الباب السابع

الرعاية التلطيفية

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «الرعاية التلطيفية». 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 الثالث والأربعون

الرعاية التلطيفية

حين يتحول هدف الطب من مقاومة المرض إلى رعاية الإنسان • الإدماج المبكر بالتوازي مع العلاج • الألم والأعراض والأفيونات • العرض المستعصي والتهدئة التلطيفية وضوابطها • التداوي بالمخدر للحاجة • الرغبة في الموت والمعاناة الوجودية • الرعاية في المنزل ودعم الأسرة والحزن • 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 والممرضون والصيادلة في الرعاية التلطيفية والأورام والباطنة والعناية المركزة والرعاية المنزلية، والأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون والمرشدون الدينيون، وطلاب العلوم الصحية، وأعضاء لجان الأخلاقيات • الفصل الأم لـ: مفهوم الرعاية التلطيفية وإدماجها المبكر، وعلاج الألم والأعراض بالأفيونات وضوابطها، وتطبيق مبدأ الأثر المزدوج على التسكين والتهدئة، والعرض المستعصي والتهدئة التلطيفية (Palliative Sedation) وضوابطها، وحكم التداوي بالمخدر لدفع الألم، والرغبة في الموت في المرض المتقدم، والرعاية التلطيفية المنزلية، ودعم الأسرة والحزن • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 8، 10، 13، 25، 27، 28، 31، 39، 40، 41، 42، 44، 45، 46 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

لا تنتهي مسؤولية الطب عندما يتعذر الشفاء. يبقى واجب الرعاية قائمًا، وينتقل الاهتمام من المرض وحده إلى الإنسان كله: ألمه وأعراضه، وخوفه وضائقته الروحية، وأسرته، وكرامته حتى آخر لحظة وبعد الوفاة في حزن أهله.

ويقرر الفصل خمس قواعد. الأولى أن الرعاية التلطيفية تبدأ بالحاجة لا بقرب الوفاة، وتُقدَّم بالتوازي مع العلاج الموجّه للمرض. والثانية أن الألم الشديد يُعالَج بلا تأخير، وأن المخدر الطبي الموصوف لدفع الألم بجرعة منضبطة تداوٍ مشروع، لا تعاطٍ محرم. والثالثة أن العرض لا يوصف بالمستعصي قبل استيفاء تقييمه وتجربة بدائله وتوثيقها. والرابعة أن التهدئة التلطيفية ملاذ أخير متناسب، يظهر قصدها العلاجي في الاستطباب والجرعة والتدرج والمراقبة والتوثيق، وتفارق القتل الرحيم في الفعل والغاية لا في النية وحدها. والخامسة أن الأسرة شريكة في الرعاية ومحل لها، قبل الوفاة وبعدها، لكنها لا تحل محل المريض القادر.

ويبسط الركن الطبي أدلة الإدماج المبكر وإرشادات الألم وضيق النفس والتهدئة. ويعالج الركن الأخلاقي الكرامة والإحسان والصدق وعدم التخلي، ويطبق مبدأ الأثر المزدوج على التسكين. ويؤصل الركن الفقهي الرعاية التلطيفية بنص القرار 67 (5/7) في الحالات الميؤوس منها، وفتوى الشيخ ابن باز في الأدوية المخدرة، وأحاديث الصبر والتمني والحزن. ويعرض الركن النظامي نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته، ونظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، والدليل الوطني للرعاية التلطيفية المنزلية. وتطبق الحالات الأربع ذلك على ألم يُمنع بحجة الإدمان، واختناق يطلب صاحبه «النوم»، ومريض يتمنى ألا يستيقظ، ووفاة في البيت وحزن بعدها.

كلمات مفتاحية: الرعاية التلطيفية؛ الإدماج المبكر؛ المعاناة الكلية؛ الأفيونات؛ التداوي بالمخدر؛ الأثر المزدوج؛ العرض المستعصي؛ التهدئة التلطيفية؛ الرغبة في الموت؛ الرعاية المنزلية؛ الحزن؛ القرار 67 (5/7).

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

أنقذ التقدم الطبي أعدادًا كبيرة، وزاد في الوقت نفسه عدد من يعيشون مددًا أطول مع أمراض متقدمة: السرطان، وفشل القلب والرئة والكلى، والخرف، والأمراض العصبية المتقدمة. ومن هذه المفارقة نشأت الرعاية التلطيفية، ثم انتقلت من خدمة للأيام الأخيرة إلى نهج يُقدَّم منذ تشخيص المرض الخطير، جنبًا إلى جنب مع علاجه [1، 2]. ومع ذلك تقدّر منظمة الصحة العالمية أن نحو 14% فقط ممن يحتاجون إليها في العالم يتلقونها [1].

وفي المملكة قامت خدمات الرعاية التلطيفية في المستشفيات المرجعية، ثم امتدت إلى المنزل؛ فأصدرت وزارة الصحة بالتعاون مع الجمعية السعودية للرعاية التلطيفية دليلًا عمليًا لتنفيذ برنامج الرعاية التلطيفية المنزلية [3]. ولكن بين وجود الخدمة وفهمها فجوة قائمة: ففي دراسة على ممرضي العناية المركزة لم يتلقَّ تعليمًا أثناء الخدمة في الرعاية التلطيفية ورعاية نهاية الحياة إلا 30.3% منهم، وارتبط هذا التدريب بممارسة وكفاءة أفضل [4]. وهذه الفجوة تفسر جانبًا مما يراه الممارس من الإحالة المتأخرة والخوف من الأفيونات.

CC BY-NC-ND 4.0

وهذا النهج متفق مع أصول الشريعة: فالإنسان مكرم في قوته وضعفه، وتخفيف الألم داخل في الرحمة ورفع الضرر. وكون المرض ابتلاءً يُؤجر عليه صاحبه لا يعني أن تُترك معاناته بلا علاج، كما أن مشروعية التسكين لا تعني إباحة التعجيل بالموت.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

في الإدماج المبكر. وجدت تجربة Temel العشوائية على مرضى سرطان الرئة غير صغير الخلايا المنتشر أن إدماج الرعاية التلطيفية مبكرًا مع علاج الأورام حسّن جودة الحياة والمزاج [5]. ثم قارنت تجربة ENABLE III البدء المبكر بالمتأخر [6]، ودعمت تجربة Zimmermann العنقودية أثر الإحالة المبكرة في جودة الحياة [7]. وخلص التحليل التجميعي لـ Kavalieratos إلى ارتباط الرعاية التلطيفية بتحسن جودة حياة المرضى وعبء أعراضهم، وبرضا المرضى وأسرهم، وبتخطيط الرعاية المسبق [8]. وأوصى تحديث إرشادات ASCO لعام 2024م بإحالة مرضى السرطان المتقدم مبكرًا إلى فرق تلطيف متعددة التخصصات بالتوازي مع العلاج المضاد للسرطان [9]. ولكن نتائج السرطان لا تُعمم تلقائيًا؛ فمسارات فشل الأعضاء والخرف أصعب تنبؤًا، والإدماج فيها بحسب الحاجة [2، 8].

في الألم والأعراض. وضعت الرابطة الأوروبية للرعاية التلطيفية (EAPC) توصياتها المبنية على الدليل في استعمال الأفيونات لألم السرطان [10]، وأصدرت الجمعية الأوروبية للأورام (ESMO) ومنظمة الصحة العالمية إرشاداتهما [11، 12]. ثم حدّثت ASCO إرشادات الأفيونات عام 2023م: فهي تُعرض على من يعاني ألمًا متوسطًا أو شديدًا من السرطان أو علاجه ما لم يوجد مانع، ويُبدأ فيها بأقل جرعة ممكنة [13]. وفي ضيق النفس أجازت إرشادات ASCO (2021م) عرض الأفيونات الجهازية على من لم تكفه الوسائل غير الدوائية، بدليل منخفض الجودة [14].

في التهدئة التلطيفية. وضعت الرابطة الأوروبية إطارها المرجعي عام 2009م [15]، ثم إطارها المنقح عام 2024م بمنهج إجماع دلفي؛ فأدخل التناسب في التعريف، وجعل الحكم بالاستعصاء مركبًا من حكمين: حكم الفريق بأن المعاناة لا تقبل العلاج، وحكم المريض بأنها لا تُحتمل، وأفرد قرار الإرواء بنظر مستقل [16]. وخلصت مراجعة Maltoni المنهجية إلى أن التهدئة التلطيفية، حين يصح استطبابها وتُستعمل استعمالًا صحيحًا، لا يظهر لها أثر ضار في مدة البقاء [17]. وتقدم إرشادات NICE لرعاية البالغين في أيامهم الأخيرة إطار تلك المرحلة [18].

في الأخلاق. يقدم إطار المبادئ الأربعة لغة التحليل [19]. وحلل Sulmasy وPellegrino قاعدة الأثر المزدوج، مؤكدين انضباطها بالقصد والتناسب [20]، وقارن Quill وLo وBrock بين خيارات الملاذ الأخير تمييزًا يمنع الخلط بين التهدئة والقتل الرحيم [21]. وقرر إعلان البندقية للجمعية الطبية العالمية (المعتمد 1983م، والمنقح 2006م ثم في برلين 2022م) أن الرعاية التلطيفية في نهاية الحياة جزء من الرعاية الطبية الجيدة [22]. وأما المعاناة الوجودية، فقد درست تجربة Chochinov العشوائية «علاج الكرامة» [23]، وأثبتت تجربة Breitbart للعلاج الجمعي المتمركز حول المعنى تحسنًا في الرفاه الروحي، وانخفاضًا في اليأس والرغبة في تعجيل الموت [24]، وجمعت مراجعة Balboni في JAMA أدلة الرعاية الروحية في المرض الخطير [25]. وأما الأسرة والحزن، فقد وضع Hudson وزملاؤه إرشادات لدعم مقدمي الرعاية نفسيًا واجتماعيًا وفي الحزن [26].

في الفقه. تناولت مؤلفات الفقه الطبي المعاصر التداوي وتخفيف الألم وأحكام المحتضر، ومنها كتاب البار وشمسي باشا في أخلاقيات الطب من منظور إسلامي [27]، وبحثهما في

CC BY-NC-ND 4.0

معضلات نهاية الحياة [28]. ومن أبرز الأعمال المخصوصة بهذا الباب تقرير مؤتمر القمة العـالمي للابتكار في الرعاية الصحية (WISH) «الرعاية التلطيفية والأخلاق الإسلامية» بتحرير محمد غالي [29].

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصل هذه الروافد بنموذج الأركان الأربعة، ويضيف إليها ثلاثة أمور: تحرير المصطلح بين تسكين الألم والتهدئة التلطيفية، وتوثيق الموقف الفقهي من المخدر الطبي بنص منشور، وإدخال الأسرة والحزن في صلب الرعاية، لا في هامشها.

المشكلة والسؤال المركزي

والخطأ في الممارسة يقع عادةً في أربعة مواضع، يعرفها من عمل في الأجنحة: ربط الإحالة التلطيفية بقرب الوفاة أو بإيقاف العلاج، فتتأخر عمن يحتاجها؛ ومنع المسكن اللازم خوفًا من الإدمان أو بحجة أن المعاناة تكفّر الذنوب، أو وصفه بلا معايرة ولا مراقبة؛ والقفز إلى تهدئة عميقة مستمرة بعبارة «راحة المريض» قبل استكمال العلاج المقبول؛ وفهم أمر عدم الإنعاش أو بدء التهدئة على أنه خفضٌ لبقية الرعاية.

والسؤال المركزي: **كيف يُبنى قرار منضبط طبيًا وأخلاقيًا وفقهيًا ونظاميًا، يخفف المعاناة بأقصى ما يمكن، ويحفظ الوعي والعبادة والعلاقات بقدر الإمكان، ثم لا يتجاوز الحد الفاصل بين تخفيف المعاناة والتعجيل بالموت؟**

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يقدر القارئ على: أن يحدد الحاجة التلطيفية ويحيلها مبكرًا؛ وأن يصف الأفيونات وصفًا آمنًا ويشرح الفرق بين التحمل والاعتماد والإدمان؛ وأن يحكم بالاستعصاء بشروطه؛ وأن يطبق ضوابط التهدئة التلطيفية ويوثقها؛ وأن يقيّم الرغبة في الموت؛ وأن يخطط للرعاية المنزلية ويدعم الأسرة في الحزن.

ولا يعيد الفصل بسط ما له فصل أم: فالإطار العام لنهاية الحياة ومبدأ الأثر المزدوج في أصله في الفصل 39؛ والتوجيهات المسبقة والقرار بالنيابة في الفصل 40؛ والإنعاش وقرار عدم محاولته في الفصل 41؛ وجدوى العلاج وحدود التدخل في الفصل 42؛ والتغذية والإرواء الصناعيان في الفصل 44؛ وموت الدماغ في الفصل 45؛ والقتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب في الفصل 46. والإذن والقرار 67 (5/7) في شقه العام في الفصل 5، والإفصاح والمادة الثامنة عشرة في الفصل 8، والقدرة على القرار وتقويم خطر الانتحار في الفصل 27، والرعاية التلطيفية في الأورام في الفصل 28، وصرف المؤثرات العقلية في الصيدلية في الفصل 31. ولا يعرض الفصل بروتوكولات الجرعات التفصيلية؛ فهي شأن مراجع التخصص وسياسات المنشآت.

أولًا: الركن الطبي

1-1 التعريف وتحرير المصطلحات

تُعرّف منظمة الصحة العالمية الرعاية التلطيفية بأنها نهج يحسّن جودة حياة المرضى، كبارًا وصغارًا، وأسرهم، ممن يواجهون مشكلات مرتبطة بمرض مهدد للحياة، بالوقاية من المعاناة وتخفيفها عبر الكشف المبكر والتقييم الدقيق وعلاج الألم وسائر المشكلات الجسدية والنفسية

CC BY-NC-ND 4.0

والاجتماعية والروحية؛ ويشمل ذلك مساندة الأسـرة في مـرض قريبهـا وفي حزنهـا بعـده [1]. فلا يشترط لبدئها أن يصبح المريض محتضرًا، ولا أن يتوقف العلاج الموجّه للمرض؛ بل معيارهـا وجـود حاجة فعلية أو تعقيد في القرار. وضبط المصطلح نصف الحكم:

جدول: مصطلحات الفصل

المصطلح	المعنى المحرر	تنبيه عملي
المرض الخطير	حالة تحمل خطر الوفاة أو التدهور الكبير وتستلزم علاجًا معقدًا	لا يشترط أن يكون غير قابل للشفاء
المرض النهائي	مرض متقدم غير قابل للعكس يرجح أن يفضي إلى الوفاة	لا تعني المرحلة النهائية انتفاء كل علاج نافع
رعاية المحتضر	الرعاية عند اقتراب الموت الواضح، غالبًا خلال أيام	جزء من الرعاية التلطيفية لا مرادف لها
المعاناة الكلية	تداخل الألم مع الخوف والعلاقات والمال وفقد المعنى والضائقة الروحية	تمنع اختزال الألم في بعد جسدي واحد
تسكين الألم	علاج الألم بالمسكنات، ومنها الأفيونات، بجرعة تُعاير على الألم	لا يُقصد به خفض الوعي، والنعاس فيه أثر جانبي
العرض المستعصي	عرض لا يقبل علاجًا مقبولًا بحكم الفريق، ولا يُحتمل بحكم المريض	لا يكفي كونه شديدًا؛ يشترط تجربة البدائل والتوثيق
التهدئة التلطيفية	استعمال متناسب مراقَب لأدوية تخفض الوعي بالقدر اللازم لتخفيف معاناة مستعصية	ويسميها بعضهم «التسكين التلطيفي»؛ وليس كل استعمال للأفيون ولا كل نعاس دوائي تهدئةً
أهداف الرعاية	النتائج التي يسعى إليها المريض والفريق	تُراجع دوريًا لأنها تتغير مع المرض

وتتميز الرعاية التلطيفية عن ثلاثة قرارات مجاورة لكلٍّ فصله. فعدم جدوى تدخل حكمٌ على تدخل محدد بالنسبة إلى هدف محدد؛ فقـد لا يكـون الإنعـاش نافعًـا وتبقى المسـكنات والتمـريض واجبـة (انظر الفصل 42). وأمر عدم الإنعـاش يقتصـر على الإنعـاش القلـبي الرئـوي عنـد التوقـف، وقـد يجتمع مع استمرار كل علاج آخر (انظر الفصـل 41). والقتـل الـرحيم يفارقهـا في القصـد والـدواء والجرعة والتدرج وسبب الوفاة (انظر الفصل 46).

1-2 الإدماج المبكر والتقييم الشامل

تُربط الإحالة بالمشكلات الفعلية لا بتوقع البقاء: أعراض شديدة أو متعددة، وتدهور وظيفي، وتكرر التنويم وزيارات الطوارئ، وصعوبة القرار أو الخلاف حوله، وضائقة نفسية أو روحية، وإنهاك مقدم

CC BY-NC-ND 4.0

الرعاية، والحاجة إلى تخطيط منزلي [2، 9]. وفي الأورام تفصيل الإدماج المبكر في الفصل 28 (المبحث أولًا).

ويقوم التقييم على ثلاث دوائر:

1. **جسدية:** الألم وضيق النفس والغثيان والإمساك والهذيان والتعب والنوم والفم والجلد، بشدتها وأسبابها وأثرها.
2. **نفسية واجتماعية وروحية:** القلق والاكتئاب واليأس والشعور بالعبء وفقد المعنى والرغبة في الموت، وقدرة الأسرة، والممارسات الدينية المهمة للمريض. ولا يُفترض أن للمرضى المسلمين احتياجات روحية واحدة؛ بل يُسأل المريض.
3. **أهداف الرعاية:** ماذا يفهم المريض؟ وما يرجوه ويخشاه؟ وهل يقدّم الراحة أم الوعي عند التعارض؟ وأين يفضّل أن يُرعى؟

ويقوم على الرعاية فريق متعدد التخصصات على ثلاثة مستويات: نهج عام تمارسه الفرق الأساسية، واستشارة تخصصية، ورعاية تخصصية مباشرة؛ والاختيار بتعقيد الحاجة لا بالتشخيص [2]. ويبقى الفريق المعالج مسؤولًا؛ فالاستشارة لا تنقل المسؤولية.



شكل: حقيقة الرعاية التلطيفية وما ليست منها، ومؤشرات الإحالة إليها.

3-1 الألم والأفيونات

الألم خبرة متعددة الأبعاد تُقيَّم شدةً وطبيعةً وتوقيتًا وأثرًا في النوم والحركة والتواصل والعبادة، مع مراجعة العلاجات السابقة ووظائف الكلى والكبد. ويُفرَّق بين الألم الحشوي والعظمي والعصبي؛ فلكلٍّ علاجه المساعد، وقد يحتاج بعضه إشعاعًا أو إحصارًا عصبيًا [10، 11].

وتوصي الرابطة الأوروبية بالمورفين أو الأوكسيكودون أو الهيدرومورفون خيارًا أول للألم المتوسط والشديد في السرطان، مع معايرة الجرعة، والوقاية الروتينية من الإمساك بالملينات [10]. وتوصي ASCO بعرض الأفيونات عند الألم المتوسط أو الشديد ما لم يوجد مانع، والبدء بأقل جرعة ممكنة ثم المعايرة [13]. فشروط الوصف الآمن: استطباب واضح، واختيار الدواء والطريق، ومراعاة الكلى والكبد، والبدء بجرعة مناسبة ثم المعايرة، والوقاية من الآثار الجانبية، ومراقبة الوعي والتنفس، وتثقيف المريض والأسرة، والتوثيق.

CC BY-NC-ND 4.0

ويُفرَّق بين ثلاثة مفاهيم كثيرًا ما تُخلط:

المفهوم	معناه	دلالته
التحمل	نقص الاستجابة للجرعة نفسها مع الزمن	يعالَج بتعديل الجرعة، وليس دليل إدمان
الاعتماد الجسدي	أعراض انسحاب عند الإيقاف المفاجئ	متوقع مع الاستعمال المنتظم، ويُتقى بالتدرج
الإدمان	نمط سلوكي قهري في الاستعمال رغم الضرر	غير شائع في هذا السياق، ويُقيَّم خطره، ويحتاج خطة لا حرمانًا

فلا يعني الأولان وجود الثالث، ولا يبرر الخوف العام تـرك الألم بلا علاج. ومن لـه تـاريخ اضـطراب استعمال مواد يُعالَج ألمه بخطة أدق، لا يُحرم منها (انظر الفصل 27، المبحث أولًا).

1-4 ضيق النفس وسائر الأعراض

ضيق النفس إحساس ذاتي، ولا يلزم أن يطابق قياس الأكسجة؛ فقد يعاني المريض اختناقًا شـديدًا دون نقص شديد في الأكسجين. ويُبحث أولًا عن السبب القابل للعلاج: انصباب، أو عـدوى، أو فقـر دم، أو فشـل قلب، أو قلـق مصـاحب. ثم تُسـتعمل الوسـائل غـير الدوائيـة كالمروحـة والوضـعية وتمارين التنفس، ثم الأفيونات الجهازية بجرعات منخفضة متدرجة عنـد عـدم الكفايـة [14]. وهـذا استعمال علاجي لعرض، لا تهدئة ولا تعجيل بالموت.

والغثيان والإمساك والتعب يعتمد علاجها على معرفة السبب. والهذيان اضـطراب حـاد في الانتبـاه والـوعي قـد ينتج عن العـدوى أو الألم أو احتبـاس البـول أو الأدويـة أو فشـل الأعضـاء؛ فيميَّـز عن الاكتئاب والخـرف، وتُعـالج أسـبابه الممكنـة، وتُـوفر بيئـة هادئـة [2، 18]. والعنايـة بـالفم والجلـد والحركـة قـد تكـون من أكـثر جـوانب الرعايـة أثـرًا حين تقـل التـدخلات: تـرطيب الفم، وعلاج الفطريات، والوقاية من قرح الضغط، وتمكين الأسرة من الحضور.

1-5 العرض المستعصي والتهدئة التلطيفية

لا يوصف العرض بالمستعصي إلا بعد تقييم أسبابه القابلـة للعلاج، وتجربـة التـدخلات المناسـبة في زمن مقبول، وتوثيـق عـدم الكفايـة، والاسـتعانة بـالخبرة التخصصـية [15]. ويجمـع الإطـار المنقح الحكم من جهتين: حكم الفريق بأن المعاناة لا تقبل علاجًا مقبولًا، وحكم المريض بأنهـا لا تُحتمـل [16].

ويميَّز بين أربع صور لا تُخلط:

1. تسكين الألم بجرعة تُعاير على الألم، ولا يُقصد به خفض الوعي.
2. علاج ضيق النفس بجرعة علاجية من الأفيون.
3. النعاس أثرًا جانبيًا لدواء لازم.
4. التهدئة التلطيفية المقصود بها خفض الوعي بالقدر الضروري لتخفيف معاناة مستعصية.

والأصل في التهدئة البدء بأقل درجة تحقق الهدف ثم التدرج؛ فالتهدئة المتقطعة أو الخفيفة تسبق العميقة المسـتمرة. ولا تُسـتعمل الأفيونـات مهـدئًا أول؛ فهي تُعـاير على الألم وضـيق النفس، أمـا

CC BY-NC-ND 4.0

خفض الوعي فبأدوية التهدئة المعتمدة، وأشيعها الميدازولام [15]. وقصر إطار 2009م التهدئة العميقة المستمرة على المرحلة الأخيرة جدًا حين يُتوقع الموت خلال ساعات أو أيام [15]، ولم يحدد الإطار المنقح مدة متبقية بعينها، ووسّع المعاناة لتشمل الوجودية [16]. ويأخذ الفصل بالأحوط: لا تُبدأ تهدئة عميقة مستمرة إلا في المراحل الأخيرة من الحياة، وهو ما قيّد به إعلان البندقية المنقح التهدئة إلى حد فقد الوعي [22]؛ ولا تُجعل المعاناة الوجودية وحدها مسوغًا لها قبل استنفاد الدعم النفسي والروحي، وهذا الشق اجتهاد من المؤلف.

ولا يعني بدء التهدئة إيقاف التغذية أو المضادات أو الأكسجين تلقائيًا؛ بل يُقيَّم كل تدخل استقلالًا، وقد نص الإطار المنقح على استقلال قرار الإرواء [16] (وتفصيل التغذية والإرواء في الفصل 44). وخلصت مراجعة Maltoni إلى أن التهدئة المنضبطة لا يظهر لها أثر ضار في البقاء [17]؛ وهي نتيجة مهمة في الرد على الخلط بينها وبين التعجيل بالموت.

1-6 الأيام الأخيرة

قد تدل زيادة النوم وضعف البلع وتغير نمط التنفس وبرودة الأطراف على اقتراب الوفاة، ويبقى التوقيت تقريبيًا. وتشمل الخطة: علاج الأعراض، ووصف أدوية استباقية لما يُتوقع منها، وإيقاف الفحوص والأدوية التي لا تغير الراحة، والعناية بالفم والجلد، وحضور الأسرة، ومراعاة الاحتياجات الدينية، وشرح العلامات المتوقعة للأسرة حتى لا تفاجئها [18]. ولا يُجبر المريض على الطعام إذا عجز، مع استمرار المساعدة الآمنة والعناية بالفم (انظر الفصل 44).

1-7 الأسرة والحزن

الأسرة وحدة من وحدات الرعاية. يُقيَّم إنهاك مقدم الرعاية، ويُدرب ويُدعم قبل الوفاة، وتُهيأ الأسرة لما سيحدث، ويُتابع حزنها بعدها [1، 26]. والحزن استجابة طبيعية لا مرض، وأكثر الناس يتكيفون بدعم أسرهم ومجتمعهم. لكن قلة منهم يطول حزنها ويعطل حياتها؛ وقد أدرج التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) «اضطراب الحزن المطوّل» بشرط أن تستمر الاستجابة مدة غير معتادة بعد الفقد، لا تقل عن ستة أشهر، وأن تتجاوز ما يُعد طبيعيًا في سياق الشخص الثقافي والديني، مع تعطل واضح في حياته [30]. فيُسأل عن عوامل الخطر، كالوفاة المفاجئة أو الصادمة، والاعتماد الشديد على المتوفى، وضعف السند، ويُحال من ظهرت عليه علامات الحزن المعطل.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 الكرامة والإحسان وعدم الإضرار

تقوم الرعاية التلطيفية على احترام كرامة الإنسان في جميع مراحل المرض؛ فالكرامة لا تزول بفقد الحركة أو الكلام أو الاستقلال أو الوعي. وترجمتها في العمل اليومي: أن يُستر المريض وتُحترم خصوصيته، ويُخفف ألمه، ولا يُتحدث عنه عند سريره كأنه غائب، ويُمكَّن من التواصل والدعم الأسري والروحي.

والإحسان لا ينحصر في الشفاء أو إطالة الحياة؛ بل يشمل تخفيف الألم والخوف، وتمكين المريض مما يهمه: تواصل، أو عبادة، أو وصية، أو عودة إلى المنزل. وعدم الإضرار يوجب أن تتجنب

CC BY-NC-ND 4.0

طرفين: التقصير في علاج الألم خوفًا من الدواء، والإفراط في تـدخلات مرهقـة بلا هـدف واقعي [19]. ويقاس التناسب بالهـدف، واحتمـال المنفعـة، ومقـدار العبء، وأثـره في الـوعي والوظيفـة، والبدائل، وقيم المريض (انظر الفصل 42).

2-2 إرادة المريض والصدق

المريض القادر صاحب الحق الأول في معرفة حالته والمشاركة في قراراته، ولكن إرادتـه لا تعـني إلزام الطبيب بتدخل لا أساس له أو بفعل محظور. وقد يختار أن يُشرك أسـرته أو يفـوّض أحـدها، فيُحترم ذلك ويوثق؛ غير أن الأسرة لا تحل محله ما دام قادرًا. فإذا فقد القدرة استُفيد من رغباتـه السابقة وقيمه (انظر الفصل 40).

والصدق شرط المشاركة الصحيحة، ولكنه لا يعني القسوة: فاستكشف يا أخي الطـبيب مـا يعرفـه المريض ومقدار ما يريد معرفته، وقدّم المعلومات تدريجيًا مع الاعتراف بعدم اليقين، على نحو مـا يرسمه بروتوكول SPIKES [31]. وقد ينتقـل الأمـل من الشـفاء إلى تخفيـف الألم أو العـودة إلى المنزل أو إتمام وصية؛ فالصدق يعيد توجيه الأمـل ولا يقتلـه. ولا تقـل «لم يعـد هنـاك شـيء يمكن فعله»؛ فعلاج الأعراض والدعم باقيان دائمًا. وتفصيل الإفصاح وطلب الأسرة الكتمـان في الفصـل 8 (المبحث ثانيًا).

2-3 الأثر المزدوج: التطبيق على التسكين والتهدئة

أصل مبدأ الأثر المزدوج وشروطه العامة في الفصل 39. ومحصله أن الفعـل ذا الأثـرين يجـوز إذا كان في ذاته مشروعًا، وقُصد به الأثر الحسـن وحـده، ولم يكن الأثـر السـيئ وسـيلة إلى الحسـن، وتناسب الحسن مع السيئ [20]. والغالب أن الجرعة المعـايرة على العـرض لا تقصّـر الحيـاة، فلا حاجة فيها إلى المبدأ أصلًا (انظـر الفصـل 39، المطلب 2-4)؛ وإنمـا يُحتـاج إليـه حين يوجـد خطـر حقيقي متوقع. ويُطبَّق هنا في ثلاثة أمور:

1. **المسكن بجرعة معايرة على الألم** فعـل مشـروع مقصـوده تخفيـف الألم. فـإن وُجـد خطر تنفسي متوقع غير مقصود، مع مراقبة تقلله، لم يخرجه ذلك عن المشروعية.
2. **التهدئة التلطيفية** مقصودها خفض الوعي بالقـدر اللازم لتخفيـف معانـاة مستعصـية، لا إنهاء الحياة. وتعاير على الراحة لا على التنفس، ولا تتجاوز القدر اللازم.
3. **الجرعة الكبيرة المفاجئة** التي لا تسوّغها المعايرة، أو إيقـاف مـا يحفـظ الحيـاة بقصـد التعجيل، لا يدخلان في الأثر المزدوج؛ لأن الموت فيهما هو الوسيلة أو الغاية.

ولا يكفي حسـن النيـة في هـذا التمييـز، فالنيـة لا تُـرى؛ بـل يجب أن يظهـر القصـد العلاجي في الاستطباب والجرعـة والتـدرج والمراقبـة والتوثيـق [15، 20، 21]. وقـد قـرر إعلان البندقيـة أن التهدئـة إلى حـد فقـد الـوعي قـد تُعـرض ملاذًا أخـيرًا عنـد أعـراض شـديدة لم تسـتجب للتلطيـف المكثف، وأنها لا تُستعمل أبدًا لإحداث الوفـاة عمـدًا، مـع بقـاء الجمعيـة على معارضـتها الراسـخة للقتل الـرحيم والانتحـار بمسـاعدة الطـبيب [22]. وتفصـيل الحـد الفاصـل عن القتـل الـرحيم في الفصل 46.

2-4 المعاناة الوجودية والرغبة في الموت

يميَّز الحزن الطبيعي عن الاكتئاب والهذيان. وتُقيَّم أي رغبة في المـوت بجديـة؛ فقـد تنشـأ من ألم غير معالج، أو اكتئاب، أو شعور بالعبء على الأسرة، أو فقـد المعـنى، وكثـيرًا مـا تتبـدل إذا عـولج

CC BY-NC-ND 4.0

سببها. ومن التدخلات المنظمة: العلاج المتمركز حول المعنى، الذي خفّض في تجربة عشوائية اليأس والرغبة في تعجيل الموت [24]؛ و«علاج الكرامة»، الذي لم يخفض الضائقة الشديدة في تجربته الرئيسة، ولكن المشاركين رأوه أنفع في جودة حياتهم وإحساسهم بالكرامة [23]. والرعاية الروحية تبدأ بأن تسأل المريض وتسمع منه، ولا يُفرض فيها تفسير ديني للمرض، ولا تقوم مقام علاج الألم أو الاكتئاب [25].

5-2 العدالة وعدم التخلي

تقتضي العدالة إتاحة الرعاية التلطيفية وعلاج الألم دون تمييز بالسن أو الإعاقة أو نوع المرض أو الوصمة أو القدرة المالية، وتوسيعها إلى غير السرطان من الأمراض المتقدمة. ويجمع الركنَ كله مبدأُ عدم التخلي: فإيقاف تدخل معين لا يعني انتهاء الرعاية؛ بل يبقى علاج الأعراض، والتمريض، والدعم، والتواصل، وإعادة التقييم. ثم يمتد الواجب إلى الأسرة بعد الوفاة؛ وقد أوصى إعلان البندقية بأن يقدم الفريق الصحي دعم الحزن بعد وفاة المريض [22].

ثالثًا: الركن الفقهي

1-3 الأساس الشرعي: التداوي ورفع الضرر

عناصر الرعاية التلطيفية مندرجة في أبواب التداوي وعيادة المريض وحفظ النفس ورفع الضرر وأحكام المحتضر. وقد قال النبي ﷺ: «ما أنزل الله داءً إلا أنزل له شفاءً» [32]، وقال: «تداووا عباد الله» [33]، وقال: «لا ضرر ولا ضرار» [34]. وكان إذا دخل على مريض قال: «لا بأس، طهور إن شاء الله» [35]؛ وفيه أصل نبوي في الرجاء الصادق وتطييب النفس من غير كذب. والرعاية التلطيفية من جنس التداوي؛ إذ لا يشترط في العلاج أن يزيل أصل المرض، فتخفيف الألم علاج لعرض. وأحكام التداوي الخمسة والقواعد الكلية في الفصل 2 (المبحثان رابعًا وخامسًا).

والنص المجمعي الأقرب إلى جوهر الرعاية التلطيفية هو شق «علاج الحالات الميؤوس منها» في قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي، ونصه:

> «مما تقتضيه عقيدة المسلم أن المرض والشفاء بيد الله عز وجل، وأن التداوي 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 تقوية معنويات المريض، والدأب في رعايته وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه»؛ و«إن ما يعتبر حالة ميؤوسًا من علاجها هو بحسب تقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاحة في كل زمان ومكان وتبعًا لظروف المرضى» [36].

فالرعاية وتخفيف الألم النفسي والبدني مطلوب شرعي قائم لا يسقط بضعف رجاء الشفاء، ووصف اليأس تقدير طبي متغير لا حكم مطلق. وسائر أحكام القرار في الإذن مبسوطة في الفصل 5 (المبحث ثالثًا).

ويتسق معه ما قرره الشيخ ابن باز رحمه الله من أن التداوي مشروع لا ينافي التوكل [37]، وأن العلاج الذي علم الأطباء المباشرون أنه لا ينفع يجوز تركه، مع الاستمرار فيما يعين المريض على

CC BY-NC-ND 4.0

الحياة أو ينفعه بنفسه [38] (انظر الفصل 42، المطلب 3-2). فترك الدواء غير النافع لا يعني ترك ما يريح المريض أو ينفعه.

3-2 الصبر والأجر لا يمنعان علاج الألم

قال النبي ﷺ: «ما يصيب المسلم من نصب ولا وصب ولا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم، حتى الشوكة يشاكها، إلا كفّر الله بها من خطاياه» [39]. وهذا بشارة للمريض، لا أمر بطلب الألم ولا نهي عن دفعه؛ فالذي بشّر بالأجر على المرض ﷺ هو الذي أمر بالتداوي [33]، والأجر يحصل بالصبر على ما بقي من الألم بعد الأخذ بالأسباب.

وفي حديث المرأة التي كانت تُصرع، خيّرها النبي ﷺ فقال: «إن شئتِ صبرتِ ولكِ الجنة، وإن شئتِ دعوتُ الله أن يعافيكِ»، فقالت: أصبر [40]. ويستفاد منه أن اختيار الصبر حق لصاحب البلاء نفسه، يختاره عن علم؛ لا أن يفرضه عليه غيره. فإن اختار المريض القادر احتمال بعض الألم ليبقى صافي الذهن، احتُرم اختياره وطُلبت له أقل جرعة تحقق الراحة. أما إبقاء المريض في ألم شديد بقرار أسرته أو قناعة ممارسه، فلا مستند له.

3-3 التداوي بالمخدر لدفع الألم

الأصل في المسكر التحريم، وقد استدل الشيخ ابن باز في فتواه بحديث «كل مسكر خمر، وكل مسكر حرام»، وبأن الله لم يجعل الشفاء فيما حرّم [41]. ثم فرّق بين الدواء «المخدر المفتر» الذي يُعطى لدفع الألم، والدواء «المسكر» الذي تحصل به النشوة، فقال:

> «أما المُخَدِّرة فلا بأس؛ المُفَتِّرة أو البَنْج لا بأس بها. أما المُسْكِرة التي تحصل بها النشوة والسُّكْر فلا يجوز ... فإذا عرف أنه مُسكر فلا يجوز التَّداوي به، أما كونه مُفتر ويمنع الألم كالبنج فلا بأس؛ لأنَّ هذا يُؤخذ لدفع الآلام ورفعها، وهذا لا بأس به، فهو ينفع المريض» [41].

وعلة الجواز في الفتوى أن الدواء «يُؤخذ لدفع الآلام ورفعها» و«ينفع المريض». ويُلحق المؤلف بذلك الأفيونَ الطبي الموصوف لألم مشخَّص بجرعة تُعاير على الألم، لأن هذه العلة متحققة فيه؛ فهو علاج لا تعاطٍ. ولا يُراد به النشوة، ولا يُعطى بقدر يُذهب العقل بلا حاجة. فإن صار يُطلب لأثره النفسي لا لألم، أو زيد بلا استطباب، خرج إلى المنع. والفرق بين الدواء المؤثر عقليًا الموصوف لحاجة وبين التعاطي المحرم مبسوط في الفصل 27 (المبحث ثالثًا)، وحكم مكونات الأدوية المحرمة الأصل في الفصل 31 (المبحث ثالثًا).

3-4 الوعي والعبادة

قد يرفض المريض زيادة المسكن خوفًا من العجز عن الصلاة أو الوصية أو الحديث مع أهله. فيدخل تفضيله في أهداف الرعاية، وتُطلب أقل جرعة تحقق الراحة وتحفظ الوعي بقدر الإمكان: ﴿فَاتَّقُوا اللَّهَ مَا اسْتَطَعْتُمْ﴾ [التغابن: 16]. ويُمكَّن قبل التهدئة، متى سمحت الحالة، من الصلاة والوصية والوداع. ومن غاب وعيه بعلاج ضروري فهو معذور فيما عجز عنه؛ فلا يُبقى في ألم أو اختناق مستعصٍ بحجة حفظ وعيه. وأحكام صلاة المريض وقضائها في الفصل 2.

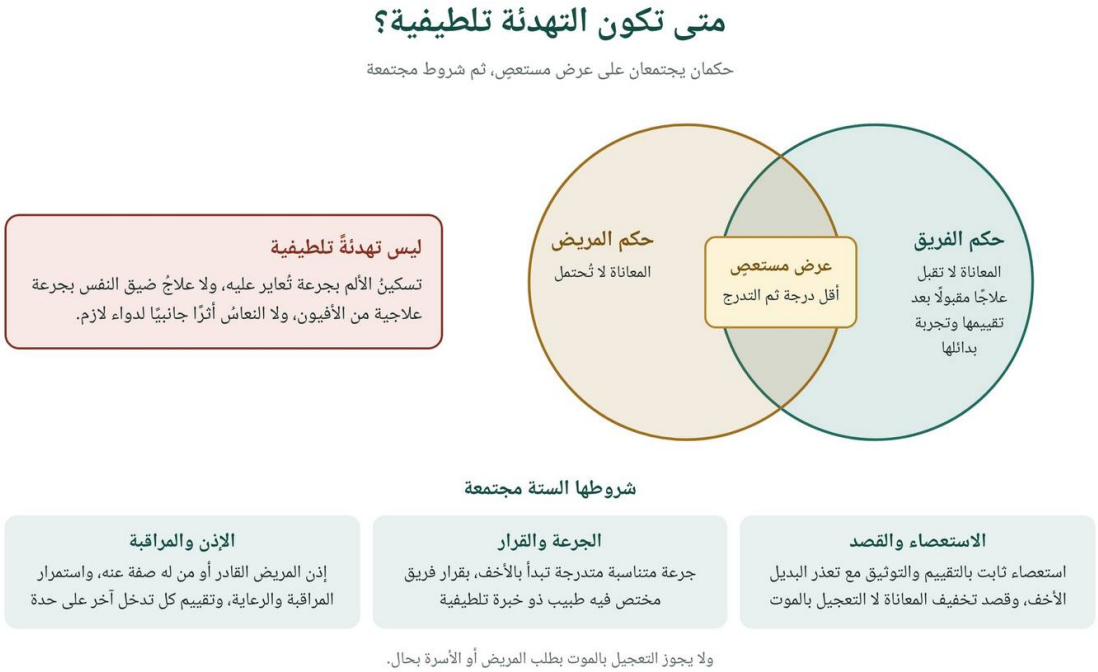
CC BY-NC-ND 4.0

3-5 تكييف التهدئة التلطيفية وضوابطها

تُكيَّف التهدئة التلطيفية بأنها تـداوٍ لعـرض مسـتعصٍ بوسـيلة تخفض الـوعي بالقـدر اللازم، لا فعـل يُقصد به إزهاق النفس؛ و«الأمـور بمقاصـدها»، ويظهـر القصـد في الفعـل لا في الـدعوى. وتجـوز بشروط مجتمعة:

1. ثبوت الاستعصاء بالتقييم والتوثيق، وتعذر البديل الأخف.
2. قصد تخفيف المعاناة لا التعجيل بالموت.
3. الجرعة المتناسبة المتدرجة، والبدء بالأخف.
4. قرار فريق مختص، يشارك فيه طبيب ذو خبرة في الرعاية التلطيفية.
5. إذن المريض القادر، أو من له صفة عنه عند فقد قدرته.
6. استمرار المراقبة والرعاية والعناية بالبدن، وتقييم كل تدخل آخر على حدة.

ولا يجوز التعجيل بالموت بطلب المريض أو الأسرة بحال؛ فالنفس ليسـت ملكًـا لصـاحبها يتصـرف فيها بالإتلاف (انظر الفصل 46).



شكل: التهدئة التلطيفية: اجتماع حكم الفريق وحكم المريض على الاستعصاء، وشروطها الستة.

3-6 تمني الموت

قال النبي ﷺ: «لا يتمنين أحدكم الموت من ضر أصابه، فإن كان لا بد فاعلًا فليقل: اللهم أحيني ما كانت الحياة خيرًا لي، وتوفني إذا كانت الوفاة خـيرًا لي» [42]. فالحـديث ينهى عن تمـني المـوت ضجرًا من الضر، ويفتح بابًا مشروعًا للتعبير عن الضيق بالدعاء وتفويض الأمر إلى الله. وهـو أصـل في التعامل مع عبارة المريض «أتمنى أن أموت»: لا تُقابـل بـالزجر، ولا تُـترجم إلى طلب تعجيـل؛ بل تُفهم استغاثة، ويُبحث عن الضر الذي أصابه فيُعالج، ويُعان على الدعاء المشروع إن رغب.

CC BY-NC-ND 4.0

3-7 الأسرة والحزن

أحكام رعاية المحتضر شرعًا، كالتلقين برفق والتوجيه إلى القبلة وحقوق الميت الأولى، مبسوطة في الفصل 39؛ ويُضاف هنا ما يخص الأسرة. والحزن على الميت مشروع لا يُلام صاحبه؛ فقد دمعت عينا النبي ﷺ عند وفاة ابنه إبراهيم وقال: «إن العين تدمع، والقلب يحزن، ولا نقول إلا ما يرضى ربنا» [43]. وفيه أن البكاء والحزن رحمة، وأن المحظور هو ما يُسخط الله من القول والفعل. وأمر ﷺ بصنع الطعام لأهل جعفر لما جاءهم نعيه وقال: «فإنه قد أتاهم أمر شغلهم» [44]؛ وهو أصل في مساندة أهل الميت عمليًا. فيدخل دعم الأسرة في الحزن في مقاصد الشريعة، لا في هامش الرعاية.

3-8 حدود الاستدلال بنصوص الإنعاش وموت الدماغ

لا تُجعل نصوص الإنعاش وموت الدماغ مستندًا عامًا للرعاية التلطيفية. فقرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش موضوعه ثبوت الوفاة ورفع الأجهزة بعد تحققها (انظر الفصل 45). وفتوى اللجنة الدائمة 12086 موضوعها الإنعاش القلبي الرئوي وآلاته (انظر الفصل 41)؛ فلا تجيز ترك التمريض أو المسكنات أو علاج عرض قابل للعكس، ولا تتناول التهدئة ولا جرعات المسكنات.

والضابط الفقهي الجامع: الرعاية التلطيفية من التداوي المشروع، وتخفيف الألم مطلوب «بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه» [36]، ويتغير حكم كل تدخل بمنفعته وضرره، ولا يجوز التعجيل بالموت بحال، والمرجع في تقدير الفائدة إلى المختصين.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 خريطة النصوص ودرجاتها

لا يوجد نص تشريعي واحد يجمع أحكام الرعاية التلطيفية؛ وإنما منظومة متدرجة: نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية [45، 46]، ونظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية [47]، والدليل السعودي للإذن الطبي [48]، ووثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى [49]، ودليل الرعاية التلطيفية المنزلية [3]، والسياسة الوطنية لعدم الإنعاش (انظر الفصل 41). ويُميَّز بين درجاتها؛ فلا توصف كل تعليمات بأنها مادة نظامية، ولا تعامل سياسة منشأة معاملة التشريع العام.

4-2 نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته

مصلحة المريض ومنع ما لا يفيد. تجعل المادة الخامسة مزاولة المهنة لمصلحة الفرد والمجتمع في نطاق احترام حق الإنسان في الحياة وسلامته وكرامته [45]. وتنص المادة التاسعة على أنه «يجب أن يستهدف العمل الطبي دائمًا مصلحة المريض» [45]، ويضيف البند (1/9) من اللائحة في نسخة وزارة الصحة (القرار الوزاري 4080489)، وهو البند (1-8) في الإصدار الثالث: «يجب على الممارس الصحي أن لا يقوم بأي عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض حتى ولو لم يترتب ضرر عليه» [46]. فالنصان يمنعان التخلي ويمنعان الإجراء غير المفيد معًا، ولا تتساوى المصلحة دائمًا مع إطالة الحياة.

CC BY-NC-ND 4.0

الإفصاح. المادة الثامنة عشرة تمنح الطبيب في الأمراض المستعصية تقدير ملاءمة إبلاغ المريض أو ذويه، ما لم يحظر المريض ذلك أو يعيّن من يقتصر الإبلاغ عليه [45]. فالتقدير مقيد بإرادة المريض نفسه، ولا يُفهم منه ترخيص للأسرة في مصادرة المعلومة عن قادر يطلبها. ونص المادة وتحليلها في الفصل 8 (المبحث رابعًا).

حظر إنهاء الحياة. تختم المادة التاسعة عشرة بقولها: «ولا يجوز بأي حال من الأحوال إنهاء حياة أي مريض ميؤوس من شفائه طبيًا، ولو كان بناءً على طلبه أو طلب ذويه» [45]. والنص مبسوط في الفصل 5 (المبحث رابعًا). فالتسكين والتهدئة المنضبطان يختلفان جوهريًا عن إنهاء الحياة المحظور، والتوثيق هو الذي يُظهر هذا الفرق.

العناية اليقظة. تجعل المادة السادسة والعشرون التزام الممارس «التزامًا ببذل عناية يقظة تتفق مع الأصول العلمية المتعارف عليها» [45]، لا ضمان نتيجة؛ فالوفاة بذاتها ليست خطأ. ويرى المؤلف أن من صور مخالفة الأصول العلمية هنا: إهمال تقييم الألم، وعدم تعديل الجرعة في القصور الكلوي، وترك المراقبة بعد مهدئ، وخفض الوعي بلا استطباب، وتفسير أمر عدم الإنعاش بأنه وقف لجميع العلاجات. وتفصيل المسؤولية وانتقال الاختصاص في دعاواها إلى القضاء في الفصل 10.

4-3 الأدوية المخدرة والمؤثرات العقلية

تخضع الأفيونات وبعض المهدئات لنظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، الذي يجرّم الاتجار والترويج وينظم الاستعمال الطبي المرخص [47]. ويلزم البند (2/23/ب) من اللائحة في نسخة وزارة الصحة بأن «يتم التقيد في وصفات الأدوية المخدرة والمؤثرات العقلية بإجراءات وضوابط الصرف» [46]. فلا يؤدي الخوف من المساءلة إلى علاج ناقص للألم، ولا يُستعمل شعار تخفيف الألم لتجاوز قواعد الوصف والصرف. وواجبات الصيدلي في الصرف والحفظ والجرد في الفصل 31 (المبحث رابعًا).

4-4 الإذن والحقوق

الإذن عملية تواصل لا توقيع شكلي، ويفصلها الدليل السعودي للإذن الطبي [48] (انظر الفصل 5). ويتأكد هنا عند تدخل يؤثر في الوعي كالتهدئة، وعند تغيير أهداف الرعاية؛ فيُوثق أن المريض أو من له صفة عنه فهم الغرض والدرجة والبدائل وأن التهدئة قابلة للتخفيف. وتؤكد وثيقة حقوق المرضى الكرامة، والمعلومات بلغة مفهومة، والسرية، واستمرار الرعاية [49].

4-5 الرعاية التلطيفية المنزلية

يحدد الدليل العملي لبرنامج الرعاية التلطيفية المنزلية معايير القبول، ومنها مرض غير قابل للشفاء أو حالة نهائية لم تعد العلاجات المعدلة للمرض ممكنة فيها، ويجعل من مهام الفريق وصف المسكنات ومنها المورفين الفموي، وتدريب المريض والأسرة على إجراءات الرعاية والراحة، ويذكر دعم الحزن من الأخصائي الاجتماعي، ويقيس «عدد الوفيات في المكان المفضل» مؤشرًا للأداء [3]. ويشترط المؤلف للخروج الآمن: موافقة المريض، وتقييم المنزل والأسرة، وتوافر الأدوية والمعدات، وتدريب مقدم الرعاية، وخطة للتدهور والاتصال، وإمكان العودة. وموقف الإنعاش يُوثق ويُبلَّغ للأسرة والفريق المنزلي وفق السياسة الوطنية (انظر الفصل 41).

CC BY-NC-ND 4.0

4-6 الإنعاش والتوجيهات المسبقة

أمـر عـدم الإنعـاش يخص الإنعـاش القلـبي الرئـوي، ولا يخفض بقيـة الرعايـة؛ وتفصـيل السياسـة الوطنية لعدم الإنعاش وفتوى اللجنة الدائمة 12086 في الفصـل 41. والتوجيهـات المسـبقة تفيـد في معرفة مواقف المريض (انظر الفصل 40). وتُستشار لجنة الأخلاقيات عند الخلافـات المعقـدة (انظر الفصل 13).

خامسًا: أدوات عملية

5-1 الترجيح عند تزاحم الأركان

موضع التوتر	الترجيح	سنده
الوعي مقابل المعاناة	الوعي مقصد معتبر والأصل أقل خفض له؛ فإن استعصى العرض قُدّم دفع المعاناة الشديدة، والعاجز بعلاج ضروري معذور	القرار 67 (5/7) والإطار الأوروبي [15، 36]
حق المعرفة مقابل طلب الحجب	يُقدَّم حق القادر الطالب للمعرفة، ويُدار خوف الأسرة بالحوار؛ فإن اختار التفويض احتُرم	المادة 18 والفصل 8
رغبة المكان مقابل السلامة	تُعتبر رغبة المريض بخطة آمنة، فإن تعذرت الشروط قُدّمت السلامة مؤقتًا، ولا تُحمَّل الأسرة ما لا تطيق	الدليل المنزلي [3]
حفظ الحياة مقابل عدم الإضرار	لا يُفسَّر حفظ الحياة بوجوب كل تدخل ممكن؛ فيُترك ما ثبت عدم نفعه مع استمرار الرعاية النافعة	الفتوى 21095 والبند 1/9 [38، 46]

وعند الغموض يُصار إلى القرار المؤقت الأقل ضـررًا القابـل للمراجعـة: تجربـة محـددة المـدة، أو تهدئة بأقل درجة، أو استشارة، أو إعادة تقييم قريبة.

5-2 قائمة التحقق قبل التهدئة التلطيفية

1. هل العرض مستعصٍ فعلًا؟ ما الأسباب المستبعدة، والعلاجات المجربة، ومددها؟
2. هل شارك طبيب ذو خبرة تلطيفية في الحكم بالاستعصاء؟
3. هل عبّر المريض عن أن المعاناة لا تُحتمل؟ وهل هو قادر الآن؟
4. هل أُعطي فرصة للصلاة والوصية والوداع، أو سُئل عنها؟
5. ما الدرجة المختارة: متقطعة، أم خفيفة، أم عميقة مستمرة؟ ولماذا لا تكفي الأخف؟

CC BY-NC-ND 4.0

6. هل الإذن موثق من المريض أو صاحب الصفة، مع شرح أن التهدئة قابلة للتخفيف؟
7. هل قُيّم كل تدخل آخر مستقلًا، كالسوائل والمضادات والأكسجين؟
8. ما خطة المراقبة: مقياس للهياج أو التهدئة، ومراجعة الراحة، والعناية بالفم والجلد؟
9. هل شُرحت الخطة للأسرة ومن يتصل به فريق التمريض ليلًا؟

5-3 دليل القرار مرحلةً مرحلة

المرحلة	سؤال الضبط	الخطأ الشائع	الإجراء العملي
التعرف على الحاجة	هل توجد حاجة تلطيفية فعلية؟	ربط الإحالة بقرب الوفاة أو توقف العلاج	إحالة بحسب الحاجة مع استمرار العلاج الموجّه للمرض
التقييم الشامل	ما الأعراض وأسبابها؟ وما الحال النفسية والروحية؟	وصف مسكن دون تقييم السبب والأثر	تقييم بدوائره الثلاث وعلاج الأسباب القابلة للعكس
أهداف الرعاية	ما الذي يريده المريض ويخشاه ويقبله من عبء؟	افتراض الأهداف أو نقلها عن الأسرة	حوار موثق يُراجع دوريًا
القدرة والإرادة	هل المريض قادر على هذا القرار الآن؟	افتراض فقد القدرة بالتشخيص، أو تجاوز المريض إلى أسرته	تقييم للقرار المحدد واحترام قرار القادر
الأفيونات	هل الاستطباب والجرعة والمراقبة منضبطة؟	منع المسكن خوفًا من الإدمان، أو وصفه بلا متابعة	جرعة متدرجة ووقاية ومراقبة وتوثيق
العرض المستعصي	هل استوفي التقييم وجُربت البدائل؟	وصفه بالمستعصي قبل استكمال العلاج المقبول	توثيق الأسباب المستبعدة والعلاجات المجربة والاستشارة
التهدئة التلطيفية	هل الدرجة أقل ما يحقق الراحة؟ وهل الإذن موثق؟	تهدئة عميقة مستمرة خيارًا أول بعبارة «راحة المريض»	البدء بأقل درجة والتدرج وإذن موثق واستمرار الرعاية
الصدق والتواصل	ماذا يعرف المريض؟ وكم يريد أن يعرف؟	حجب بطلب الأسرة، أو إفصاح قاسٍ دفعة واحدة	استكشاف وتدرج بصدق ورحمة وتوصية واضحة
المكان والمنزل	هل تتوافر شروط السلامة والدعم؟	تنفيذ الرغبة دون خطة، أو رفضها دون بدائل	تقييم وتدريب وخطة طوارئ وبدائل عند العجز
ما بعد الوفاة	من يتابع الأسرة؟ ومتى؟	انتهاء التواصل بشهادة الوفاة	اتصال متابعة، وتقييم خطر الحزن المطوّل،

CC BY-NC-ND 4.0

المرحلة	سؤال الضبط	الخطأ الشائع	الإجراء العملي
			وإحالة عند الحاجة

5-4 عبارات تساعد وعبارات تؤذي

تؤذي	تساعد
«لم يعد هناك شيء يمكن فعله»	«لن نستطيع إيقاف المرض، لكن نستطيع أن نفعل الكثير لراحتك»
«سنعطيه ما يجعله ينام إلى النهاية»	«سنعطيه أقل ما يريحه، ونراجع الجرعة باستمرار»
«المورفين آخر الطريق»	«المورفين دواء للألم، ويُعطى في مراحل مختلفة من المرض»
«اصبر فالألم تكفير»	«الأجر لك على صبرك، والعلاج لا ينقص منه»

سادسًا: الحالات التطبيقية

تُحلل الحالات الآتية بنموذج الأركان الأربعة، وتبدأ كل حالة بالبوابات الخمس (انظر الفصل 4)، ثم تنتهي بقرار قابل للتنفيذ.

الحالة الأولى: ألم سرطاني شديد وابن يمنع المورفين

الوقائع. رجل في الثامنة والخمسين، مصاب بسرطان بنكرياس انتشر إلى الكبد والعظام. يعاني منذ أسبوع ألمًا في أعلى البطن ينتشر إلى الظهر، يقدّره بثمانية من عشرة، ويوقظه من نومه ليلًا، ولم يعد يصلي قائمًا. يتناول الباراسيتامول والترامادول دون فائدة كافية، ووظائف كليته طبيعية. وهو يريد الراحة، لكنه متردد؛ لأن ابنه الأكبر يقول: «المورفين مخدر حرام، وسيدمن عليه، والصبر أعظم أجرًا»، ويطلب من الفريق ألا يصفه.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا خطر على الحياة، لكن الألم الشديد يستدعي علاجًا خلال ساعات • الأمن: لا خطر على غيره • القدرة على القرار: قادر؛ يُتحقق من غياب الهذيان وأثر الدواء • صاحب الصفة: المريض نفسه؛ والابن شريك في الدعم لا بديل عنه • السؤال المطلوب تقريره: هل يُبدأ أفيون قوي رغم اعتراض الابن، وكيف يُبدأ؟

الركن الطبي. الألم على الأرجح حشوي عصبي من الورم، مع ألم عظمي محتمل. وقد فشلت الخطوة الأضعف، فالمؤشر الآن أفيون قوي، كالمورفين الفموي سريع المفعول بجرعة منخفضة تُعاير، مع ملين منتظم ومضاد للغثيان عند الحاجة [10، 13]. ويُنظر في أدوية الألم العصبي المساعدة، وفي إحصار الضفيرة البطنية أو الإشعاع لنقائل العظام [11]. ويُراقب الوعي والتنفس في الأيام الأولى. وخطر الإدمان في هذا السياق منخفض، ومع ذلك يُسأل عن تاريخ استعمال المواد.

الركن الأخلاقي. أن يُترك رجل قادر في ألم شديد قابل للعلاج إخلال بالإحسان وعدم الإضرار. وخوف الابن يستحق أن يُشرح له، لا أن يلغي إرادة أبيه؛ فالاستقلال هنا علائقي: يُشرك الابن ولا يُسلَّم القرار [19].

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الفقهي. تخفيف الآلام البدنية مطلوب «بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه» [36]. والمخدر الذي «يُؤخذ لدفع الآلام ورفعها» لا بأس به، والمحرم هو المسكر الذي تُطلب به النشوة [41]؛ والمورفين المعاير على الألم من الأول بتنزيل المؤلف. والأجر على المرض لا يسقط بالعلاج [39]، واختيار الصبر حق للمريض نفسه لا لابنه [40]. بل قد يعينه تسكين الألم على الصلاة التي عجز عن أدائها قائمًا.

الركن النظامي. الوصف والصرف وفق نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية وإجراءات الصرف المعتمدة [46، 47]. والإذن للمريض القادر [48]. والعمل الطبي يستهدف مصلحة المريض [45].

القرار المهني الموزون. يجلس الطبيب مع المريض أولًا، ثم معه ومع ابنه إن رغب، فيشرح الفرق بين المسكّر والمسكّن، وبين الاعتماد الجسدي والإدمان، ويذكر فتوى الشيخ ابن باز في المخدر المفتر، ثم يُوقف الترامادول ويُبدأ المورفين الفموي مكانه بجرعة منخفضة تُعاير على الألم لا على النوم، مع ملين وتعليمات مكتوبة وقياس الألم كل مناوبة، وتُطلب استشارة تلطيفية ورأي في الإحصار أو الإشعاع؛ لأن الألم شديد فشلت فيه الخطوة الأضعف، في مريض قادر يريد الراحة، والحكم الشرعي يجيز المخدر لدفع الألم. واستُبعد انتظار موافقة الابن لأنه لا صفة له في قرار أبيه القادر. ويُعاد النظر إذا ظهر تاريخ اضطراب استعمال مواد، فيبقى العلاج مستحقًا بخطة أدق بواصف واحد وكميات محدودة وإشراك فريق الإدمان (انظر الفصل 27)؛ أو إذا اختار المريض، بعد فهم كامل، تحمّل قدر من الألم ليبقى صافي الذهن، فيُحترم اختياره وتُعرض بدائل غير أفيونية ويُعاد السؤال يوميًا.

الدرس. المورفين الموصوف لدفع الألم تداوٍ مشروع، والصبر فضيلة يختارها المريض لنفسه، لا يفرضها عليه غيره.

الحالة الثانية: اختناق مستعصٍ وطلب «النوم» قبل وصول الابن

الوقائع. امرأة في السبعين، مصابة بسرطان رئة متقدم مع انتشار لمفاوي في الرئتين، ويُتوقع أن تعيش أيامًا. تعاني ضيق نفس شديدًا رغم الأكسجين والمروحة والمورفين تحت الجلد المعاير والبنزوديازيبين، وقد استُبعد في تصوير اليوم انصباب قابل للبزل. وتقول: «لا أريد دواءً يقتلني، لكني لا أحتمل هذا الاختناق. أريد أن أنام». وابنها مسافر يصل غدًا ظهرًا، وهي تريد أن تراه. ويقترح الطبيب المناوب ليلًا «جرعة كبيرة من المورفين حتى ترتاح».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: ضائقة شديدة تستدعي قرارًا خلال ساعات • الأمن: لا خطر على غيره • القدرة على القرار: قادرة الآن، ويُتوقع أن تفقد قدرتها؛ فيؤخذ قرارها الآن • صاحب الصفة: المريضة نفسها • السؤال المطلوب تقريره: هل تُبدأ تهدئة تلطيفية؟ وبأي درجة؟ وكيف يُوفّق بين الراحة ورغبتها في رؤية ابنها؟

الركن الطبي. العرض مستعصٍ بمعياريه: استُبعدت الأسباب القابلة للعكس، وجُربت الوسائل المناسبة، والمريضة نفسها تقرر أنه لا يُحتمل [15، 16]. والأفيونات تُعاير على ضيق النفس، ولا تُستعمل مهدئًا أول؛ فالجرعة الكبيرة المقترحة لا مكان لها [15]. وإنما المسار تهدئة متناسبة بالميدازولام، تبدأ خفيفة أو متقطعة. والتهدئة المنضبطة لا يظهر لها أثر ضار في البقاء [17]. والسوائل الوريدية يُقرَّر أمرها مستقلًا [16].

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الأخلاقي. الأثر المزدوج هنا منضبط: القصد تخفيف الاختناق، والوسيلة خفض الوعي بالقدر اللازم، والتناسب قائم لشدة المعاناة وقرب الوفاة [20]. ورغبتها في أن ترى ابنها هدف معتبر، يُوازن بالراحة دون أن تُترك في اختناق شديد [22].

الركن الفقهي. التهدئة هنا تداوٍ لعرض مستعصٍ، و«الأمور بمقاصدها»، والشروط مجتمعة: الاستعصاء، والقصد، والتدرج، وقرار الفريق، وإذنها. وتُمكَّن قبلها من الصلاة والوصية إن استطاعت. فإن غاب وعيها بعلاج ضروري فهي معذورة فيما عجزت عنه: ﴿فَاتَّقُوا اللَّهَ مَا اسْتَطَعْتُمْ﴾. أما جرعة يُقصد بها إنهاء المعاناة بالموت فمحرمة ولو طلبتها.

الركن النظامي. يُوثق إذنها وفق الدليل السعودي للإذن الطبي [48]. وحظر إنهاء حياة الميؤوس من شفائه في المادة التاسعة عشرة [45] يفرّق بين هذا القرار والقتل الرحيم، والتوثيق يُظهر الفرق.

القرار المهني الموزون. يُستدعى استشاري الرعاية التلطيفية هاتفيًا، ويُشرح للمريضة أن التهدئة تبدأ خفيفة وقابلة للتخفيف، وتُسأل عن الصلاة والوصية ورسالة لابنها، ثم تبدأ تهدئة متقطعة بالميدازولام بأقل درجة تريحها، مع استمرار المورفين المعاير على ضيق النفس، ويُخفف العمق صباحًا بالتدريج ما دامت الراحة محفوظة لتكون أوعى ما يمكن عند وصول ابنها، وتُوثق الدرجة وأسبابها ومقياس التهدئة؛ لأن معاناتها مستعصية قرب الوفاة، وهي قادرة تطلب الراحة وترفض التعجيل. واستُبعدت الجرعة الكبيرة من المورفين لأن الأفيون ليس مهدئًا أول ولأن مآلها قد يُفهم تعجيلًا. ويُعاد النظر إذا ظهر سبب قابل للعلاج، كانصباب تجمّع من جديد، فيُعالج أولًا، أو تبين أن المورفين لم يبلغ جرعته المناسبة، فلا يكون العرض مستعصيًا بعد، أو طال توقع البقاء إلى أسابيع، فلا تُبدأ تهدئة عميقة مستمرة.

الدرس. التهدئة التلطيفية ملاذ أخير، تبدأ بأقل درجة وتظل قابلة للتخفيف، ويظهر قصدها العلاجي في الدواء والجرعة والتوثيق، لا في العبارة.

الحالة الثالثة: «أتمنى ألا أستيقظ» في فشل قلب متقدم

الوقائع. رجل في السادسة والسبعين، مصاب بفشل قلب متقدم، دخل المستشفى أربع مرات في ستة أشهر، ويضيق نفسه عند أدنى جهد، ويشكو الأرق. وتركت ابنته عملها لترعاه. وقال للممرضة: «أتمنى أن أنام ولا أستيقظ. أنا عبء على ابنتي، وهذا المرض عقوبة من الله». ولم يُحَل إلى الرعاية التلطيفية من قبل؛ لأن الفريق يرى أنها «للسرطان».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر • الأمن: يلزم تقويم خطر الانتحار فورًا: الأفكار والخطة والوسيلة • القدرة على القرار: يُقيَّم الاكتئاب والهذيان وأثرهما • صاحب الصفة: المريض • السؤال المطلوب تقريره: كيف يُستجاب لرغبته في الموت؟ وهل تُدمج الرعاية التلطيفية مع علاج القلب؟

الركن الطبي. هذه العبارة استغاثة تستوجب تقييمًا جادًا، لا كلمة تُسمع وتُنسى: الاكتئاب، والأفكار الانتحارية وخطتها ووسيلتها، والهذيان، والسيطرة على ضيق النفس والأرق، والشعور بالعبء، والضائقة الروحية. وقد تتبدل الرغبة في الموت إذا عولجت أسبابها [24]. ويُستمر في علاج فشل القلب المبني على الدليل، مع تلطيف مبكر بحسب الحاجة لا بحسب التشخيص [2، 8]. والعلاج المتمركز حول المعنى خفّض الرغبة في تعجيل الموت [24].

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الأخلاقي. احترام المريض يقتضي أن يؤخذ كلامه بجد؛ فلا يُزجر ولا يُنفَّذ. والشعور بالعبء يُعالج بمساندة الابنة وتخفيف حملها. وحرمانه من الرعاية التلطيفية لأن مرضه ليس سرطانًا ظلم في التوزيع.

الركن الفقهي. نهى النبي ﷺ عن تمني الموت من ضر، وأرشد إلى الدعاء: «اللهم أحيني ما كانت الحياة خيرًا لي، وتوفني إذا كانت الوفاة خيرًا لي» [42]. ولا يملك أحد الجزم بأن مرض شخص بعينه عقوبة؛ فالمرض كفارة ورفعة للصابر [39]. وتمنيه لا يُقابل بالزجر، بل يُفهم عرضًا لضر يُبحث عنه ويُعالج.

الركن النظامي. إنهاء حياة المريض محظور ولو بطلبه [45] (انظر الفصل 46). وإن ثبت خطر انتحار نشط، سرى مسار الطب النفسي ونظام الرعاية الصحية النفسية (انظر الفصل 27).

القرار المهني الموزون. يسأله الطبيب في جلسة خاصة: «هل تتمنى انتهاء المعاناة، أم فكرت في إيذاء نفسك؟»، ويُقيَّم الاكتئاب والهذيان، ثم يُحال إلى الرعاية التلطيفية بالتوازي مع طب القلب: أفيون بجرعة منخفضة لضيق النفس إن لم تكفه الوسائل الأخرى، وعلاج الأرق، وعلاج الاكتئاب إن ثبت، وعلاج متمركز حول المعنى أو علاج الكرامة، وجلسة أسرية مع ابنته، وتدخل اجتماعي لتخفيف عبء الرعاية، ومرشد ديني إن طلب؛ لأن الرغبة في الموت عرض لمعاناة قابلة للتخفيف، والرعاية التلطيفية حق لفشل القلب كما للسرطان. ويُعاد النظر إذا كشف التقييم أفكارًا انتحارية نشطة بخطة ووسيلة، فيتحول المسار إلى تقييم نفسي عاجل وخطة أمان وإشراف مباشر، أو صار التمني طلبًا صريحًا لإنهاء حياته، فمساره في الفصل 46 (الحالة 46/1)، ومع اكتئاب شديد الحالة 46/3.

الدرس. «أتمنى أن أموت» استغاثة يُبحث عن سببها ويُعالج، لا كلام يُهمل؛ والرعاية التلطيفية حق لفشل القلب كما هي حق للسرطان.

الحالة الرابعة: الوفاة في البيت وأسرة منقسمة ثم حزن الزوجة

الوقائع. رجل في الرابعة والسبعين، مصاب بسرطان قولون منتشر، قادر، أوقف العلاج المضاد للورم بعد فشل خطوطه. يقول: «أريد أن أموت في بيتي بين أولادي». وزوجته في السبعين، مرهقة ومصابة بالسكري، وابنته ممرضة تؤيد رغبته، وابنه الأكبر يرفض: «لن نتركه يموت بلا مستشفى». ويتوفر في منطقته برنامج رعاية تلطيفية منزلية. وبعد الوفاة بأربعة أشهر اتصلت الابنة؛ فأمها لا تنام ولا تأكل وترفض الخروج.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر • الأمن: سلامة المريض ومقدمي الرعاية في البيت تحتاج تقييمًا • القدرة على القرار: قادر • صاحب الصفة: المريض في مكان رعايته، والأسرة شريكة في التنفيذ • السؤال المطلوب تقريره: هل يُخرَّج إلى البيت؟ وبأي خطة؟ وما الواجب نحو الزوجة بعد الوفاة؟

الركن الطبي. يُقيَّم المنزل والأسرة وفق معايير البرنامج [3]: الأدوية، ومنها المورفين، والمعدات، وتدريب مقدمي الرعاية، وخطة للتدهور والاتصال، وأدوية استباقية تحت الجلد للأيام الأخيرة [18]. ويُشرح للأسرة ما قد يحدث في تلك الأيام. وبعد الوفاة تُقيَّم الزوجة: أهو حزن طبيعي، أم اكتئاب، أم حزن مطوّل؟ ومعيار «الحزن المطوّل» ستة أشهر على الأقل مع تجاوز المعتاد ثقافيًا ودينيًا [30]؛ فهي في الشهر الرابع تحتاج متابعة، لا تشخيصًا متعجلًا.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الأخلاقي. رغبة المريض في مكان وفاته معتبرة، ولكنها مشروطة بسلامته، وبعدل في توزيع العبء على الأسرة؛ فالزوجة المرهقة لا تُحمَّل ما لا تطيق. واعتراض الابن قد يكون خوفًا من العجز لا عنادًا، فيُسمع منه. والواجب لا ينتهي بالوفاة [22، 26].

الركن الفقهي. ﴿لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا﴾ [البقرة: 286]؛ فتوزع المهام بحسب الطاقة. ويُعان المحتضر على الوصية والشهادة برفق (انظر الفصل 39). وحزن الزوجة مشروع لا يُلام: «إن العين تدمع والقلب يحزن» [43]، ومساندة أهل الميت سنة [44].

الركن النظامي. يتبع الخروج معايير الدليل العملي للرعاية التلطيفية المنزلية [3]. ويُصرف المورفين وفق إجراءات الأدوية المخدرة [46، 47]. ويُوثق موقف الإنعاش ويُبلغ للأسرة والفريق المنزلي (انظر الفصل 41).

القرار المهني الموزون. يُعقد اجتماع أسري بحضور المريض وفريق البرنامج المنزلي تُسمع فيه مخاوف الابن وتوزع المهام بجدول يخفف عن الزوجة، ويُخرَّج المريض بخطة مكتوبة: الأدوية والأدوية الاستباقية، ورقم اتصال على مدار الساعة، ومتى يُنقل إلى المستشفى، وما تفعله الأسرة عند الوفاة، على أن الرعاية المنزلية مشروطة باستمرار الأمان. وبعد الوفاة يتصل الفريق بالأسرة خلال أسبوعين، وتتابع الأخصائية الاجتماعية الزوجة وتُقيِّمها للاكتئاب في الشهرين الرابع والسادس؛ لأن ذلك يحقق رغبة مريض قادر في مكان مشروع بشروط سلامة يمكن تحقيقها، والواجب ممتد إلى الأسرة. ويُعاد النظر إذا تعذرت السيطرة على الأعراض في البيت أو انهارت قدرة الأسرة، فيُعاد إلى المستشفى أو وحدة تلطيفية مع اعتذار صادق، أو ظهرت على الزوجة أفكار انتحارية أو اكتئاب شديد، فتُحال فورًا إلى الطب النفسي.

الدرس. الرعاية التلطيفية تبدأ قبل الوفاة ولا تنتهي بها؛ فمكان الموت حق مشروط بالأمان، وحزن الأسرة جزء من الرعاية. وتقابلها الحالة 39/2 في الإفصاح عن المآل والوصية (انظر الفصل 39).

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
ألم سرطاني شديد في مريض قادر، وابنه يمنع المورفين بحجة التحريم والإدمان	شرح الفرق بين المسكّر والمسكّن، ووقف الترامادول وبدء المورفين الفموي بجرعة منخفضة تُعاير على الألم، مع ملين واستشارة تلطيفية	ألم شديد فشلت فيه الخطوة الأضعف، في مريض قادر يريد الراحة، والحكم الشرعي يجيز المخدر لدفع الألم؛ ولا صفة للابن في قرار أبيه	ظهر تاريخ اضطراب استعمال مواد فتُحكم الخطة، أو اختار المريض بعد فهم كامل تحمّل قدر من الألم ليبقى صافي الذهن
اختناق مستعصٍ في سرطان رئة متقدم قرب الوفاة، والمريضة تطلب «النوم» وتنتظر ابنها	تهدئة متقطعة بالميدازولام بأقل درجة تريحها مع استمرار المورفين المعاير، وتخفيف	معاناة مستعصية قرب الوفاة، والمريضة قادرة تطلب الراحة وترفض التعجيل؛ والأفيون	ظهر سبب قابل للعلاج، أو تبين أن المورفين لم يبلغ جرعته المناسبة، أو طال توقع البقاء إلى

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	العمق صباحًا لتكون أوعى عند وصول ابنها، وتوثيق الدرجة وأسبابها	ليس مهدئًا أول	أسابيع
فشل قلب متقدم، والمريض يتمنى أن ينام ولا يستيقظ ويرى نفسه عبئًا	سؤال مباشر عن إيذاء النفس، وتقييم الاكتئاب والهذيان، وإحالة تلطيفية بالتوازي مع طب القلب لعلاج الأعراض والمعاناة وعبء الرعاية	الرغبة في الموت عرض لمعاناة قابلة للتخفيف، والرعاية التلطيفية حق لفشل القلب كما للسرطان	ظهرت أفكار انتحارية نشطة بخطة ووسيلة، أو صار التمني طلبًا صريحًا لإنهاء حياته
مريض قادر يريد أن يموت في بيته، وأسرته منقسمة، ثم حزن الزوجة بعد وفاته	اجتماع أسري وخطة خروج مكتوبة برعاية تلطيفية منزلية مشروطة باستمرار الأمان؛ وبعد الوفاة اتصال بالأسرة ومتابعة الزوجة وتقييمها للاكتئاب	يحقق رغبة مريض قادر في مكان مشروع بشروط سلامة يمكن تحقيقها، والواجب ممتد إلى الأسرة	تعذرت السيطرة على الأعراض في البيت أو انهارت قدرة الأسرة، أو ظهرت على الزوجة أفكار انتحارية أو اكتئاب شديد

مواقف متكررة

اعتراض الأسرة على الإحالة التلطيفية بوصفها «استسلامًا». تُقبل الإحالة، ويُصحح الفهم: فهي خدمة تُقدَّم بحسب الحاجة بالتوازي مع العلاج الموجّه للمرض، لا مرحلة أخيرة [5، 9]. ويقال للأسرة: «الإحالة لا تعني توقف علاج المرض، بل إضافة فريق يخفف الأعراض ويدعمكم». وفي الأورام تفصيله في الفصل 28. الضابط: المعيار الحاجة الفعلية، لا توقع البقاء.

الأسرة تطلب حجب التشخيص عن مريض يسأل. يُستكشف أولًا سبب خوفها، ثم يُسأل المريض نفسه عن مقدار ما يريد معرفته ومن يريد إشراكه، ويُحترم تفويضه إن فوّض. وتحليل الحالة كاملًا في الفصل 8 (الحالة 8/4: أسرة تطلب كتمان ورم متقدم لا يرجى شفاؤه)، وفي الأورام الحالة 28/1. الضابط: الحجب المرفوض هو ما يُفرض على المريض من غيره.

فهم أمر عدم الإنعاش أو بدء التهدئة خفضًا لبقية الرعاية. أمر عدم الإنعاش لا يخفض مستوى الرعاية؛ فتستمر المسكنات والمضادات والتمريض والدعم بحسب الاستطباب (انظر الفصل 41). وبدء التهدئة لا يوقف التغذية أو المضادات أو الأكسجين تلقائيًا؛ وإنما يُقيَّم كل تدخل مستقلًا [16]. الضابط: الانتقال تعديل لأهداف العلاج لا إنهاء للرعاية، ويُصحح في السجل كل تعميم يُفهم منه غير ذلك.

CC BY-NC-ND 4.0

مريض يرفض زيادة المسكن ليحفظ وعيه للصلاة. يُحترم تفضيله، وتُطلب أقل جرعة تحقق الراحة، ويُعدل التوقيت حول أوقات الصلاة، ويُبين له أن من غاب وعيه بعلاج ضروري معذور. فإن اشتد الألم عُرضت عليه الزيادة مرة أخرى دون ضغط. الضابط: الوعي والعبادة هدفان معتبران يوازنان بتخفيف المعاناة، ولا يُترك المريض في ألم لا يطيقه.

طفل بمرض عصبي عضلي متقدم ووالدان يريدان «كل شيء». تُدمج رعاية تلطيفية للأطفال بالتوازي مع العلاج، ويُقال للوالدين إنها فريق يخفف ألم طفلهما وخوفه ويدعمهما، لا وقف لعلاجه. والمعيار مصلحة الطفل الفضلى، مع إشراكه بقدر فهمه، وأي تدهور بسبب قابل للعكس كعدوى يُعالج علاجًا كاملًا. وتفصيل الولاية ومصلحة الطفل في الفصل 25، وعدم الإنعاش في هذه الحال في الفصل 41 (الحالة 41/4: طفل بمرض عصبي عضلي نهائي ووالدان يعترضان على عدم الإنعاش). الضابط: خطة الراحة تخص ما رجح ضرره، لا المضاعفات القابلة للتحسن.

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. الرعاية التلطيفية نهج يبدأ بالحاجة لا بقرب الوفاة، ويُقدم بالتوازي مع العلاج؛ وأدلة الإدماج المبكر في السرطان متسقة في جودة الحياة وعبء الأعراض [5–9]، وفي غيره يُدمج بحسب الحاجة.
2. الأفيونات بجرعة معايرة ومراقبة علاج آمن للألم المتوسط والشديد [10، 13]، والتحمل والاعتماد الجسدي لا يعنيان الإدمان.
3. العرض المستعصي حكم مركب من الفريق والمريض بعد استيفاء التقييم والبدائل [15، 16]، والتهدئة التلطيفية ملاذ أخير متناسب لا يظهر لها أثر ضار في البقاء إذا انضبطت [17].
4. يقرر القرار 67 (5/7) أن تخفيف آلام المريض النفسية والبدنية واجب «بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه» [36]؛ وهو أصل الرعاية التلطيفية فقهًا.
5. فرّقت فتوى الشيخ ابن باز بين المخدر المفتر الذي يُؤخذ لدفع الألم فلا بأس به، والمسكر الذي تحصل به النشوة فيحرم [41]؛ ويلحق به الأفيون الطبي المعاير على الألم.
6. الصبر حق يختاره المريض لنفسه، ولا يُفرض عليه بمنع المسكن [39، 40]، وتمني الموت من ضر يُقابل بعلاج الضر والدعاء المشروع [42].
7. تجمع المادة التاسعة والبند (1/9) بين منع التخلي ومنع ما لا يفيد، وتحظر المادة التاسعة عشرة إنهاء حياة الميؤوس من شفائه ولو بطلبه [45، 46]؛ والأدوية المخدرة تُصرف وفق نظامها وإجراءاتها [47].
8. رعاية الأسرة والحزن جزء من الرعاية التلطيفية بنص تعريفها وسند الشريعة [1، 43، 44].

التوصيات

للممارس: أن يحيل بحسب الحاجة لا بتوقع البقاء، في السرطان وغيره؛ وأن يقيّم الألم في كل زيارة ويعالجه بلا تأخير؛ وألا يصف عرضًا بالمستعصي قبل توثيق أسبابه المستبعدة وعلاجاته

CC BY-NC-ND 4.0

المجربة؛ وأن يبدأ التهدئة بأقل درجة ويوثق قصدها ودرجتها ومراقبتها؛ وأن يسأل عن الرغبة في الموت ولا يتجاهلها؛ وأن يتصل بالأسرة بعد الوفاة.

للمنشأة: أن تضع سياسة مكتوبة للتهدئة التلطيفية تحدد الاستعصاء وصاحب القرار والإذن والجرعات والمراقبة والتوثيق؛ وأن تدرج فحص الحاجة التلطيفية في الأمراض المتقدمة كلها؛ وأن تراجع دوريًا سجلات القرارات عالية الخطورة على معيار: العرض، والهدف، والبدائل، والإذن، والجرعة، والمراقبة، والاستجابة؛ وأن تنشئ مسارًا لمتابعة الحزن؛ وأن توسع الرعاية المنزلية في المناطق الأقل تغطية.

للتعليم والبحث: أن تُدرج الرعاية التلطيفية وأخلاقيات نهاية الحياة في برامج العلوم الصحية؛ وأن يُدرب الممارسون على الأخبار الصعبة، والوصف الآمن للأفيونات، والتمييز بين التحمل والاعتماد والإدمان؛ وأن تُجرى دراسات سعودية على توقيت الإحالة، والخوف من الأفيونات، وممارسة التهدئة، والحزن بعد الوفاة؛ وأن تُعقد برامج مشتركة بين الطب والفقه لتقريب التصوير من الحكم.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فالرعاية التلطيفية ليست مرحلة ينسحب فيها الطب أمام المرض، بل صورة ناضجة من صور استمراره في رسالته. فحين يتعذر الشفاء يبقى الألم قابلًا للعلاج، والخوف قابلًا للتخفيف، ويبقى المريض مستحقًا للصدق والكرامة والرحمة.

والرعاية المتوازنة لا تقوم على إطالة الحياة بكل وسيلة، ولا على تقليل العلاج لمجرد تقدم المرض، ولا على تعجيل الموت باسم الرحمة؛ وإنما تقوم على تحديد الهدف، وتقدير المنفعة والضرر، واحترام إرادة المريض، وضبط الجرعة والقصد بالتوثيق. ثم إنها لا تكتمل بتسكين الجسد وحده؛ فالخوف والوحدة والشعور بالعبء قد تكون أشد على المريض من الألم العضوي، وحزن الأسرة يبقى بعد رحيله. ويبقى المعيار الجامع أن يظل المريض إنسانًا كامل الكرامة، لا «حالة ميؤوسًا منها»، وأن يستمر الفريق في رعايته ورعاية أهله، ولو تغير الهدف من مقاومة المرض إلى حفظ الراحة والوعي والعلاقات والمعنى قدر المستطاع.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين تسكين الألم والتهدئة التلطيفية؟ ولماذا لا تُستعمل الأفيونات مهدئًا أول؟
2. عدّد شروط الحكم بأن العرض مستعصٍ في الإطار الأوروبي المنقح، وبيّن لماذا يُعد الحكم مركبًا من الفريق والمريض.
3. كيف فرّقت فتوى الشيخ ابن باز بين المخدر المفتر والمسكر؟ وما علة الجواز التي يُلحق بها الأفيون الطبي؟
4. ابن يمنع أباه القادر من المورفين بحجة أن الصبر أعظم أجرًا. كيف تستدل بحديث المرأة التي كانت تُصرع على من يملك اختيار الصبر؟
5. طبّق مبدأ الأثر المزدوج على ثلاث صور: جرعة معايرة على الألم، وتهدئة متقطعة، وجرعة كبيرة مفاجئة. أيها يدخل في المبدأ ولماذا؟
6. مريض بفشل القلب يقول: «أتمنى ألا أستيقظ». ما خطواتك بالترتيب، وما الشرط الذي يغيّر المسار؟

CC BY-NC-ND 4.0

7. ما شروط الخروج الآمن إلى الرعاية التلطيفية المنزلية؟ وما الذي تفعله إن انهارت قـدرة الأسرة على الرعاية؟
8. كيف تميّز الحزن الطبيعي من اضـطراب الحـزن المطـوّل؟ ومـا الأصـول الشـرعية لـدعم أسرة المتوفى؟

المراجع

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

[2] Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2021.academic.oup.com

[3] وزارة الصحة (الإدارة العامة للرعاية الصحية المنزلية) بالتعاون مع الجمعية السعودية للرعايـة التلطيفيـة. A Practical Guide to Implementing a Home-Based Palliative Care Program (دليـل عملي لتنفيـذ برنـامج الرعايـة التلطيفيـة المنزليـة). منشـور على موقـع وزارة الصحة (2024م). moh.gov.sa

[4] Alrimali AM, Alreshidi NM. Evaluating ICU nurses' education, practice, and competence in palliative and end-of-life care in Saudi Arabia: a cross-sectional study. Belitung Nurs J. 2024;10(1):23–30. eprints.bbg.ac.id؛ doaj.org

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

[6] Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2015;33(13):1438–45. https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362

[7] Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2014;383(9930):1721–30. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62416-2

[8] Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2016;316(20):2104–14. https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840

CC BY-NC-ND 4.0

[9] Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, Alesi ER, Ali ZV, Chauhan C, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. J Clin Oncol. 2024;42(19):2336–57. https://doi.org/10.1200/JC0O.24.00542

[10] Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Lancet Oncol. 2012;13(2):e58–68. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70040-2

[11] Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2018;29(Suppl 4):iv166–91. doi:10.1093/annonc/mdy152

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

[13] Paice JA, Bohlke K, Barton D, Craig DS, El-Jawahri A, Hershman DL, et al. Use of opioids for adults with pain from cancer or cancer treatment: ASCO guideline. J Clin Oncol. 2023;41(4):914–30. doi:10.1200/JCO.22.02198

[14] Hui D, Bohlke K, Bao T, Campbell TC, Coyne PJ, Currow DC, et al. Management of dyspnea in advanced cancer: ASCO guideline. J Clin Oncol. 2021;39(12):1389–411. doi:10.1200/JCO.20.03465

[15] Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med. 2009;23(7):581–93. doi:10.1177/0269216309107024

[16] Surges SM, Brunsch H, Jaspers B, Apostolidis K, Cardone A, Centeno C, et al. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: an international Delphi study. Palliat Med. 2024;38(2):213–28. doi:10.1177/02692163231220225

[17] Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. J Clin Oncol. 2012;30(12):1378–83. doi:10.1200/JCO.2011.37.3795

[18] National Institute for Health and Care Excellence. Care of dying adults in the last days of life. NICE guideline NG31. London: NICE; 2015. nice.org.uk

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

Sulmasy DP, Pellegrino ED. The rule of double effect: clearing up the [20] double talk. Arch Intern Med. 1999;159(6):545–50. doi:10.1001/archinte.159.6.545

Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of [21] voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. JAMA. 1997;278(23):2099–104. doi:10.1001/jama.1997.03550230075041

World Medical Association. WMA Declaration of Venice on End of Life [22] Medical Care. Adopted by the 35th World Medical Assembly, Venice, October 1983; revised by the 57th WMA General Assembly, Pilanesberg, October 2006, and by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, October 2022. wma.net

Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, [23] Hassard T, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2011;12(8):753–62. doi:10.1016/S1470-2045(11)70153-X

Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, [24] Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2015;33(7):749–54. doi:10.1200/JCO.2014.57.2198

Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, Long KNG, Ferrell BR, [25] Fitchett G, et al. Spirituality in serious illness and health. JAMA. 2022;328(2):184–97. doi:10.1001/jama.2022.11086

Hudson P, Remedios C, Zordan R, et al. Guidelines for the psychosocial [26] and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. J Palliat Med. 2012;15(6):696–702. doi:10.1089/jpm.2011.0466

Albar MA, Chamsi-Pasha H. Contemporary Bioethics: Islamic Perspective. [27] Cham: Springer; 2015. doi:10.1007/978-3-319-18428-9

Chamsi-Pasha H, Albar MA. Ethical dilemmas at the end of life: Islamic [28] perspective. J Relig Health. 2017;56(2):400–10. doi:10.1007/s10943-016-0181-3

Ghaly M, Diamond RR, El-Akoum M, Hassan A. Palliative Care and Islamic [29] Ethics: Exploring Key Issues and Best Practice. Doha: World Innovation Summit for Health (WISH); 2018. wish.org.qa

World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th [30] Revision (ICD-11) for Mortality and Morbidity Statistics: 6B42 Prolonged grief

disorder. Geneva: World Health Organization; 2026 release (16 February 2026). icd.who.int

[31] Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES— a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302–11. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302

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

[33] سنن أبي داود، كتاب الطب، باب في الرجل يتداوى، ح 3855 (من حديث أسامة بن شريك، وصححه الألباني)؛ وجامع الترمذي، أبواب الطب، باب ما جاء في الدواء والحث عليه، ح 2038. sunnah.com

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

[35] صحيح البخاري، كتاب المرضى، باب عيادة الأعراب، ح 5656. sunnah.com

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

[37] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. هل ترك التداوي أفضل من التداوي؟ الموقع الرسمي لسماحة الشيخ ابن باز، الفتوى 31650. binbaz.org.sa

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

[39] صحيح البخاري، كتاب المرضى، باب ما جاء في كفارة المرض، ح 5641 و5642. sunnah.com

[40] صحيح البخاري، كتاب المرضى، باب فضل من يُصرع من الريح، ح 5652. sunnah.com

[41] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. حكم الأدوية الطبية المُخَدِّرة والمُسْكِرة. فتاوى الدروس، الفتوى رقم 3238. الموقع الرسمي لسماحة الشيخ عبد العزيز بن باز. binbaz.org.sa

[42] صحيح البخاري، كتاب المرضى، باب تمني المريض الموت، ح 5671. sunnah.com

[43] صحيح البخاري، كتاب الجنائز، باب قول النبي ﷺ: «إنا بك لمحزونون»، ح 1303. sunnah.com

[44] سنن أبي داود، كتاب الجنائز، باب صنعة الطعام لأهل الميت، ح 3132 (وحسّنه الألباني). sunnah.com

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

CC BY-NC-ND 4.0

[46] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصحة، البندان (1/9) و(2/23/ب) في نسخة الوزارة. moh.gov.sa

[47] نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/39) وتاريخ 8/7/1426هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

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

[49] وزارة الصحة. وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى. المملكة العربية السعودية. moh.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0