما كما هي؛ بل تُترجم إلى قرار مسمى، ويُسأل عن الهدف واحتمال النجاح والمدة والنتيجة المقبولة، ثم تُعرض توصية مهنية معللة. الضابط: العبارة العامة قرينة على قيمة، لا أمر طبي، ولا تنشئ استطبابًا.

CC BY-NC-ND 4.0

وثيقة رفض تظهر بعد التنبيب في الطوارئ. كان التدخل الأول صحيحًا ما دام الرفض مجهولًا أو مشكوكًا فيه؛ فالشك يرجح الحياة، ولا يُلام من أنقذ وهو لا يعلم. فإذا ثبت أن الوثيقة صحيحة منطبقة، أعيد النظر في القرار: ويجوز إيقاف ما بُدئ به بضوابط الفصل 42، مع رعاية تلطيفية كاملة. الضابط: البدء لا يُلزم بالاستمرار، والإيقاف ليس قتلًا.

أمر عدم الإنعاش يُفهم تركًا لبقية العلاج. وهذا فهم خاطئ؛ فأمر عدم محاولة الإنعاش يخص لحظة توقف القلب أو التنفس وحدها، ويستمر معه ما يُستطب من علاج ورعاية. وأحكامه وفتوى اللجنة الدائمة والسياسة الوطنية لعدم الإنعاش في الفصل 41 (انظر الفصل 41).

خرف متقدم ورفض سابق للتغذية بالأنبوب. تُعالج أولًا أسباب قلة الطعام القابلة للعكس، ويستمر الإطعام اليدوي الحريص المتأني. ورفض «العيش على الأنابيب» ليس رفضًا للطعام الطبيعي. وأدلة التغذية الأنبوبية في الخرف وأحكامها في الحالة 44/2 (انظر الفصل 44).

بالغ فاقد القدرة بلا ولي يمكن الوصول إليه. في المستعجل يُجرى القدر الضروري بشروط الدليل [6]؛ وفي غير المستعجل تتولى الإذن لجنة الإذن التي تشكلها الإدارة الطبية [6]، ويُبحث عن أي توجيه سابق، فتلتزمه اللجنة كما يلتزمه الولي. الضابط: غياب الولي لا يُسقط صوت المريض.

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
توجيه يرفض «التنفس الصناعي الطويل»، والتهاب رئوي قابل للعلاج	تهوية غير غازية ثم تنبيب إن لزم، تجربةً محددة المدة بأهداف ومؤشرات فشل مكتوبة، دون فتح القصبة أو تهوية طويلة؛ فإن فشلت طُبق التوجيه	التوجيه لا ينطبق على جسر قصير لسبب حاد، والعلاج قريب النفع	استعاد المريض قدرته فقرر بنفسه، أو ظهرت وثيقة أدق، أو ثبت أن الفشل التنفسي نهائي غير قابل للعكس
رفض موثق للغسيل الكلوي ثم غيبوبة يوريمية، والأبناء يطلبونه	لا يبدأ الغسيل، وتستمر الرعاية التلطيفية الكاملة، ويُعرض على الابنين توثيق أبيهما، والحالة على الاستشارة الأخلاقية والإدارة الطبية في اليوم نفسه	رفضه صحيح منطبق في المرتبة الأولى، لعلاج غير واجب، صدر لهذه الواقعة بعينها	ظهر دليل موثوق على عدوله، أو سبب حاد قابل للعكس لم يتوقعه، فيُعالج السبب وحده
ابنة سمّتها أمها ممثلة لها، والابن الولي يرفض إيقاف صعقات	لقاء عاجل واستشارة أخلاقية في اليوم نفسه، ثم إيقاف	الرفض في المرتبة الأولى ملزم للولي، لعلاج لا ينفع ويؤلم،	حدث تحسن غير متوقع في الضخ يخرجها من الاحتضار،

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
الجهاز	الصعق مع إبقاء تنظيم النبض والرعاية التلطيفية، ولو بقي الابن معترضًا	ورأي الابنة هو الموافق لمصلحة المريضة بتقرير الأطباء	أو ظهر ما يدل على عدول الأم عن كلامها
مريض واعٍ لا يتكلم يخطط لما بعد فقد التواصل	يقرر بنفسه قبول التهوية غير الغازية، ويُكتب توجيهه عبر لوح الحروف بحضور شاهدين برفض فتح القصبة والتهوية الدائمة، ويُسجل في موضع ظاهر	المريض قادر، والتوجيه محدد حديث مستنير لظرف متوقع، فيقع في المرتبة الأولى	عدل عنه ما دام قادرًا، أو ظهر علاج جديد يغير مسار المرض، أو طرأ هذيان أو نقص أكسجة يوجب إعادة تقويم القدرة

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. التخطيط المسبق حوار متجدد عن القيم والأهداف، وأثره الثابت تحسين المحادثات والتوثيق والتوافق بين الرعاية والتفضيلات، لا ضمان نتيجة سريرية بعينها [1، 3، 4].
2. القدرة بوابة القرار؛ فلا يُسأل الولي والمريض قادر، ولو بوسيلة تواصل غير الكلام.
3. يُفحص التوجيه بسؤالي الصحة والانطباق، والعبرة بمقصده لا بحرفه [18].
4. التوجيه الطبي ليس وصية فقهية؛ لأنه يعمل في الحياة. وتسمية الممثل أقرب إلى الوكالة التي تبطل بزوال أهلية الموكل [15، 23].
5. يرتب الدليل السعودي الأولياء: الأب، فالجد من الأب، فالأم، فالأقرب من العصبات بالنفس؛ وليس الزوج ولا من يختاره المريض في هذا الترتيب [6].
6. لا ينص النظام ولا الدليل على التوجيهات المسبقة ولا على أثر الرفض السابق [5، 6].
7. رجح المؤلف اجتهادًا أن الرفض الصحيح المنطبق لا يسقط بفقد القدرة: يُلزم فيما لا يجب من العلاج، ويبقى بضمانات مشددة في الرفض المعاصر المستنير لعلاج منقذ، ولا يُلزم التوجيه العام أو غير المنطبق؛ والشك يرجح الحياة.

التوصيات

للممارس: أن يبدأ بالقدرة قبل الأسرة، وأن يبادر بحوار التخطيط المسبق في الأمراض المترقية قبل الأزمة، وأن يترجم العبارات العامة إلى تدخلات مسماة، وأن يوثق الرفض المستنير بعناصره، وأن يسأل المريض صراحة عن سريان رفضه بعد فقد الوعي، وأن يبين له من الولي بترتيب الدليل.

CC BY-NC-ND 4.0

للمنشأة: أن تخصص في السجل الإلكتروني موضعًا ظاهرًا للقدرة والتوجيه والولي ومن سماه المريض، وأن تضع سياسة داخلية تطبق مراتب الرفض الثلاث وضماناتها، وأن تتيح الاستشارة الأخلاقية على مدار الساعة، وأن تدرب على حوار الأمراض الخطيرة.

للتنظيم الوطني: أن يصدر إطار سعودي للتوجيهات المسبقة، يحدد تعريفها وشروط صحتها وشكلها، وعلاقتها بالولي وترتيبه، وأثر الرفض المسبق للعلاج المنقذ، وآلية النزاع، ويستأنس بفتاوى المجامع.

للتعليم والبحث: أن يُعلَّم الطلاب حوار التخطيط المسبق بالمحاكاة، وأن تُجرى دراسات سعودية على وجود التوجيهات وتنفيذها، وعلى أثرها في عبء القرار عن الأسر.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فلا تبدأ الإجابة عن سؤال الرعاية المناسبة من الجهاز، ولا من الأسرة، ولا من الوثيقة، بل من المريض. فإن كان قادرًا كان صوته حاضرًا، وإن فقد القدرة بحث الفريق بأمانة عن إرادته وقيمه، وطبّقها في ضوء الحقيقة الطبية والشريعة والنظام. والولي في هذا كله أمين يحمل صوت من يمثله، لا مالك ينقضه.

وقد انتهيتُ في هذا الفصل إلى أن فقد الوعي لا يُسقط رفضًا صحيحًا منطبقًا، وأن العبارة القديمة لا تُسقط علاجًا نافعًا لم تقصده. وبين هذين الحدين يعمل الحوار المسبق والتوثيق الدقيق والتجربة المحددة المدة؛ وهي أدوات تمنع أن يضيع الإنسان خلف التقنية، وتخفف عن أسرته عبء التخمين.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين التخطيط المسبق للرعاية والتوجيه الطبي المسبق وأمر عدم محاولة الإنعاش؟
2. اذكر سؤالي الصحة والانطباق، وطبقهما على عبارة «لا أريد التنفس الصناعي الطويل» في مريض بالتهاب رئوي حاد.
3. لماذا لا يُكيَّف التوجيه الطبي وصية فقهية؟ وما أثر تكييف تسمية الممثل وكالةً؟
4. رتب الأولياء بحسب الدليل السعودي للإذن الطبي في امرأة فاقدة القدرة لها زوج وابن وابنة، وأبوها وجدها لأبيها متوفيان وأمها حية. وما دور الزوج؟
5. اعرض التخريج والقول المنشور في بقاء الرفض الموثق بعد فقد القدرة، وأدلتهما، وما يُرد به على كل منهما، والصورة التي لا يجيب عنها أي منهما.
6. ما مراتب الرفض السابق في ترجيح المؤلف؟ وما ضمانات المرتبة الثانية؟ وهل توافق عليها؟ علل.
7. مريض رفض الغسيل الكلوي وهو قادر ثم دخل في غيبوبة، وأبناؤه يطلبون الغسيل. ما خطواتك بالترتيب، ومن تُشرك؟
8. ما «لعبة الانتظار»؟ وكيف يمنعها الترجيح دون أن يُنفَّذ كل رفض قديم آليًا؟

CC BY-NC-ND 4.0

المراجع

[1] Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Lancet Oncol. 2017;18(9):e543–e551. doi:10.1016/S1470-2045(17)30582-X

[2] Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. J Pain Symptom Manage. 2017;53(5):821–832.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331

[3] Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2014;15(7):477–489. doi:10.1016/j.jamda.2014.01.008

[4] Malhotra C, Shafiq M, Batcagan-Abueg APM. What is the evidence for efficacy of advance care planning in improving patient outcomes? A systematic review of randomised controlled trials. BMJ Open. 2022;12(7):e060201. doi:10.1136/bmjopen-2021-060201

[5] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ، ولا سيما المادتان التاسعة والتاسعة عشرة. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[6] وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للإذن الطبي. الطبعة الأولى، 1440هـ/2019م (أُعلن في 12 ربيع الآخر 1441هـ / 9 ديسمبر 2019م)، ولا سيما أبواب الولاية وترتيب الأولياء وانتهاء الولاية والتوكيل ولجنة الإذن وحالات إنقاذ الحياة (ص 13–20). moh.gov.sa

[7] Baharoon S, Alzahrani M, Alsafi E, Layqah L, Al-Jahdali H, Ahmed A. Advance directive preferences of patients with chronic and terminal illness towards end of life decisions: a sample from Saudi Arabia. East Mediterr Health J. 2019;25(11):791–797. doi:10.26719/emhj.19.038

[8] Hussein G, Adlan A. Advance directives in Saudi Arabia: an Islamic approach and practical implications. In: Cheung D, Dunn M, editors. Advance Directives Across Asia: A Comparative Socio-legal Analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 2023. Chapter 16 (Part III: Non-regulated Jurisdictions). doi:10.1017/9781009152631

[9] The 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. doi:10.1001/jama.1995.03530200027032

Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. N Engl J Med. 2010;362(13):1211–1218. doi:10.1056/NEJMsa0907901 [10]

Fagerlin A, Schneider CE. Enough: the failure of the living will. Hastings Cent Rep. 2004;34(2):30–42. doi:10.2307/3527683 [11]

Sulmasy DP, Terry PB, Weisman CS, et al. The accuracy of substituted judgments in patients with terminal diagnoses. Ann Intern Med. 1998;128(8):621–629. https://doi.org/10.7326/0003-4819-128-8-199804150-00002 [12]

Wendler D, Rid A. Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others. Ann Intern Med. 2011;154(5):336–346. https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-5-201103010-00008 [13]

Dresser R. Dworkin on dementia: elegant theory, questionable policy. Hastings Cent Rep. 1995;25(6):32. https://doi.org/10.2307/3527839 [14]

Malek MM, Saifuddeen SM, Abdul Rahman NN, Mohd Yusof AN, Abdul Majid WR. Honouring wishes of patients: an Islamic view on the implementation of the advance medical directive in Malaysia. Malays J Med Sci. 2021;28(2):28–38. https://doi.org/10.1315/mjms2021.28.2.3هـ [15]

Majlis Ugama Islam Singapura, Office of the Mufti. Advisory on Advance Care Planning (ACP). February 2019 (with reference to the 1994 fatwa on the Advance Medical Directive؛). Accessed 30 September 2026. muis.gov.sg ask.gov.sg [16]

Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357(18):1834–1840. https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045 [17]

Mental Capacity Act 2005 (c. 9), sections 24–26 (advance decisions to refuse treatment). UK Public General Acts. legislation.gov.uk [18]

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 9th ed. New York: Oxford University Press; 2026. global.oup.com [19]

[20] 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

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

CC BY-NC-ND 4.0

[22] صحيح البخاري، كتاب المرضى، باب فضل من يصرع من الـريح، ح 5652؛ وصـحيح مسـلم، كتاب البر والصـلة والآداب، بـاب ثـواب المـؤمن فيمـا يصـيبه من مـرض أو حـزن أو نحـو ذلـك، ح 2576. sunnah.com

[23] ابن قدامة، موفـق الـدين عبـد اللـه بن أحمـد المقدسـي (ت 620هـ). المغـني. تحقيـق طـه الزيني ومحمود عبـد الوهـاب فايـد وعبـد القـادر عطـا ومحمـود غـانم غيث. ط1. القـاهرة: مكتبـة القاهرة، 1388–1389هـ (1968–1969م). 10 أجزاء. ج5، ص88–89 (كتاب الوكالـة: مـا تبطـل به الوكالة). نسخة إلكترونية: shamela.ws

[24] Supreme Court of the United States. Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990). supreme.justia.com

[25] Annas GJ. “Culture of life” politics at the bedside — the case of Terri Schiavo. N Engl J Med. 2005;352(16):1710–1715. https://doi.org/10.1056/NEJMlim050643

[26] Quill TE, Holloway R. Time-limited trials near the end of life. JAMA. 2011;306(13):1483–1484. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1413

[27] Lampert R, Hayes DL, Annas GJ, et al. HRS expert consensus statement on the management of cardiovascular implantable electronic devices (CIEDs) in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. Heart Rhythm. 2010;7(7):1008–1026. https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2010.04.033

[28] Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. Santa Monica (CA): RAND Health; 2003 (white paper). apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA416211.pdf

[29] Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NKJ. The “surprise question” for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2017;189(13):E484–93. doi:10.1503/cmaj.160775

[30] Verberne WR, Geers ABMT, Jellema WT, Vincent HH, van Delden JJM, Bos WJW. Comparative survival among older adults with advanced kidney disease managed conservatively versus with dialysis. Clin J Am Soc Nephrol. 2016;11(4):633–40. doi:10.2215/CJN.07510715

CC BY-NC-ND 4.0