الباب السابع

جدوى العلاج وحدود التدخل الطبي

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «جدوى العلاج وحدود التدخل الطبي». موقع فقه وأخلاقيات مهنة الطب، 1448هـ/2026م.

حقوق النشر والترخيص

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

للتواصل

dmshgg@gmail.com

الفصل الثاني والأربعون

جدوى العلاج وحدود التدخل الطبي

الجدوى الكمية والنوعية وعدم التناسب • العلاج غير المجدي والعلاج الشحيح • عدم البدء وعدم التصعيد والسحب • التجربة العلاجية محددة المدة • ترك التداوي ومراتبه • النزاع مع الأسرة على الاستمرار ومسار حله • 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: أطباء العناية المركزة والباطنة والأورام والطوارئ وسائر الممارسين، والتمريض، وفرق الرعاية التلطيفية، وأعضاء لجان الأخلاقيات، والإدارات الطبية • الفصل الأم لـ: تعريف الجدوى الطبية بصورتيها الكمية والنوعية، وعدم التناسب، والتمييز بين العلاج غير المجدي والعلاج الشحيح، وعدم البدء وعدم التصعيد والسحب في غير الإنعاش، والتجربة العلاجية محددة المدة، وترك التداوي ومراتبه في سياق نهاية الحياة (القرار 67 (5/7) وفتويا ابن باز في ترك ما لا ينفع من العلاج)، والنزاع مع الأسرة على استمرار العلاج ومسار حله • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 10، 13، 25، 27، 37، 38، 39، 40، 41، 43، 44، 45، 46 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

يعالج الفصل سؤالًا يتكرر كل يوم في العناية المركزة وأجنحة الأورام: متى يبقى التدخل الطبي علاجًا يحقق مصلحة معتبرة، ومتى يفقد غرضه أو ترجح أعباؤه على منفعته؟ والجواب لا يكون حكمًا على المريض أو على قيمة حياته، بل على **تدخل بعينه، لهدف بعينه، لدى مريض بعينه، بدرجة يقين معلومة**.

في الركن الطبي يميز الفصل بين الجدوى الفسيولوجية والكمية والنوعية، وبين الاستحالة وضعف الاحتمال وعدم اليقين الحقيقي، ويبين أن المرض غير القابل للشفاء لا يلغي علاج أزمة قابلة للعكس. وفي الركن الأخلاقي يفصل بين عدم الجدوى وعدم التناسب والخلاف القيمي وندرة الموارد، ويجعل عدالة الإجراء جزءًا من سلامة القرار. وفي الركن الفقهي يبسط ترك التداوي ومراتبه في القرار 67 (5/7) وما قرره من الدأب في رعاية الميؤوس منه، وفتوى ابن باز في ترك ما لا ينفع من العلاج، والفرق بين رفع وسيلة فقدت غرضها والقتل. وفي الركن النظامي يعرض ما يلزم به نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته: استهداف مصلحة المريض، ومنع العمل الطبي الذي لا يحقق فائدة، والاستشارة، وحظر إنهاء حياة الميؤوس من شفائه.

وينتهي الفصل إلى أن عدم بدء تدخل ثبت فقد فائدته، أو عدم تصعيده، أو سحبه بعد فشل هدفه، لا يساوي هجر المريض ولا القتل الرحيم؛ فالمرض يبقى سبب الوفاة، والرعاية لا تتوقف. وفي المقابل لا يجوز أن يصير المصطلح ستارًا للتمييز بسبب العمر أو الإعاقة، أو اسمًا مضللًا لمشكلة سرير أو تمويل. ويقدم الفصل مسارًا متدرجًا لحل النزاع مع الأسرة، وأداة قرار وتوثيق، وأربع حالات محللة.

الكلمات المفتاحية: جدوى العلاج؛ العلاج غير المجدي؛ العلاج المحتمل عدم ملاءمته؛ عدم التناسب؛ ترك التداوي؛ التجربة العلاجية محددة المدة؛ سحب الدعم الحيوي؛ النزاع مع الأسرة؛ الرعاية التلطيفية؛ القرار 67 (5/7).

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

يعرف من عمل في العناية المركزة أن التهوية الميكانيكية والأدوية الرافعة للضغط والغسيل الكلوي والتغذية الصناعية أنقذت مرضى كانوا يموتون قبلها. ولكن القدرة على إبقاء وظيفة في الجسد لا تثبت وحدها أن التدخل سيعكس المرض، أو يعيد إلى المريض منفعة يعتد بها. فقد يكون التدخل منقذًا في أول الأزمة، ثم يفقد تناسبه بعد أن تفشل الاستجابة.

وفي السياق السعودي تجتمع ثلاثة عوامل تجعل المسألة حادة. الأول: حضور الأسرة القوي في القرار، حتى مع المريض القادر؛ فقد فضّل 75% من 249 طبيبًا في دراسة سعودية مناقشة المعلومات مع الأقارب بدل المريض القادر [1]. والثاني: ثقل الاعتبار الديني، فالأسر تخشى أن يكون الإيقاف تفريطًا أو قتلًا. والثالث: فجوة الإرشاد؛ فقد طالب 77.5% من الأطباء في مسح سعودي بإرشادات أوضح لقرارات الجدوى العلاجية [2].

CC BY-NC-ND 4.0

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

ولهذه المسألة تاريخ في الأدبيات. فقد وضع Schneiderman وزملاؤه سنة 1990 تعريفًا مؤثرًا لعدم الجدوى بصورتين: كمية ونوعية، ثم تعرض التعريف لنقد؛ لصعوبة تثبيت عتبة رقمية عامة، ولأن القيم تدخل في تعريف النتيجة المقبولة [3]. ثم اتجه بيان خمس جمعيات للعناية المركزة سنة 2015 إلى تسمية أكثر النزاعات طلباتٍ لعلاج «محتمل عدم الملاءمة»، وقصر لفظ «غير المجدي» على ما لا يستطيع بلوغ غرضه الفسيولوجي، واقترح مسارًا عادلًا لحل الخلاف [4]. وأيدت جمعية طب العناية الحرجة هذا التمييز في بيانها سنة 2016 [5].

وأما الأدلة التجريبية، فقد عدّ الأطباء في خمس وحدات عناية مركزة 11% من مرضاهم (123 مريضًا) متلقين لعلاج رأوه غير مجدٍ، وتوفي 85% منهم خلال ستة أشهر [6]. وارتبط تدريب الفرق على التجارب العلاجية محددة المدة بارتفاع اجتماعات الأسر المنظمة من 60.2% إلى 95.8%، وانخفاض وسيط الإقامة في العناية من 8.7 إلى 7.4 أيام، من غير تغير في وفيات المستشفى؛ ولكنها دراسة تحسين جودة قبل وبعد، لا تجربة عشوائية [7]. وأظهرت تجربة FICUS العشوائية العنقودية في 16 وحدة عناية و885 فردًا من الأسر تحسنًا صغيرًا دالًّا إحصائيًا، غير مؤكد الأهمية السريرية، في رضا الأسر، وتحسنًا أوضح في المشاركة في القرار وجودة التواصل مع برنامج دعم تقوده الممرضة [8].

وفي الأخلاقيات، قررت الجمعية الطبية الأمريكية أن الطبيب لا يلزمه أن يقدم تدخلًا يراه غير ملائم طبيًا، ورسمت للخلاف خطوات تنتهي بلجنة الأخلاقيات والنقل [9]. وأصدرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال في مارس 2026 تقريرًا سريريًا في طلب الوالدين علاجًا محتمل عدم النفع في الحالات المهددة للحياة، يدعو إلى تواصل متدرج، ورأي ثانٍ، واستشارة أخلاقية، ونقل عند تعذر الاتفاق، ويميز العلاج ذا المنفعة الهامشية من العلاج غير النافع [10].

وفي الفقه، تناولت الكتابات المعاصرة المسألة من أبواب حكم التداوي وقواعد الضرر ورفع أجهزة الإنعاش. وأضيف في هذا الفصل ثلاثة أمور: أولها جمع التعريفات الطبية والفقهية في جهاز مصطلحي واحد يفصل الجدوى عن التناسب وعن الندرة؛ وثانيها ربط «ترك التداوي» بمراتبه المنصوصة في القرار 67 (5/7)، بدل أن يُطلق القول بجوازه أو بمنعه؛ وثالثها مسار عملي لحل النزاع مع الأسرة يتسق مع النظام السعودي.

المشكلة والسؤال المركزي

والخطأ هنا يقع في طرفين متقابلين: إفراط علاجي يطيل المعاناة بلا غرض، وتقييد متعجل يحرم المريض من فرصة واقعية. وأشيع صوره ما يراه الممارس في عمله: الحكم قبل استكمال التشخيص، وإهمال سبب قابل للعكس، والاعتماد على السن أو الإعاقة وحدهما، وإساءة استعمال درجات التنبؤ، وترك إعادة التقييم، وسحب الدعم بلا خطة تسكين.

والسؤال المركزي: **متى يجوز للفريق ألا يبدأ تدخلًا، أو ألا يصعّده، أو أن يسحبه؟ وبأي إجراء يُحسم الخلاف إذا طلبت الأسرة الاستمرار؟**

CC BY-NC-ND 4.0

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يقدر القارئ على: أن يسمّي التدخل والهدف قبل أن يحكم بالجدوى؛ وأن يميز بين عدم الجدوى وعدم التناسب والخلاف القيمي والندرة؛ وأن يكيّف ترك التداوي وفق مراتبه؛ وأن يدير النزاع مع الأسرة في مسار عادل موثق.

وحدوده: قرار عدم محاولة الإنعاش وفتوى اللجنة الدائمة 12086 والسياسة الوطنية لعدم الإنعاش في الفصل 41؛ والتوجيهات المسبقة والقرار بالنيابة في الفصل 40؛ والرعاية التلطيفية والتهدئة في الفصل 43؛ والتغذية والإرواء الصناعيان في الفصل 44؛ والوفاة بالمعايير العصبية في الفصل 45؛ والقتل الرحيم في الفصل 46؛ والفرز وسحب المورد لإعادة تخصيصه في الفصل 37؛ والإذن ورفض المريض القادر في الفصل 5.

أولًا: الركن الطبي

1-1 العلاج وسيلة لغاية

العلاج الطبي وسيلة لتحقيق مصلحة صحية مشروعة، وليس غاية لمجرد إمكان إجرائه. وغاياته متدرجة: الشفاء، وإنقاذ الحياة من خطر قابل للعلاج، وتجاوز أزمة مؤقتة، واستعادة وظيفة أو حفظها، وإطالة الحياة مدة تحقق هدفًا معتبرًا للمريض، واستعادة القدرة على التواصل، والخروج من العناية أو العودة إلى البيت، وتخفيف الأعراض، والراحة والكرامة في آخر الحياة.

ولذلك يجب التمييز بين أربعة أمور: **الأثر الفسيولوجي** (التغير المباشر الذي يحدثه التدخل، كرفع الضغط)، و**الفائدة السريرية** (النتيجة الصحية التي تعود على المريض)، و**الهدف العلاجي** (النتيجة المحددة التي بدأ التدخل لتحقيقها)، و**الهدف الشخصي المشروع** (ما يرجوه المريض داخل الممكن طبيًا). فقد يرفع الدواء الضغط دون أن يُخرج المريض من الصدمة؛ فيتحقق الأثر وتغيب الفائدة.

1-2 صور عدم الجدوى

عدم الجدوى الفسيولوجية. أن يعجز التدخل بطبيعته عن إحداث الأثر البيولوجي المقصود، كإنعاش قلب تمزق جداره أو دواء لا يؤثر في المرض المعالج. وهي أكثر الصور موضوعية، وهي التي تقصر عليها الجمعيات المهنية لفظ «غير المجدي» [4، 5].

عدم الجدوى الكمية. أن يكون احتمال نجاح التدخل بالغ الانخفاض. واقترح Schneiderman وزملاؤه أن يُعدّ العلاج غير مجدٍ إذا انتهى الأطباء، من خبرتهم أو من البيانات المنشورة، إلى أنه لم ينفع في آخر مئة حالة مماثلة [3]. ولا يوجد رقم ثابت يصلح لكل الحالات؛ لأن وزن الاحتمال يتغير بحجم الفائدة المحتملة وعبء التدخل ومدته ووجود بديل أخف.

عدم الجدوى النوعية. أن يستطيع التدخل إبقاء المريض حيًا لكن نتيجته دون الحد الذي يُعد فيه نفعًا. ومثّل له أصحاب التعريف بالعلاج الذي لا يحقق إلا إبقاء غيبوبة دائمة، أو لا ينهي الاعتماد الكامل على العناية المركزة [3]. وهذا المفهوم حساس؛ لأنه قد ينقلب حكمًا على قيمة حياة الإنسان بدل الحكم على أثر العلاج. والأدق هنا لغة عدم التناسب أو الخلاف على أهداف الرعاية، لا وصف حياة المريض بأنها عديمة القيمة (انظر الحالة 38/2 في التمييز على أساس الإعاقة).

CC BY-NC-ND 4.0

عدم الجدوى المرتبطة بالهدف. قد يكون التدخل مجديًا لهدف وغير مجدٍ لآخر. فالتهوية الميكانيكية مجدية لتجاوز التهاب رئوي قابل للعلاج، لكنها لا تعالج ورمًا منتشرًا ولا تعكس فشلًا نهائيًا متعدد الأعضاء.

1-3 ما ليس عدم جدوى

المرض غير القابل للشفاء. وصف لمسار المرض، أما عدم الجدوى فحكم على تدخل. وقد ينتفع مريض السرطان المنتشر بعلاج عدوى حادة، أو تصريف سائل يسبب ضيق النفس، أو نقل دم يخفف الأعراض.

المرض النهائي. قد يكون المريض في مرحلة نهائية مع بقاء تدخلات نافعة، وقد يكون غير مصاب بمرض نهائي ومع ذلك يعجز تدخل بعينه عن تحقيق هدفه.

رفض المريض القادر. إذا رفض المريض القادر علاجًا نافعًا فالسبب هو الرفض المستنير لا عدم الجدوى، ويحكمه ما في الفصل 5.

عدم الإنعاش. قرار يخص الإنعاش القلبي الرئوي عند التوقف، وتفصيله في الفصل 41. أما عدم الجدوى فأوسع، ويشمل التهوية والغسيل والجراحة والأدوية وغيرها.

الندرة. إذا كان العلاج قادرًا على نفع المريض لكنه لم يُقدَّم لعدم توافر سرير أو جهاز أو تغطية، فهذه قضية تخصيص موارد وعدالة، لا حكم طبي بعدم الجدوى.



شكل: عدم الجدوى الطبية وخمسة أمور تُخلط به، وما يميز كلًّا منها.

1-4 درجات اليقين

الدرجة	معناها	ما يترتب عليها
الاستحالة الطبية	ثبت أن التدخل لا يستطيع إحداث أثره أو بلوغ هدفه	لا يلزم تقديمه ولو طُلب
غلبة الظن بعدم الفائدة	ترجح الأدلة أن الهدف لن يتحقق دون قطع	يُوازن مع الأعباء، ويُطلب رأي ثانٍ عند الخطورة
الاحتمال شديد الانخفاض	فرصة ضئيلة واقعية	يُقبل إن كان العبء يسيرًا والنتيجة كبيرة، ويُترك إن كان

CC BY-NC-ND 4.0

الدرجة	معناها	ما يترتب عليها
		العبء شديدًا والنتيجة عابرة
عدم اليقين الحقيقي	أدلة ناقصة، أو تشخيص غير مكتمل، أو خلاف بين المختصين	لا حكم نهائي؛ استكمال الفحص ومعالجة القابل للعكس وتجربة محددة المدة

والمقاييس التنبؤية تصف مجموعات من المرضى ولا تقرر مصير فرد بعينه؛ فتُستعمل ضمن حزمة من الأدلة لا بديلًا عن الحكم السريري.

1-5 قبل الحكم: قابلية العكس والرأي الثاني

لا يُحكم بعدم الجدوى قبل مراجعة الأسباب القابلة للعكس: العدوى غير المسيطر على مصدرها، واضطراب الأملاح، والجفاف، والنزيف، والانسداد، وأثر الأدوية والمهدئات، والاختلاجات. ومن المؤشرات التي تستدعي مراجعة الجدوى: فشل أعضاء متفاقم رغم العلاج المناسب، وعدم استجابة موثقة بعد مدة كافية، والحاجة إلى تصعيد مستمر بلا تحسن، وتكرر الأزمات مع تراجع وظيفي متتابع. وهذه مؤشرات تستدعي المراجعة، لا أحكام نهائية.

ويلزم الرأي الثاني المستقل حين يكون القرار سحب وسيلة دعم حيوي، أو تختلف تقديرات الأطباء، أو تكون الحالة نادرة. ولا يكفي فيه التوقيع الشكلي، بل يراجع الطبيب الثاني السجل والتشخيص والاستجابة وأهداف التدخل.

1-6 عدم البدء وعدم التصعيد والسحب

عدم البدء: ألا يُنشأ تدخل جديد فقد غرضه. وعدم التصعيد: ألا يُضاف دعم جديد مع استمرار ما ينفع، ويسمى أيضًا «سقف العلاج». والسحب: إيقاف تدخل قائم بعد فشل هدفه أو رجحان ضرره. والقرارات الثلاثة متساوية في أصل موازنة المنفعة والضرر، لكن السحب أشد نفسيًا وإجرائيًا لأنه قد يعقبه تدهور سريع، فيحتاج إلى رأي أوضح وخطة تسكين وتواصل.

ولا يصبح التدخل لازمًا لمجرد بدئه، وقد يُسحب واحد ويستمر آخر: عدم الإنعاش لا يعني وقف المضاد الحيوي، وعدم بدء الغسيل لا يعني وقف الأكسجين أو المسكنات، وسحب التهوية لا يعني ترك العناية بالفم والجلد والأسرة.

1-7 التجربة العلاجية محددة المدة

تناسب التجربة المنطقة الوسطى التي لا يثبت فيها النفع ولا عدمه. يتفق الفريق والمريض أو من يمثله قبل البدء على التدخل، والهدف، والمدة، ومؤشرات النجاح والفشل، وما سيحدث بعد المراجعة [11]. ولا يجوز أن تتحول التجربة إلى علاج مفتوح المدة، ولا أن تُغيَّر مؤشرات النجاح بعد فشلها لتجنب القرار. وقد ارتبط التدريب عليها بتحسن اجتماعات الأسر وقصر الإقامة دون أثر في الوفيات [7].

1-8 الرعاية التي لا تتوقف

تستمر معالجة الألم وضيق النفس والقلق والهذيان والغثيان، والعناية بالفم والجلد والوضعية، والدعم النفسي والاجتماعي والروحي، وحضور الأسرة. ويبدأ التلطيف مبكرًا بالتوازي مع العلاج

CC BY-NC-ND 4.0

النشط، لا بعد إعلان فشله [12، 13]. وللمجلس الصحي السعودي دليل وطني للرعاية التلطيفية [14]. والتفصيل في الفصل 43. وعند سحب التهوية تعطى المسكنات والمهدئات بجرعات تعالج الأعراض لا بقصد إحداث الوفاة. أما رافعات الضغط والغسيل الكلوي فقد تحفظ رقمًا حيويًا أو تصحح اضطرابًا دون أن تغير مسار فشل الأعضاء؛ فلا تُسحب لمجرد مرض نهائي، بل عند فشل الهدف أو انتهاء تجربة محددة أو رجحان الضرر، مع خطة للأعراض المتوقعة.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 جهاز المصطلحات: أربعة أشياء مختلفة

المصطلح	تعريفه	طريقة معالجته
عدم الجدوى الصارمة	التدخل لا يستطيع بلوغ غرضه الفسيولوجي أو السريري	لا يلزم تقديمه، مع شرح وتوثيق
العلاج المحتمل عدم ملاءمته	للتدخل فرصة ما، لكن اعتبارات أخلاقية راجحة تمنع تقديمه في نظر الفريق	مسار عادل لحل الخلاف [4]
عدم التناسب	منفعة ممكنة لكن الأعباء والمخاطر ترجح عليها	موازنة بقيم المريض وتجربة محددة المدة
الخلاف القيمي	الخلاف على قيمة النتيجة لا على الحقيقة الطبية	إفصاح وقرار مشترك ورأي ثانٍ ومراجعة أخلاقية

ويضاف إليها خامس ليس منها: **الندرة**. فالعلاج النافع لا يصير غير مجدٍ لأنه غير متاح، والمنشأة التي تكتب نقص السرير عدمَ جدوى إنما تزوّر السبب. وأما سحب مورد نافع لإعطائه غيرَه عند التزاحم فمسألة أخرى، لها ضوابطها في الفصل 37 (الحالة 37/2).

2-2 الإحسان وعدم الإضرار والتناسب

الإحسان لا يعني أن تستعمل كل تقنية متاحة، بل ما يحقق منفعة معتبرة. وعدم الإضرار لا يمنع كل علاج مؤلم؛ فقد يُحتمل الضرر المؤقت لمنفعة راجحة، وإنما الممنوع الضرر غير المتناسب أو الخالي من المنفعة. ومن أعباء العلاج التي تدخل الموازنة، ويعرفها من سهر على مرضى العناية: الألم، والإجراءات الغازية المتكررة، والمضاعفات، والعزل عن الأسرة، والهذيان، وإطالة مرحلة الاحتضار دون هدف معتبر.

2-3 إرادة المريض وحدودها

للمريض القادر أن يرفض علاجًا نافعًا بعد إفصاح مفهوم، ولكنه لا يملك أن يُلزم الطبيب بتدخل لا يمكن أن يحقق هدفه أو يخالف الأصول العلمية [9]. فالطبيب يحدد الخيارات المقبولة مهنيًا، والمريض يختار بينها أو يرفضها؛ تلك قسمة الأدوار. وقد رفض 68% من الأطباء في الدراسة السعودية تصور حق المريض في المطالبة بعلاج يرونه غير مجدٍ [1].

CC BY-NC-ND 4.0

وإذا فقد المريض القدرة على القرار بحث الفريق أولًا عن رغبة سابقة موثقة ذات صلة، ثم عما كان المريض سيختاره لو سُئل، ثم عن مصلحته الفضلى (انظر الفصل 40). وتقويم القدرة نفسه في الفصل 27. والأسرة تنقل رغبات المريض وتسنده، ولا تحل محله ما دام قادرًا.

2-4 العدالة ومنع التمييز

تقتضي العدالة ألا يوصف العلاج بعدم الجدوى لمجرد السن، أو الإعاقة، أو الفقر، أو الاعتماد على الآخرين. وقد يتسلل التحيز إلى الفريق من حيث لا يشعر: حين يفترض أن الحياة مع إعاقة لا تستحق العلاج، أو يبالغ في تقدير العبء ويستخف بقدرة المريض على التكيف.

2-5 عدالة الإجراء

لأن الجدوى تحمل حكمًا تقنيًا وقيميًا معًا، فإن سلامة القرار تتوقف على سلامة طريقه: تواصل مبكر، ورأي مستقل، ومراجعة محايدة، وإتاحة النقل. فلا تُحمّل الأسرة يا أخي الطبيب عبء القرار الفني كله؛ بل اعرض عليها توصيتك المهنية، واستمع إلى ما تعرفه عن قيم المريض. ويؤيد هذا ما أظهرته تجربة FICUS من أن الدعم المنظم للأسر يحسن التواصل والمشاركة في القرار [8].

2-6 تضارب المصالح

يجب أن يستقل القرار عن المصالح غير الطبية: ضغط الأسرّة، أو حوافز الإنتاجية، أو رغبة الفريق في تجنب النزاع. فإن وُجد تضارب محتمل أُفصح عنه وطُلبت مراجعة مستقلة. وليس للإدارة ولا للجهة الممولة أن تقرر عدم الجدوى بدل الفريق السريري.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 ترك التداوي ومراتبه في القرار 67 (5/7)

أصل الباب قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. فقد قرر أن الأصل في التداوي المشروعية، وأن حكمه يختلف باختلاف الأحوال والأشخاص: «فيكون واجبًا على الشخص إذا كان تركه يفضي إلى تلف نفسه أو أحد أعضائه أو عجزه، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره»، ويكون مندوبًا إذا كان تركه يؤدي إلى ضعف البدن دون ذلك، ومباحًا فيما عدا الحالتين، و«مكروهًا إذا كان بفعل يخاف منه حدوث مضاعفات أشد من العلة المراد إزالتها» [15]. ونص القرار كاملًا وصلته بالإذن في الفصل 5، والأحكام الخمسة في الفصل 2 (المبحث رابعًا).

ومن هذه المراتب يُستخرج حكم **ترك التداوي** في نهاية الحياة. فالوجوب معلق بأن يكون الترك مفضيًا إلى التلف مع رجاء نفع التداوي؛ فإذا صار التدخل عاجزًا عن دفع التلف أصلًا، لم يعد تركه هو المفضي إليه، بل المرض. وإذا غلب أن الوسيلة تجلب مضاعفات أشد مما تدفع، دخلت في المكروه المنصوص. فترك التداوي الذي لا ينفع، أو الذي يغلب ضرره، ليس تركًا لواجب.

وقرر القرار نفسه في المريض الميؤوس منه:

CC BY-NC-ND 4.0

«أ- مما تقتضيه عقيدة المسلم أن المرض والشفاء بيد الله عز وجل، وأن التـداوي والعلاج أخذ بالأسباب التي أودعها الله تعالى في الكون وأنه لا يجوز اليأس من روح الله أو القنوط من رحمته، بل ينبغي بقاء الأمل في الشفاء بإذن الله. وعلى الأطباء وذوي المرضى تقويـة معنويات المريض، والدأب في رعايته وتخفيف آلامـه النفسـية والبدنيـة بصـرف النظـر عن توقع الشفاء أو عدمه. ب- إن ما يعتبر حالة ميؤوسًا من علاجها هو بحسـب تقـدير الأطبـاء وإمكانات الطب المتاحة في كل زمان ومكان وتبعًا لظروف المرضى.» [15]

ففي النص ثلاثة ضوابط: أن ترك التداوي غير النافع لا يعني ترك الرعاية، وأن وصـف اليـأس حكم طبي نسبي يتغير بالزمان والمكان وظروف المريض، وأن الأمـل في الشـفاء يبقى عقيـدة لا تمنـع القرار الطبي.

3-2 فتويا ابن باز في ترك ما لا ينفع من العلاج

سُئل الشيخ عبد العزيز بن باز عن إيقاف العلاج عمن لا يرجى شفاؤه، فقال: «هذا فيه تفصيل، قد درسه المجمع الفقهي بمكة برئاستي، درسه الإخوان العلماء وبيَّنوا أنه يجب العلاج والعناية حسـب الطاقة على المسؤولين، وإذا علموا أنه لا فائدة في الطب، وأن الـدواء لا ينفـع ولا يفيـد؛ فلا بـأس أن يتركوه» [16]. فجعل مناط الترك علم الأطباء بانتفاء الفائدة، وأبقى واجب العناية.

وسُئل عن خـديج دون حـد معين من الـوزن يُـترك بلا جهـاز تنفس (والفتـوى منشـورة في موقعـه الرسمي بالرقم 30063، وبالرقم 3198 بعنوان «حكم منع العلاج إذا رأى الأطباء عـدم فائدتـه»)، فقال: «القاعدة عند أهل العلم: أنَّ العلاج ليس بواجبٍ، بل مُستحبٌّ ... الحكم يدور مـع المصـلحة الغالبة، فـإن غلب على الظنِّ أن العلاج ينفـع فلا بـأس، وإن غلب على الظن أنَّـه لا ينفـع فلا بـأس بتركه» [17]. وقوله في أصل الحكم أوسـع ممـا في القـرار 67 (5/7) الـذي أوجب التـداوي في بعض الأحوال؛ غير أن الفتوى والقرار يلتقيان في المناط: غلبة الظن بالنفع أو بعدمه. ولا يؤخذ حد الوزن في السؤال حدًا جامدًا؛ فحدود البقاء تغيرت، ومسألة الخداج في الفصل 25.

3-3 رفع الأجهزة عن المريض الميؤوس منه

وفي ترك أجهزة الإنعاش حين لا يرجى نفعها صدرت فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتـاء 12086، وهي مع السياسة الوطنية لعدم الإنعاش مبسوطتان في الفصل 41 (انظر الفصـل 41). أما قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 17 (5/3) الـذي أجـاز رفـع أجهـزة الإنعـاش فمتعلـق بمن ثبتت وفاته بتوقف القلب والتنفس نهائيًا أو بتعطـل وظـائف الـدماغ جميعهـا [18]؛ فلا يُسـتدل بـه على مـريض حي لم تثبت وفاتـه (انظـر الفصـل 45). وتشـترط الفتـوى 12086 تقريـر ثلاثـة من الأطباء المختصين الثقات في وضع آلات الإنعاش أو رفعها (انظر الفصل 41).

فسحب وسيلة الدعم من المريض الحي يُكيَّف تكييفًا مستقلًا: رفـع وسـيلة فقـدت غرضـها بتقـدير المختصين، مع بقاء المرض سببًا للوفـاة واسـتمرار الرعايـة. وضـوابطه: ثبـوت التشـخيص، وغلبـة الظن بعدم الفائدة أو رجحان الضرر، وصدور التقدير عن ثلاثة من الأطبـاء المختصـين الثقـات في سحب أجهزة الدعم الحيوي، وانتفاء بديل نافع أخف، وانتفاء قصد التعجيل بالموت.

3-4 القواعد العاملة

تعمل في الباب القواعد الكلية المشروحة في الفصل 2 (المبحث خامسًا). فقاعدة «الضرر يزال» تجعل رفع الضرر مقصدًا إذا صـار التـدخل نفسـه مصـدر ضـرر راجح بلا منفعـة. و«المشـقة تجلب

CC BY-NC-ND 4.0

التيسير» تسوغ استبدال تدخل شديد العبء ببديل أخف، ولا تُستعمل وحدها لمنع العلاج. و«اليقين لا يزول بالشك» تمنع تقييد علاج منقذ بناء على شك ضعيف أو تشخيص غير مكتمل، ولا تشترط اليقين القطعي؛ فالقرار الطبي يقوم على غلبة الظن. و«الأمور بمقاصدها» هي الفاصل بين رفع وسيلة فقدت غرضها وفعل مستقل يُقصد به إحداث الوفاة.

ويضاف إليها أصلان: أن **الوسائل لها أحكام المقاصد**، فإذا فقد التدخل قدرته على تحقيق مقصده تغير حكمه؛ و**اعتبار المآلات** في الطرفين: فمن مآلات استمرار تدخل غير نافع زيادة الألم وتأخير التلطيف وإطالة الاحتضار، ومن مآلات التسرع في منعه حرمان المريض من فرصة معقولة والتمييز ضد الضعفاء.

3-5 الفرق بين السحب والقتل الرحيم

الفاصل ليس النية وحدها، بل مجموع عناصر: طبيعة الفعل (رفع وسيلة أم إدخال سبب قاتل)، وهدفه، ومقدار الدواء وتناسبه مع الأعراض، وسبب الوفاة، واستمرار التسكين والرعاية. ففي السحب المنضبط يأخذ المرض مساره بعد أن فقدت الوسيلة غرضها، ولا يُعطى فعل مستقل بقصد إنهاء الحياة. وحكم القتل الرحيم في الفصل 46.



شكل: العناصر التي تفصل سحب وسيلة فقدت غرضها عن القتل، وضوابط السحب من المريض الحي.

3-6 الرجوع إلى أهل الخبرة

يرجع في تقدير النفع والضرر وقابلية المرض للعكس إلى الأطباء المختصين الأمناء؛ لأن الحكم الفقهي يتوقف على تصور الواقع الطبي. ولذلك يحتاج الاستفتاء الشرعي إلى وصف طبي كامل: التدخل، وهدفه، ودرجة اليقين، والبدائل، وما سيستمر من الرعاية. ولا يكفي في الحالات المعقدة قول طبيب واحد.

CC BY-NC-ND 4.0

3-7 الضابط الفقهي الجامع

لا يلزم تقديم تدخل طبي أو استمراره إذا ثبت بتقدير مختصين موثـق، وفي سـحب أجهـزة الـدعم الحيوي بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات، أنه لا يستطيع تحقيق هدف علاجي مشـروع، أو أن ضرره الراجح يفوق منفعته بوضوح؛ بشرط انتفـاء قصـد التعجيـل بـالموت، واسـتمرار الرعايـة وتخفيف الآلام، ومراعاة إرادة المريض.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 نظام مزاولة المهن الصحية

صدر نظـام مزاولـة المهن الصـحية بالمرسـوم الملكي رقم (م/59) وتـاريخ 4/11/1426هـ [20]. وتوجب مادته التاسعة أن «يستهدف العمل الطـبي دائمًـا مصـلحة المـريض» [20]. ويمنـع البنـد (1/9) من اللائحة التنفيذيـة في نسـخة وزارة الصـحة (القـرار الـوزاري 4080489) الممـارسَ من «أي عمل طبي لا يحقق فائدة للمـريض حـتى ولـو لم يـترتب ضـرر عليـه»، وهـو البنـد (1-8) في الإصدار الثالث [21]. فالنظام لا يلزم الطبيب بتقديم تدخل لا فائدة فيه لمجرد طلبه.

وفي المقابل يلزم النظام بالعناية والاستشارة: فالمادة الخامسة عشرة توجب التشـخيص بالعنايـة اللازمة والاستعانة بالمختصين عند الحاجة، والمادة السابعة عشرة تجعـل استشـارة ممـارس آخـر حقًا يطلبه المريض أو ذووه، والمادة السابعة والعشرون تعد عدم الاستشارة عند الحاجة من صور الخطأ المهني [20]؛ وتحليلها في الفصل 13 (المبحث رابعًا) والفصل 10 (المبحث رابعًا). وتحظر المادة التاسعة عشرة في عجزها إنهاء حياة المريض الميؤوس من شفائه طبيًا ولو بطلبه أو طلب ذويه [20]، ونصها في الفصل 5.

فالنظام يؤسس القرار ولا ينشئ بروتوكولًا تفصيليًا لعدم البدء وعـدم التصـعيد والسـحب في غـير الإنعاش. ولـذلك لا يصـح القـول إن «النظـام أجـاز السـحب» بـإطلاق؛ الأدق أنـه ألـزم بالمصـلحة والأسـاس العلمي والعنايـة والرضـا والاستشـارة، وحظـر إنهـاء الحيـاة عمـدًا، وتـرك التفصـيل للسياسات النافذة.

4-2 السياسة الوطنية لعدم الإنعاش وحدودها

تنظم السياسة الوطنية لعدم الإنعاش قرار الإنعاش عند توقف القلب أو التنفس وحـده، وتفصـيلها في الفصل 41. ولا يُفهم منهـا إيقـاف بقيـة العلاج تلقائيًـا. وفي دراسـة متعـددة المراكـز بمنطقـة الجوف شملت 461 ممارسًا، حقق 96% درجة معرفة مرضية بعدم الإنعـاش، لكن 52.9% فقـط عرفـوا أن موافقـة الأسـرة ليسـت شـرطًا نظاميًـا فيـه، و55.1% فقـط عرفـوا موضـع سياسـة منشأتهم، ووجد 78.5% نقاش الأسرة صعبًا [22]. وهي دراسة مقطعية، لكنها تكشـف فجـوة بين وجود النص وسهولة تطبيقه.

4-3 حقوق المريض

تؤكد وثيقة حقـوق ومسـؤوليات المرضـى حـق المـريض في المعلومـات والمشـاركة في قـرارات رعايته والمعاملة باحترام [23]. وهذا يوجب أن يُخبَر المريض القادر أو من يمثله بقرار عدم البـدء أو التصعيد أو السحب وسببه، وألا يُتخذ القرار في غيبته.

CC BY-NC-ND 4.0

4-4 السياسة المؤسسية

لغياب نص تفصيلي جامع، تكتسب سياسة المنشأة أهمية خاصة. وينبغي أن تتضمن: تعريفات موحدة تفصل الجدوى عن التناسب والندرة، ومتطلبات الرأي الثاني، ومسار لجنة الأخلاقيات، وإدارة اعتراض الأسرة ومهلها، وشروط النقل، ونموذج توثيق. ولا يجوز أن تخالف السياسة النظام أو الضوابط الشرعية.

4-5 المسؤولية

التزام الممارس التزام ببذل عناية يقظة وفق الأصول العلمية، لا بضمان النتيجة (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا). وقد تقوم المسؤولية في الاتجاهين: بالامتناع عن علاج نافع لتقييم ناقص أو افتراض عدم المنفعة بسبب الإعاقة أو تجاهل أزمة قابلة للعكس؛ وباستمرار تدخل غير نافع يعرض المريض لإجراءات مؤلمة بلا هدف؛ وبسحب متعجل قبل استكمال التقييم أو بلا تسكين كافٍ. أما الامتناع عن تدخل ثبت عجزه بعد تقييم موثق، فلا يعد إهمالًا لمجرد أن الأسرة طلبته.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 مسار القرار

1. **سمِّ التدخل والهدف:** التهوية، أو الغسيل، أو رافع ضغط إضافي، أو جراحة؛ والهدف في عبارة قابلة للملاحظة، كتجاوز الصدمة أو الفطام من الجهاز أو العودة إلى البيت.
2. **استكمل التقييم:** التشخيص ومرحلته، والاستجابة السابقة، واستبعاد القابل للعكس.
3. **قدّر اليقين:** استحالة، أم غلبة ظن، أم احتمال ضئيل، أم عدم يقين حقيقي.
4. **وازن:** المنفعة ومدتها مقابل الألم والمخاطر والبدائل، في ضوء قيم المريض.
5. **حدد صاحب القرار:** المريض القادر، أو رغبته السابقة، أو من يمثله (الفصلان 27 و 40).
6. **استشر:** رأي ثانٍ مستقل عند الخطورة أو الخلاف، وتجربة محددة المدة عند عدم اليقين.
7. **قرّر واكتب ما يستمر:** استمرار، أو تجربة محددة، أو عدم بدء، أو عدم تصعيد، أو سحب، أو نقل؛ مع خطة تسكين وموعد مراجعة.

5-2 مسار إدارة النزاع مع الأسرة

تبدأ الوقاية من النزاع بمحادثة مبكرة عن أهداف الرعاية، وتوحيد رسالة الفريق، وتحديث التوقعات بانتظام. فإذا اعترضت الأسرة:

1. **افهم الاعتراض:** اسأل ما فهمته الأسرة وما تخشاه؛ فقد يكون الخلاف على معلومة، أو قيمة دينية، أو فقد ثقة.
2. **اشرح وأوصِ:** التدخل، والهدف، وما جُرّب، وما سيستمر؛ واعرض توصية مهنية بدل إلقاء القرار كله على الأسرة.

CC BY-NC-ND 4.0

3. **وحّد الفريق واطلب رأيًا مستقلًا:** رأي تخصصي من خارج الفريق المعالج، وهو حق للمريض وذويه بالمادة السابعة عشرة [20].
4. **استعمل تجربة محددة المدة** إذا كان عدم اليقين حقيقيًا.
5. **أحل إلى لجنة الأخلاقيات:** لمراجعة سلامة الإجراء وتضارب المصالح وكفاية التواصل، وفق ما في الفصل 13 (المطلب 5-3). ويمكن طلب استشارة شرعية بوصف طبي كامل.
6. **اعرض النقل:** إذا وُجدت منشأة مستعدة لتقديم العلاج المطلوب، خلال مهلة معقولة، دون أن يضمن الفريق قبولها [4، 9].
7. **نفذ بعد استنفاد المسار:** لا يستمر تدخل غير نافع بلا حد إذا استُنفد المسار العادل، ولا يُسحب فجأة أو بلا خطة؛ ويوثق كل ذلك.

وفي الطفل يكون معيار المصلحة الفضلى والاحتياط من التنبؤ المتسرع أعلى، ويتبع المسار التدرج نفسه [10] (انظر الفصل 25).



شكل: خطوات التعامل مع اعتراض الأسرة على قرار عدم الجدوى، من فهم الاعتراض إلى التنفيذ الموثق.

5-3 أداة القرار والتوثيق المختصرة

المرحلة	السؤال الحاكم	الحد الأدنى للتوثيق
1. تحديد المسألة	ما التدخل وما هدفه لدى هذا المريض؟	اسم التدخل والهدف القابل للملاحظة
2. التحقق الطبي	هل اكتمل التشخيص وعولج القابل للعكس؟	التشخيص والفحوص والاستجابة وآراء المختصين
3. تقدير اليقين	هل النتيجة مستحيلة أم شديدة الانخفاض أم غير يقينية؟	درجة اليقين ودليلها وحدود النماذج التنبؤية
4. التناسب	ما حجم المنفعة ومدتها مقابل الألم والمخاطر؟	المنافع والأعباء والبدائل الأقل ضررًا
5. الإرادة	هل المريض قادر؟ وما رغباته	تقويم القدرة والموافقة أو

CC BY-NC-ND 4.0

المرحلة	السؤال الحاكم	الحد الأدنى للتوثيق
	السابقة؟	الرفض ومن يمثله
6. الأركان الأربعة	ماذا يقول الطب والأخلاق والفقه والنظام؟	خلاصة كل ركن وموضع الاتفاق والخلاف
7. القرار	استمرار أم تجربة أم عدم بدء أم عدم تصعيد أم سحب؟	القرار وأسبابه وما سيستمر وخطة التلطيف
8. المراجعة	متى يعاد التقييم؟ وكيف يُدار الاعتراض؟	موعد المراجعة والرأي الثاني والاجتماعات والمسار المؤسسي

5-4 لغة مهنية مقترحة

لا يقال: «المريض غير مجدٍ» أو «لن نفعل شيئًا». يقال: «لا نتوقع أن يحقق هذا التدخل هدف تجاوز الصدمة»، و«نوصي بعدم إضافة دعم جديد لأن أعباءه تفوق فائدته»، و«ستستمر الرعاية والسيطرة على الأعراض». وفي السجل: «بعد مراجعة التشخيص والاستجابة والعوامل القابلة للعكس، يرى الفريق أن [التدخل] لا يرجح أن يحقق [الهدف]، وأن أعباءه تفوق فائدته المتوقعة؛ لذلك تقرر [عدم البدء/عدم التصعيد/السحب]، مع استمرار [ما ينفع] وخطة التلطيف، وإعادة التقييم في [موعد]».

سادسًا: الحالات التطبيقية

تعرض الحالات الآتية أربعة نماذج لقرارات الجدوى والتناسب، ولا يُقصد بها أحكام جامدة تُنقل كما هي؛ فالقرار يتغير بالتشخيص، وقابلية العكس، والاستجابة، وأهداف المريض، ودرجة اليقين.

الحالة الأولى: فشل متعدد للأعضاء والأسرة تطلب «كل شيء»

الوقائع. رجل في الثانية والسبعين، مصاب بسرطان منتشر لم يعد يستجيب للعلاج الموجه للمرض، أُدخل العناية المركزة بصدمة إنتانية. وُضع على جهاز التنفس وثلاثة رافعات ضغط، ثم ظهر فشل كلوي وكبدي واضطراب تخثر. عولجت العدوى وسُيطر على مصدرها وصُححت السوائل والأملاح، ومع ذلك استمر التدهور، وتصاعدت الحاجة إلى رافعات الضغط. والفريق يرى أن إضافة رافع رابع أو بدء الغسيل المستمر لن يغير المسار، والأسرة تطلب كل تدخل ممكن، وتعد عدم التصعيد تخليًا. والمريض فاقد للوعي، ولا توجيه مسبق له.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: المريض على دعم أقصى، والقرار عاجل خلال ساعات. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: منتفية بفعل الصدمة والتهدئة. صاحب الصفة: من يمثل المريض من أسرته وفق سياسة المنشأة، والفريق في تحديد الخيارات الطبية. السؤال المطلوب تقريره: هل يُضاف رافع رابع ويبدأ الغسيل، أم يوضع سقف للعلاج؟

الركن الطبي. لا يكفي السرطان المنتشر للحكم بعدم جدوى كل شيء؛ فالصدمة الإنتانية كانت أزمة واجبة العلاج، وقد عولجت. ولكن استمرار الفشل رغم العلاج المناسب، وتصاعد الحاجة إلى الدعم، والمرض الأساسي المتقدم، كل ذلك يجعل احتمال أن يبلغ التصعيد هدف الخروج من

CC BY-NC-ND 4.0

العناية بالغ الضعف. ويجب قبل القرار التأكد من ملاءمة المضاد والسيطرة على المصدر، ومن اتفاق استشاريي العناية والأورام على التوقع.

الركن الأخلاقي. قد يحقق التصعيد أثرًا فسيولوجيًا مؤقتًا لا فائدة سريرية فيه، ويجرّ معه إجراءات غازية ونزفًا وإطالة للاعتماد على الأجهزة. ولا يجوز أن يكون العمر أو السرطان وحدهما أساس القرار، ولا أن تُحمَّل الأسرة الحكم الفني؛ وإنما يعرض الفريق توصيته، ثم يستمع إلى ما تعرفه الأسرة عن قيم المريض [4].

الركن الفقهي. بُذل السبب النافع بعلاج الصدمة. فإذا غلب على ظن المختصين أن التصعيد الجديد لا يدفع التلف، لم يكن تركه تركًا لتداوٍ واجب؛ إذ الوجوب في القرار 67 (5/7) معلق بتداوٍ يدفع التلف، والمكروه ما يُخاف منه ضرر أشد [15]. ويبقى الدأب في رعايته وتخفيف آلامه واجبًا [15].

الركن النظامي. لا يلزم الطبيب بعمل طبي لا يحقق فائدة للمريض [21]، ويلزمه أن يستهدف مصلحته وأن يستشير عند الحاجة [20]. ويوثق التشخيص والعلاج المقدم والاستجابة وأسباب عدم جدوى التصعيد وآراء المختصين ومضمون اجتماع الأسرة.

القرار المهني الموزون. لا يضاف رافع ضغط جديد ولا يبدأ الغسيل المستمر، ويستمر الدعم الحالي بسقف محدد مع المضاد والتسكين والعناية التمريضية، فالقرار سقف لا سحب، ويُعقد اجتماع أسري بحضور استشاريي العناية والأورام، وتُدخل الرعاية التلطيفية، ويُنظر في أمر عدم محاولة الإنعاش بنصابه وفق السياسة الوطنية (انظر الفصل 41)؛ لأن التدخلين لا يُرجى منهما تجاوز الصدمة أو استعادة الأعضاء، وأعباؤهما راجحة. واستُبعد التصعيد المفتوح لأنه يطيل الاحتضار بلا هدف. ويُعاد النظر إذا ظهر سبب قابل للعكس لم يُعالج، أو تحسن غير متوقع في الضغط أو إدرار البول؛ فإن استمر التدهور نوقشت خطة السحب وفق الحالة الرابعة.

الدرس. سقف العلاج قرار في تدخل بعينه بعد أن تُعالج الأزمة، لا حكم على المريض بسبب مرضه الأصلي.

الحالة الثانية: سرطان متقدم مع التهاب رئوي قابل للعكس

الوقائع. امرأة في الثامنة والخمسين، مصابة بسرطان ثدي منتشر، توقفت علاجاتها المضادة للسرطان بعد تقدم المرض. وكانت قبل دخولها تمشي في بيتها وتتواصل مع أسرتها. ثم أصيبت بالتهاب رئوي بكتيري أدى إلى نقص الأكسجين، فاقترح فريق الطوارئ إدخالها العناية والبدء بتهوية غير غازية مع احتمال التنبيب. فاعترض بعض الفريق بحجة أن السرطان غير قابل للشفاء. والمريضة واعية، تطلب علاج العدوى لتعود إلى بيتها.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: نقص أكسجين يتطلب قرارًا خلال ساعة. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: قادرة بعد تقويم سريع. صاحب الصفة: المريضة. السؤال المطلوب تقريره: هل يُقيَّد علاج أزمة قابلة للعكس بسبب مرض غير قابل للشفاء؟

الركن الطبي. المرض الأساسي غير القابل للشفاء لا يجعل علاج الالتهاب الرئوي غير مجدٍ. وإنما يعتمد القرار على نوع العدوى وشدتها، وحالة المريضة الوظيفية قبل الأزمة، ودرجة فشل الأعضاء، وإمكان الفطام. وامرأة كانت تمشي في بيتها قبل العدوى ترجح حالتها الوظيفية الجيدة أن الأزمة قابلة للعكس.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الأخلاقي. العلاج هنا يحميها من التقييد المتعجل بسبب السرطان وحده، وإرادتها واضحة ومحدودة: تريد فرصة معقولة، لا علاجًا مفتوحًا. ويجب أن يُشرح لها احتمال الفشل والتنبيب وصعوبة الفطام، والخطة إن لم يتحقق الهدف.

الركن الفقهي. إذا رُجي أن يدفع العلاج تلفًا قابلًا للدفع، كان التداوي مشروعًا وقد يتأكد، لأن تركه يفضي إلى التلف مع رجاء النفع [15]. ولا يصح جعل اليأس من شفاء السرطان سببًا لترك علاج عدوى مرجوة الشفاء؛ فوصف اليأس نسبي بحسب الحالة [15].

الركن النظامي. العمل الطبي يستهدف مصلحة المريضة [20]، ولها بصفتها قادرة حق المشاركة والإذن [23]. ومنع العلاج لمجرد السرطان دون فحص الأزمة الحادة قرار مهني ضعيف قد يكون تقصيرًا (انظر الفصل 10).

القرار المهني الموزون. تُقبل في العناية، ويبدأ المضاد والتهوية غير الغازية، مع التنبيب إن لزم واتفق مع أهدافها، ضمن تجربة محددة المدة بمؤشرات نجاح وفشل مكتوبة مسبقًا، وتُدخل الرعاية التلطيفية بالتوازي [12]؛ لأنها أزمة قابلة للعكس لدى مريضة ذات حالة وظيفية جيدة وإرادة واضحة. واستُبعد الرفض المبدئي لأنه يخلط المرض النهائي بعدم الجدوى. ويُعاد النظر إذا تفاقم فشل الأعضاء رغم العلاج، أو رغبت المريضة في التوقف.

الدرس. المرض غير القابل للشفاء وصف لمسار، أما الجدوى فحكم على تدخل لهدف؛ ومن خلط بينهما وقع في التمييز.

الحالة الثالثة: مريض قادر يطلب ترك الغسيل الكلوي

الوقائع. رجل في الحادية والثمانين، على الغسيل الدموي منذ أربع سنوات، مصاب بقصور قلب متقدم ومرض شرياني طرفي انتهى ببتر ساق، ولا يكاد يمر شهر دون أن يدخل المستشفى. تتكرر لديه نوبات انخفاض الضغط أثناء الغسيل حتى صار إكمال الجلسات متعذرًا. ويقول بهدوء إنه تعب، ويريد أن يتوقف ويعود إلى بيته. وابنه يرفض، ويقول إن أباه «يقتل نفسه»، ويطلب من الفريق الاستمرار ولو بالقوة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا حالة طارئة الآن. الأمن: لا خطر على غيره. القدرة على القرار: تحتاج تقويمًا دقيقًا واستبعاد الاكتئاب والهذيان. صاحب الصفة: المريض ما دام قادرًا. السؤال المطلوب تقريره: هل طلبه ترك لتداوٍ واجب يُمنع منه، أم ترك جائز لتداوٍ غلبت أعباؤه؟

الركن الطبي. الغسيل هنا يطيل الحياة، ولكنه صار عالي العبء قليل الجدوى: عدم استقرار دوراني متكرر، وتعذر إكمال الجلسات، وقصور قلب متقدم. ويجب تقويم القدرة على القرار واستبعاد الاكتئاب القابل للعلاج، ومراجعة إمكان تعديل الوصفة (غسيل أقصر أو أقل تكرارًا) قبل التوقف. ثم تُشرح له النتيجة المتوقعة بعد التوقف، وخطة التحكم في الأعراض.

الركن الأخلاقي. للمريض القادر أن يرفض علاجًا يطيل حياته إذا رأى أعباءه تفوق فائدته، بعد أن يفهم النتائج. والابن إنما ينقل خوفه هو، لا إرادة أبيه. والإكراه على الغسيل لا يستقيم أخلاقيًا ولا عمليًا. ولكن الطلب لا يُقبل على عجل؛ بل يُستكشف ما وراءه من ألم أو اكتئاب أو شعور بأنه عبء، ويُعالج ما يمكن علاجه.

الركن الفقهي. هذه مسألة **ترك التداوي**. والتداوي يجب إذا كان تركه يفضي إلى التلف مع رجاء نفعه، ويكره «إذا كان بفعل يخاف منه حدوث مضاعفات أشد من العلة» [15]. فإن كان الغسيل قد صار يجلب مضاعفات متكررة ولا يرجى منه إلا إطالة مرحلة مرضية شديدة العبء،

CC BY-NC-ND 4.0

لم يكن تركه تركًا لواجب، ولم يكن انتحارًا؛ لأنه امتناع عن وسيلة غلب ضررها لا فعل مستقل لإزهاق النفس. وقد قرر ابن باز أن الحكم يدور مع المصلحة الغالبة، وأن ما غلب على الظن أنه لا ينفع فلا بأس بتركه [17]. ويبقى الدأب في رعايته وتخفيف آلامه واجبًا على الفريق والأسرة [15]. وأما إن كان الغسيل ما يزال مرجو النفع وعبؤه محتملًا، فتركه في تلك الحال تفريط يُنصح المريض فيه، لكن وجوب التداوي عليه ديانة لا يُنشئ لغيره ولاية على بدنه (انظر الفصل 2، المطلب 4-3؛ والفصل 5).

الركن النظامي. لا يُجرى عمل طبي إلا برضا المريض القادر (المادة 19، ونصها في الفصل 5) [20]. أما حظر إنهاء حياة الميؤوس من شفائه في المادة نفسها [20] فالمفهوم منه، في قراءة المؤلف، أنه يتناول الفعل المنهي للحياة لا امتناع المريض القادر عن علاج برضاه. ويوثق تقويم القدرة، والإفصاح، والبدائل المعروضة، وقرار المريض، وخطة التلطيف.

القرار المهني الموزون. يُقوِّم القدرةَ استشاريٌّ مستقل، ويُعالج ما قد يكون من اكتئاب، ويُعرض تعديل الوصفة؛ فإن بقي المريض قادرًا مصرًّا، احتُرم قراره وأوقف الغسيل بخطة تلطيفية في البيت أو المستشفى بحسب رغبته، تشمل علاج ضيق النفس من فرط السوائل والأعراض اليوريمية، ومسكنًا أفيونيًا ملائمًا للقصور الكلوي بمراجعة الصيدلي (انظر الفصل 43)، دون أي فعل يقصد به التعجيل بالوفاة؛ لأن الغسيل صار عالي العبء قليل النفع، والمريض قادر فهم النتائج. ويُعاد النظر إذا ثبت فقد القدرة أو اكتئاب يؤثر في القرار، أو رجع المريض عن قراره في أي وقت.

الدرس. من ترك تداويًا غلب ضرره فليس تاركًا لواجب ولا منتحرًا، بشرط القدرة والفهم واستمرار الرعاية.

الحالة الرابعة: فشل التجربة العلاجية واعتراض الأسرة على سحب التهوية

الوقائع. امرأة في السادسة والستين، مصابة بتليف رئوي متقدم، وليست مرشحة لزراعة الرئة. أُدخلت العناية بتفاقم حاد ونُبِّبت. واتفق الفريق والأسرة على تجربة محددة المدة أربعة عشر يومًا، هدفها الفطام من الجهاز، بمؤشرات مكتوبة. فانتهت المدة دون تحسن في وظيفة الرئة، وفشلت محاولات الفطام، وظهرت عدوى متكررة وفشل كلوي. وأكد استشاري رئة مستقل أن احتمال الاستقلال عن الجهاز بالغ الضعف. والفريق يوصي بعدم بدء الغسيل وعدم إضافة رافعات، ثم سحب التهوية بخطة تسكين. والأسرة ترفض، وتطلب تمديدًا شهرًا، وتعد إزالة الجهاز قتلًا، وتهدد بالشكوى.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: المريضة مستقرة على الجهاز، ولا استعجال لساعات. الأمن: توتر مع الأسرة يستدعي تهدئة لا تصعيدًا. القدرة على القرار: فاقدة بسبب التهدئة والمرض. صاحب الصفة: ممثل المريضة من أسرتها، والفريق في تحديد الخيارات الطبية. السؤال المطلوب تقريره: هل يُسحب جهاز التنفس رغم اعتراض الأسرة، وبأي إجراء؟

الركن الطبي. وُضعت التجربة أصلًا لتجنب التسرع، وقد فشلت مؤشراتها، وأضيف إليها فشل أعضاء آخر. والحالة ليست وفاة بالمعايير العصبية، ولا يجوز أن توصف بذلك. ويجب قبل الحكم النهائي مراجعة أثر المهدئات والعدوى. والقرار متدرج: عدم إضافة دعم جديد، ثم تأكيد الرأي الثاني، ثم الاجتماع، ثم المراجعة الأخلاقية، ثم خطة السحب.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الأخلاقي. إذا غُيّرت معايير النجاح بعد أن فشلت، صارت التجربة علاجًا مفتوحًا لا نهاية له. ويدخل في عبء الاستمرار الإجراءات الغازية، والعدوى، وتأخير الرعاية المريحة، والضيق الأخلاقي في الفريق. ويُتعامل مع اعتراض الأسرة باحترام؛ فقد ينشأ عن خوف، أو سوء فهم للسحب، أو اعتقاد ديني. ويُشرح لها أن الجهاز يحفظ التنفس، لكنه لا يعالج الرئة.

الركن الفقهي. لا يُستدل هنا بالقرار 17 (5/3) لأن الوفاة لم تثبت [18]. وإنما تُكيَّف الحالة رفعًا لوسيلة دعم من مريضة حية فقدت غرضها بعد فشل التجربة وغلبة ظن ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات، وهو النصاب المشترط في رفع الأجهزة [19] (انظر الفصل 41). وقد جعل ابن باز مناط الترك علم الأطباء بأنه «لا فائدة في الطب» [16]، وفي الإنعاش خاصة فتوى اللجنة الدائمة 12086 (انظر الفصل 41). ولا يعد السحب قتلًا إذا كانت الوفاة ناشئة عن المرض، وكان المقصود رفع وسيلة غير نافعة مع استمرار التسكين. واعتراض الأسرة يوجب مزيد التثبت والبيان، ولا يجعل الوسيلة غير النافعة واجبة.

الركن النظامي. لخطورة القرار يلزم رأي طبي مستقل [20]، ويُستوفى نصاب الأطباء الثلاثة المشترط فقهًا في رفع الأجهزة، وتوثيق نتائج التجربة، والتحقق من صفة ممثل المريضة، واجتماع رسمي، ومراجعة لجنة الأخلاقيات (انظر الفصل 13)، وتطبيق سياسة المنشأة. ويُبحث النقل إذا وُجدت جهة تقبل الحالة وكان آمنًا [9]. ولا يستمر علاج غير نافع بلا نهاية لمجرد الاعتراض، ولا يُنفذ السحب فجأة.

القرار المهني الموزون. تُثبت التجربة غير ناجحة، فلا يبدأ الغسيل ولا تضاف رافعات، ويؤكد عدم الفائدة ثلاثة أطباء مختصون: المعالج واستشاريان مستقلان، وتعقد مراجعة أخلاقية عاجلة، وتُعطى الأسرة مهلة قصيرة محددة (عدة أيام) لفهم القرار وطلب استشارة شرعية أو النقل؛ فإن لم يظهر سبب طبي جديد ولا جهة نقل، سُحبت التهوية بخطة مكتوبة تشمل أمر عدم إنعاش موثق، وتسكينًا استباقيًا يعاير على ضيق النفس والقلق، واختيار طريقة السحب (نزع الأنبوب أو الفطام التدريجي)، وتهيئة الأسرة وإتاحة حضورها والدعم الروحي، دون أدوية بقصد إحداث الوفاة؛ لأن الهدف المتفق عليه فشل، وغلب ظن المختصين بعدم الفائدة، ورجح الضرر. ويُعاد النظر إذا تحسنت وظيفة الرئة تحسنًا موضوعيًا، أو قبلت منشأة أخرى النقل الآمن، أو اكتُشف سبب قابل للعكس.

الدرس. التجربة المحددة تحمي من التسرع ومن الاستمرار بلا نهاية جميعًا، بشرط أن تُحترم معاييرها، وأن يكون لحل الخلاف مسار عادل.

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
فشل متعدد للأعضاء مع سرطان منتشر بعد علاج الصدمة، والأسرة تطلب «كل شيء»	لا رافع ضغط جديد ولا غسيل مستمر؛ سقف للدعم الحالي مع المضاد والتسكين، واجتماع أسري، ورعاية تلطيفية، ونظر في أمر عدم الإنعاش	التدخلان لا يُرجى منهما تجاوز الصدمة أو استعادة الأعضاء، وأعباؤهما راجحة؛ والتصعيد المفتوح يطيل الاحتضار بلا هدف	ظهر سبب قابل للعكس لم يُعالج، أو تحسن غير متوقع في الضغط أو إدرار البول

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	بنصابه		
سرطان ثدي منتشر مع التهاب رئوي قابل للعكس، والمريضة الواعية تطلب العلاج	قبول في العناية، ومضاد وتهوية غير غازية، وتنبيب إن لزم واتفق مع أهدافها، ضمن تجربة محددة المدة، مع رعاية تلطيفية بالتوازي	أزمة قابلة للعكس لدى مريضة ذات حالة وظيفية جيدة وإرادة واضحة؛ والرفض المبدئي يخلط المرض النهائي بعدم الجدوى	تفاقم فشل الأعضاء رغم العلاج، أو رغبت المريضة في التوقف
مريض قادر على الغسيل الكلوي يطلب التوقف، وابنه يرفض	تقويم مستقل للقدرة، وعلاج الاكتئاب، وعرض تعديل الوصفة؛ فإن بقي قادرًا مصرًّا أوقف الغسيل بخطة تلطيفية دون فعل يُقصد به التعجيل بالوفاة	الغسيل صار عالي العبء قليل النفع، والمريض قادر فهم النتائج	ثبت فقد القدرة أو اكتئاب يؤثر في القرار، أو رجع المريض عن قراره في أي وقت
فشل تجربة محددة المدة في تليف رئوي متقدم، والأسرة تعترض على سحب التهوية	لا غسيل ولا رافعات؛ تأكيد ثلاثة أطباء مختصين، ومراجعة أخلاقية عاجلة، ومهلة قصيرة للأسرة؛ ثم سحب التهوية بخطة مكتوبة وتسكين استباقي	الهدف المتفق عليه فشل، وغلب ظن المختصين بعدم الفائدة، ورجح الضرر	تحسنت وظيفة الرئة تحسنًا موضوعيًا، أو قبلت منشأة أخرى النقل الآمن، أو اكتُشف سبب قابل للعكس

مواقف متكررة

مريض قادر يرفض علاجًا نافعًا. ليست هذه مسألة جدوى، بل رفض مستنير. فيُتحقق أولًا من القدرة بعلاج الهذيان والألم ونقص الأكسجين، ثم يُعاد الشرح وتُعرض البدائل. فإن أصر بحرية احتُرم رفضه، ولم تحل الأسرة محله، واستمر ما يقبله من علاج الأعراض. وأما الرفض المستعجل المهدد للحياة فيحكمه ما في الفصل 5 من القرار 184 (10/19).

طلب أنبوب تغذية في الخرف المتقدم. يُقيَّم الأنبوب على أنه علاج له هدف وأعباء، لا رمز للإطعام. ولا توصي به جمعية طب الشيخوخة الأمريكية في الخرف المتقدم، وترى أن الإطعام اليدوي الحذر مماثل له في الوفاة والشفط والراحة [24]. والتفصيل في الفصل 44.

«لا يوجد سرير» يُكتب «لا جدوى». يُكتب السبب الحقيقي كما هو: قيد مورد، لا حكم طبي. ثم يُطلب النقل أو البديل، ويُصعَّد الأمر إلى الإدارة. فإن كان التزاحم حقيقيًا طُبقت معايير الفرز في الفصل 37.

CC BY-NC-ND 4.0

الأسرة تطلب إلغاء أمر عدم الإنعاش. هذه مسألة إنعاش، لا مسألة جدوى عامة؛ تحكمها السياسة الوطنية وفتوى اللجنة الدائمة 12086 في الفصل 41، ومسار الخلاف الليلي في الحالة 13/1.

والدان يطلبان علاجًا محتمل عدم النفع لطفلهما. يُفرَّق هنا بين علاج غير نافع وعلاج ذي منفعة هامشية؛ ففي الثاني يتسع الاحتياط لمطلب الوالدين ما لم يكن فيه ضرر جسيم. ثم يُتبع مسار متدرج: فهم آمال الأسرة، ورأي ثانٍ، واستشارة أخلاقية، ونقل عند تعذر الاتفاق [10]. والولاية على الطفل في الفصل 25.

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. جدوى العلاج علاقة بين تدخل وهدف وحالة، وليست حكمًا على قيمة الإنسان.
2. المرض غير القابل للشفاء لا يلغي علاج أزمة قابلة للعكس، وضعف الاحتمال لا يساوي الاستحالة، والمقياس التنبؤي لا يقرر مصير الفرد وحده.
3. عدم الجدوى وعدم التناسب والخلاف القيمي والندرة أربعة أشياء مختلفة، ولكل منها طريق معالجة؛ وخلطها يضيع الحق أو يسوغ التمييز.
4. ترك التداوي يتبع مراتبه في القرار 67 (5/7): فلا يكون تركًا لواجب إذا صار التداوي عاجزًا عن دفع التلف أو غلب ضرره، ويبقى الدأب في رعاية الميؤوس منه وتخفيف آلامه واجبًا [15].
5. سحب الوسيلة التي فقدت غرضها بتقدير المختصين، مع انتفاء قصد التعجيل واستمرار التسكين، ليس قتلًا؛ والقرار 17 (5/3) لا يُستدل به على مريض حي.
6. يمنع النظام العمل الطبي الذي لا يحقق فائدة، ويلزم بالمصلحة والاستشارة، ويحظر إنهاء حياة الميؤوس من شفائه، ولا ينشئ بروتوكولًا تفصيليًا للسحب في غير الإنعاش [20، 21].
7. عدالة الإجراء جزء من سلامة القرار: رأي مستقل، ولجنة أخلاقيات، ونقل، ومهلة محددة.

التوصيات

للممارس: أن يسمي التدخل والهدف ودرجة اليقين قبل أي حكم بالجدوى، وأن يعالج القابل للعكس أولًا، وأن يستعمل التجربة محددة المدة عند عدم اليقين، وأن يكتب ما سيستمر من الرعاية مع كل قرار تقييد.

للمنشأة: أن تعتمد سياسة مكتوبة لعدم البدء وعدم التصعيد والسحب، بتعريفات تفصل الجدوى عن التناسب والندرة، ومسار متدرج للخلاف بمهل محددة، وإتاحة الرأي المستقل ولجنة الأخلاقيات على مدار الساعة، ونموذج توثيق موحد.

للتعليم والبحث: أن يُدرَّب الأطباء على محادثات أهداف الرعاية والتجارب المحددة، وأن يوضع إرشاد وطني لقرارات الجدوى في غير الإنعاش، وأن تُجرى دراسات سعودية لأثر التجارب المحددة ودعم الأسر في العناية المركزة.

CC BY-NC-ND 4.0

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فالقرار الرشيد في حدود التدخل ليس اختيارًا بين العلاج والرعاية؛ فالرعاية لا تتوقف. وإنما هو انتقال أمين من تدخل فقد غرضه إلى خطة أكثر تناسبًا ورحمة. يحفظ المريض من التقييد المتعجل حين تكون الفرصة واقعية، ومن الألم غير المبرر حين يفقد العلاج غرضه. وهذا ما قرره الفقه حين جعل حكم التداوي تابعًا لنفعه وضرره، وأوجب الدأب في رعاية الميؤوس منه بصرف النظر عن توقع الشفاء. وهو ما يقتضيه النظام حين منع العمل الطبي الذي لا يحقق فائدة، وحظر إنهاء الحياة معًا. وبين الطرفين يعمل الطبيب بعلم وتواضع، ويشرك المريض وأسرته، ويحتكم إلى مسار عادل حين يختلفون.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ميّز بين عدم الجدوى الفسيولوجية والكمية والنوعية، وبيّن لماذا تقصر الجمعيات المهنية لفظ «غير المجدي» على الأولى.
2. ما الفرق بين عدم الجدوى وعدم التناسب والخلاف القيمي والندرة؟ مثّل لكل منها.
3. كيف تُستخرج أحكام ترك التداوي في نهاية الحياة من مراتب التداوي في القرار 67 (5/7)؟ وما الذي يبقى واجبًا في الميؤوس منه؟
4. لماذا لا يصح الاستدلال بالقرار 17 (5/3) على سحب جهاز التنفس من مريض حي؟ وكيف يُكيَّف السحب إذن؟
5. ما الذي يلزم به نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته في قرارات الجدوى، وما الذي لا يحسمه؟
6. مريض في العناية المركزة، والأسرة ترفض سحب التهوية بعد فشل تجربة محددة المدة. رتب خطوات المسار العادل لحل الخلاف، وحدد ما يُوثق في كل خطوة.
7. طلب مريض قادر على الغسيل الكلوي التوقف، وقال ابنه إنه «يقتل نفسه». كيف تفرق بين ترك التداوي الجائز والانتحار؟
8. كتب طبيب في السجل «لا جدوى من الدخول إلى العناية» والسبب الحقيقي عدم توافر سرير. ما الخطأ، وكيف يُصحح؟

المراجع

Mobeireek AF, al-Kassimi FA, al-Majid SA, al-Shimemry A. Communication [1] with the seriously ill: physicians' attitudes in Saudi Arabia. J Med Ethics. 1996;22(5):282–5. pmc.ncbi.nlm.nih.gov

Almoallem AM, et al. Common medical ethical issues faced by healthcare [2] professionals in KSA. J Taibah Univ Med Sci. 2020;15(1):7–11. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and [3] ethical implications. Ann Intern Med. 1990;112(12):949–54. doi:10.7326/0003-4819-112-12-949

CC BY-NC-ND 4.0

Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, et al. An [4] 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):1318–30. doi:10.1164/rccm.201505-0924ST

Kon AA, et al. Defining futile and potentially inappropriate interventions: a [5] policy statement from the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Crit Care Med. 2016;44(9):1769–74. doi:10.1097/CCM.0000000000001965

Huynh TN, et al. The frequency and cost of treatment perceived to be [6] futile in critical care. JAMA Intern Med. 2013;173(20):1887–94. doi:10.1001/jamainternmed.2013.10261

Chang DW, et al. Evaluation of time-limited trials among critically ill [7] patients with advanced medical illnesses and reduction of nonbeneficial ICU treatments. JAMA Intern Med. 2021;181(6):786–94. doi:10.1001/jamainternmed.2021.1000

Naef R, Jeitziner MM, et al. Nurse-led family support intervention for [8] families of critically ill patients: the FICUS cluster randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2025;185(9):1138–49. doi:10.1001/jamainternmed.2025.3406

American Medical Association. Code of Medical Ethics, Opinion 5.5: [9] Medically ineffective interventions. code-medical-ethics.ama-assn.org

Levine DR, et al.; American Academy of Pediatrics, Committee on [10] Bioethics. Responding to parental requests for potentially nonbeneficial treatment in life-threatening situations: clinical report. Pediatrics. 2026:e2026076118. Published online 23 March 2026. doi:10.1542/peds.2026-076118

Quill TE, Holloway R. Time-limited trials near the end of life. JAMA. [11] 2011;306(13):1483–4. doi:10.1001/jama.2011.1413

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

World Health Organization. Palliative care. Fact sheet. Geneva: WHO; 5 [13] August 2020. who.int

[14] المجلس الصحي السعودي، المركز الوطني للسرطان. Saudi Palliative Care National Clinical Guidelines for Oncology. الرياض: المجلس الصحي السعودي؛ 2019. shc.gov.sa

[15] 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

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

[17] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. ما حكم التداوي وتركه لمن حالته متدهورة؟ فتاوى الدروس. الموقع الرسمي لسماحة الشيخ ابن باز، الفتوى 30063 (ومنشورة أيضًا بالرقم 3198). binbaz.org.sa

[18] 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

[19] مصراوي. مجمع الفقه الإسلامي يوصي بإقامة برامج تثقيفية لقاصدي بيت الله الحرام (البيان الختامي للدورة الثانية والعشرين للمجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي). 14 مايو 2015م. masrawy.com

[20] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م)، ولا سيما المواد التاسعة والخامسة عشرة والسابعة عشرة والتاسعة عشرة والسابعة والعشرون. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

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

[22] Felemban H, Merzoug F, Alshammari B, Alshammari A, Alruwaili B. Knowledge, attitudes, and applied practices regarding “Do Not Attempt Resuscitation” among healthcare workers in Aljouf, Saudi Arabia. Resusc Plus. 2026;30:101411. https://doi.org/10.1016/j.resplu.2026.101411

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

[24] American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. J Am Geriatr Soc. 2014;62(8):1590–3. https://doi.org/10.1111/jgs.12924

CC BY-NC-ND 4.0