الباب السابع

التغذية والإرواء الصناعيان في نهاية الحياة

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «التغذية والإرواء الصناعيان في نهاية الحياة». 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 الرابع والأربعون

التغذية والإرواء الصناعيان في نهاية الحياة

متى يكون الأنبوب رعاية؟ ومتى تكون الرعاية بغيره؟ • علاج أم رعاية أساسية: التكييف الطبي والأخلاقي والفقهي • التغذية الأنبوبية في الخرف المتقدم • الإرواء في الاحتضار • طلب الأسرة الاستمرار أو الإيقاف • رفض المريض القادر والامتناع الإرادي عن الطعام والشراب • 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 الباطنة والشيخوخة والأعصاب والأورام والعناية المركزة والرعاية التلطيفية والأطفال، واختصاصيو التغذية السريرية والبلع، والتمريض، والأخصائيون الاجتماعيون والمرشدون الدينيون، وأعضاء لجان الأخلاقيات، ومديرو المنشآت • الفصل الأم لـ: التغذية والإرواء الصناعيين في الأمراض المتقدمة ونهاية الحياة، وتكييفهما علاجًا أو رعاية أساسية في الفقه والأخلاق، والتغذية الأنبوبية في الخرف المتقدم، والإرواء في الاحتضار، وطلب الأسرة الاستمرار أو الإيقاف، ورفض المريض القادر للتغذية والامتناع الإرادي عن الطعام والشراب • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 10، 13، 25، 27، 39، 40، 41، 42، 43، 45، 46 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

الطعام والشراب في الخبرة الإنسانية أكثر من طاقة وسوائل؛ فهما رحمة وضيافة وصلة. ولهذا كانت قرارات التغذية والإرواء في نهاية الحياة من أشد القرارات إثارة للمشاعر. ترى الأسرة في عدم تركيب الأنبوب أو تقليل السوائل تجويعًا أو تعطيشًا، ويرى الفريق أن التدخل لن ينفع أو سيزيد الاحتقان والشفط والانزعاج. وأصل الخلاف غالبًا خلط بين الطعام والشراب الطبيعيين وبين التغذية والإرواء المقدمين بوسائل طبية: الأنبوب الأنفي المعدي، وفغر المعدة، والتغذية الوريدية، والسوائل الوريدية أو تحت الجلد [1].

ويجيب الفصل عن سؤاله المركزي: هل التغذية والإرواء الصناعيان علاج يخضع للاستطباب والتناسب، أم رعاية أساسية لا ترفع بحال؟ وجوابه أنهما تدخلان علاجيان بوسائل غذائية أو مائية، يدور حكمهما مع قدرة الجسم على الانتفاع وغلبة الظن بالمنفعة، لا مع اسم المرض أو قرب الوفاة. أما الرعاية الأساسية فهي عرض الطعام الطبيعي على القادر، والعناية بالفم، وعلاج الأعراض، والحضور الإنساني؛ وهذه لا تسقط.

ففي الركن الطبي يعرض الفصل الدليل بحسب المرض: الخرف المتقدم، والسكتة، والسرطان وفشل الأمعاء، والأطفال، والإرواء في الأيام الأخيرة، والامتناع الإرادي. وفي الركن الأخلاقي يميز عدم البدء من الإيقاف، ويحرر دور الأسرة. وفي الركن الفقهي يعرض أقوال المعاصرين وقرارات المجامع والفتاوى، ويناقش قياس الإيقاف على التجويع والقتل صبرًا، وحكم إكراه المريض على الطعام، والفرق بين رفض وسيلة وقصد الموت. وفي الركن النظامي يجمع مصلحة المريض والإذن والأهلية والتوثيق. ثم يختبر ذلك في أربع حالات ومواقف متكررة.

الكلمات المفتاحية: التغذية الصناعية؛ الإرواء المساعد طبيًا؛ نهاية الحياة؛ الخرف المتقدم؛ التغذية من أجل الراحة؛ التجربة العلاجية المحددة المدة؛ التناسب العلاجي؛ الامتناع الإرادي عن الطعام والشراب؛ القتل صبرًا؛ حكم التداوي؛ التنظيم الصحي السعودي.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

لم تكن التغذية والإرواء الصناعيان، في صورتهما الحاضرة، معروفين قبل العقود الأخيرة. ثم أتاح تطور الأنابيب المعدية وفغر المعدة بالمنظار والقساطر الوريدية المركزية إيصال الغذاء والسوائل إلى مرضى كانوا يموتون لعجزهم عن الأكل والشرب. ولكن هذه القدرة أنشأت سؤالًا جديدًا: هل كل ما يمكن تقديمه يجب تقديمه؟ وهل الوسيلة التي تنقل «الطعام والماء» تأخذ حكمهما الرمزي، أم حكم التدخل الطبي الذي يحتاج إلى استطباب وهدف وموازنة؟ وقد استقر في الأدبيات المهنية أن التغذية والإرواء المقدمين بأنابيب أو قساطر تدخلان طبيان، يحتاجان إلى غاية علاجية وموافقة، وأن الامتناع عنهما أو إيقافهما لا يجوز أن يمس الرعاية التلطيفية والعناية الأساسية [1].

ويزيد السياق السعودي المسألة حساسية لثلاثة أسباب. الأول: حضور الأسرة القوي في الرعاية، وارتباط الإطعام عندها بالبر والوفاء، حتى يُفهم الامتناع عن الأنبوب تقصيرًا في حق الوالد. والثاني: أن الرجوع إلى الحكم الشرعي حاضر عند المريض والأسرة والفريق، فالجميع يسأل: هل

CC BY-NC-ND 4.0

هـذا تجويـع محـرم؟ والثـالث: أن التنظيم الصـحي لا يفـرد للتغذيـة والإرواء نصًـا مسـتقلًا، فيتـوزع حكمهما على أصول عامة في مصلحة المريض والإذن والأهلية.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الدراسات الطبية. لا تدعم الأدلة حكمًا واحدًا لجميع المرضى. ففي الخـرف المتقـدم لم تـوصِ الجمعية الأمريكية لطب الشيخوخة بالتغذية الأنبوبية، وقـررت أن الإطعـام اليـدوي الحـاني يعادلهـا في الوفـاة والشـفط الرئـوي والحالـة الوظيفيـة والراحـة، وأن الأنـابيب ترتبـط بالانزعـاج والقيـود والمضاعفات [2]. وشملت مراجعة كوكرين (2021) أربع عشرة دراسة غير عشوائية، بلغ مجموع المشاركين فيها 49,714، فلم تجد فرقًا في البقاء بفغر المعدة، ووجدت في دراسة واحدة كبـيرة زيادة في قرح الضغط مع فغر المعدة بيقين متوسط. ولم تقس أي دراسة مشمولة جودة الحيـاة، وخطـر التحـيز فيهـا جميعًـا مرتفـع [3]. وأوصـى تحـديث الجمعيـة الأوروبيـة للتغذيـة السـريرية والاسـتقلاب (ESPEN) لعـام 2024 بالـدعم الفـردي للأكـل والشـرب، وجعـل التغذيـة المعويـة أو الوريدية خيارًا مؤقتًا في حالات مختارة من الخرف الخفيف أو المتوسط عند أزمـة قابلـة للعكس، وأوصى بألا تُبدأ في الخرف الشديد [4].

وتختلف السكتة الدماغية عن الخرف؛ لأن اضطراب البلع فيها حاد قد يتحسن. وقد درسـت تجربـة FOOD توقيت التغذية المعوية وطريقها بعد السـكتة، فلم تـدعم البـدء المبكـر بفغـر المعـدة بـدل الأنبـوب الأنفي المعـدي [5]. وتوصـي الإرشـادات الأوروبيـة بتقـييم البلـع مبكـرًا، وبربـط الوسـيلة بالمسار الوظيفي المتوقع [6]. وأما السرطان فتقـرر فيـه إرشـادات ESPEN أن انتشـار الـورم لا يلغي جدوى الدعم الغذائي تلقائيًا، وأن التغذية الوريدية قد تكون حافظة للحياة في فشـل الأمعـاء أو الانسداد لدى مرضى مختارين [7، 8]. وفي الإرواء لم تظهر تجربة Bruera وزملائه العشوائية المزدوجة التعمية فائدة روتينية للإرواء الوريدي في الأعراض أو جودة الحياة أو البقاء لدى مرضـى السرطان المتقدم [9]. وتوصـي إرشـادات NICE بتقـييم الإرواء يوميًـا لـدى المحتضـر، ومناقشـة منافعه ومخاطره [10].

الدراسات الأخلاقية. يعد دليل ESPEN للأبعاد الأخلاقية، الـذي أعـده Druml وزملاؤه، من أهم مراجع الباب. فقد قرر أن التغذية والإرواء الصناعيين تدخلان طبيان يحتاجان إلى استطباب وهدف وموافقة، وتناول عدم البدء والإيقاف والرفض والتغذية القسرية، مع مراعاة القيم الدينية والثقافية للمريض [1]. ونبّهت أدبيات «التغذية من أجل الراحة» إلى أن تسمية الخطـة بمـا تقدمـه أدق من تسـميتها بمـا تمنعـه [11]. ونـاقش Quill وزملاؤه الامتنـاع الإرادي عن الطعـام والشـراب لـدى المرضى القادرين في المرض المتقدم، سريريًا وأخلاقيًا وقانونيًا [12]. وتذكّر قضـية تـيري شـيافو بثمن غياب التوثيق المسبق لرغبـات المـريض، وبـالنزاع على صـاحب القـرار بالنيابـة [13]. ولكن هذه الأدبيات تنطلق غالبًا من أطـر غربيـة، فيلـزم أن تُعـاد قـراءة بعض نتائجهـا في ضـوء التصـور الشرعي والتنظيم المحلي.

الدراسـات الفقهيـة. تنـاولت الكتابـات المعاصـرة المسـألة من أبـواب حفـظ النفس، وحكم التداوي، وإطعام المضطر، والقصد والسببية. وخلص Alsolamy إلى أن التعجيل بـالموت بسـحب الطعام والشراب محرم، وأن الأصل تقديم التغذية والإرواء للمحتضر ما لم يقصّرا حياتـه، أو يغلب ضررهما نفعهمـا، أو يخالفـا توجيهًـا مسـبقًا موافقًـا للشـريعة [14]. وعـرض تقريـر مـؤتمر القمـة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (WISH) اتجاهًـا يقيس إيقـاف التغذيـة على منـع الطعـام عن المحبوس، ثم نقده بـأن الصـور الفقهيـة القديمـة إنمـا هي في محبـوس صـحيح يسـتطيع الانتفـاع

CC BY-NC-ND 4.0

بالطعـام، وخلص إلى أن النقـاش الفقهي في هـذه المسـألة مـا زال محتاجًـا إلى تحريـر متعـدد التخصصات [15].

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصـل الـدليل الطـبي والتحليـل الأخلاقي والتأصـيل الفقهي والتنظيم السعودي في إطار واحد، ويحرر السؤال الذي تدور عليه المسـألة كلهـا: علاج أم رعايـة أساسـية؟ ثم يفرق بين عشر صور تتشابه في الظاهر وتختلف في الحكم، ويختبر ذلك في حالات سريرية.

المشكلة والسؤال المركزي

والمشكلة أن الممارسة تتأرجح بين طرفين، يعرفهما من عمل في الأجنحة: طرف يركّب الأنـابيب ويعطي السوائل لكل مريض خوفًـا من تهمـة التجويـع، وطـرف يوقفهـا تلقائيًـا عنـد كـل تشـخيص متقدم. والسؤال المركزي: كيف يُبنى قرار منضبط لبدء التغذية والإرواء الصناعيين أو استمرارهما أو تعديلهما أو إيقافهما، يحفظ النفس والكرامـة، ويمنـع الضـرر والتعجيـل بـالموت، ويحـترم إرادة المريض، ولا يقطع الرعاية؟

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يقدر القارئ على: أن يميز الطعام الطبيعي من الوسيلة الصـناعية، وجفـاف الفم من الجفاف الجهازي؛ وأن يصنف المنفعـة المتوقعـة بحسـب المـرض والمرحلـة؛ وأن يكيّـف المسألة فقهيًا مع معرفة حدود الاستدلال بالقرارات والفتاوى؛ وأن يـدير طلب الأسـرة للاسـتمرار أو الإيقاف؛ وأن يتعامل مع رفض المريض القادر.

ويتناول الفصل المرضى المصابين بأمراض خطـرة أو متقدمـة أو محـددة للحيـاة، ولا يقتصـر على الساعات الأخيرة. ويحيل إلى مواضعها: القدرة على القرار ومسـار الخـرف (الفصـل 27)، والإذن الطبي والقرار 67 (5/7) (الفصل 5)، والتوجيهات المسبقة والقرار بالنيابـة (الفصـل 40)، وعـدم الإنعـاش (الفصـل 41)، وجـدوى العلاج (الفصـل 42)، والتهدئـة التلطيفيـة (الفصـل 43)، ومـوت الدماغ (الفصل 45)، والقتل الـرحيم (الفصـل 46). ولا يعـرض بروتوكـولات التغذيـة الكميـة؛ فهي شأن مراجع التخصص.

أولًا: الركن الطبي

1-1 مفاهيم لا تُستعمل مترادفة

لا يصح حكم قبل تحديد أربعة أمور: ماذا يُعطى؟ وبأي وسيلة؟ ولأي هدف؟ وهل يسـتطيع الجسـم الانتفاع به؟

الطعام والشراب الطبيعيان. تناول المـريض الطعـام والسـوائل بـالفم، بقدرتـه أو بمسـاعدة غيره. ويدخل فيه تعديل القوام، والمساعدة على الجلوس، والكميات الصغيرة المتكررة، والتوقف عند الاختناق أو الإنهاك. والأصل استمرار عرضهما على القادر الراغب، دون إجبـاره، ودون إدخـال الطعام في فم من اشتد اضطراب بلعه أو انخفض وعيه [1].

التغذية المعوية. تقديم المستحضرات الغذائية إلى المعـدة أو الأمعـاء بـأنبوب، مـع بقـاء الجهـاز الهضمي قادرًا على الهضم والامتصاص. فالأنبوب الأنفي المعدي مؤقت غالبًا، ومن أعبائه الانزعاج ونزعه المتكرر لدى المصاب بالهذيان أو الخرف والحاجة أحيانًا إلى قيـود. وفغـر المعـدة بالمنظـار

CC BY-NC-ND 4.0

يوضع عند توقع احتياج أطول، وله مخاطر الإجراء والنزف والعدوى والتسرب والانسـداد [16]. ولا يمنع أي منهما الالتهاب الرئوي الشفطي؛ فالمريض قد يشفط لعابه أو محتويات معدتـه مـع وجـود الأنبوب [2، 3].

التغذية الوريدية. تقديم المغـذيات إلى الـدم متجـاوزة الجهـاز الهضـمي، عنـد فشـل الأمعـاء أو الانسداد أو الناسور عالي المخرجات أو متلازمة الأمعاء القصيرة. وقد تحفظ حياة مـريض مسـتقر مدة طويلة، لكن أعباءها معتبرة: القسطرة المركزية، وعدوى مجـرى الـدم، واضـطراب السـوائل والسكر، ومضاعفات الكبد [8].

الإرواء المساعد طبيًا. إعطاء السوائل وريديًا أو تحت الجلد أو عبر الأنبوب عند عجـز المـريض عن الشرب. وقد يكون ضروريًا في جفاف قابل للعكس، وقد يكون تجربة لتقييم أثره في الهـذيان أو العطش. لكنه قد يزيد الوذمة والاحتقان الرئوي والإفرازات لدى بعض المرضى [10].

العطش وجفـاف الفم والجفـاف الجهـازي. العطش إحسـاس ذاتي يتـأثر بجفـاف الفم والأدوية والتنفس من الفم. وجفـاف الفم قـد ينتج عن الأكسـجين والأدويـة والفطريـات، ويتحسـن بالعناية بالفم والرشفات الآمنة، ولا يستجيب بالضرورة للسـوائل الوريديـة. أمـا الجفـاف الجهـازي فنقص في سوائل الجسم، ويحتاج إلى تقييم سريري. ومن هنا القاعدة العملية: جفاف الفم علاجه عناية موضعية أولًا، والجفاف الجهازي علاجه سوائل موجهة بهدف [10].

تغذية الهدف العلاجي والتغذية من أجل الراحة. قد يكون الهدف تحقيق كمية تكفي لـدعم الجسم أو تحسين الوظيفة. وقد يكون الراحـة واللـذة والصـلة: الطعـام المحبب بكميـات صـغيرة، والتوقـف عنـد التعب أو السـعال أو الـرفض، وقبـول أن تكـون الكميـة أقـل من الاحتيـاج. واقـترح Palecek وزملاؤه تسمية هذه الخطـة «التغذيـة من أجـل الراحـة فقـط» بـدل «لا أنبـوب»، لأنهـا تصف ما يُقدَّم لا ما يُمنع [11].

1-2 الأسباب القابلة للعكس أولًا

قـد ينخفض الأكـل بسـبب الألم أو الغثيـان أو الإمسـاك أو تقرحـات الفم أو مشـكلات الأسـنان أو الاكتئـاب أو الهـذيان أو آثـار الأدويـة أو انسـداد الجهـاز الهضـمي. فيجب قبـل الأنبـوب أو التغذيـة الوريدية علاج هذه الأسباب، وتقييم الفم والبلع، ومراجعة الأدويـة. ولا يعـني نقص الـوزن دائمًـا أن زيادة السعرات تعيد القوة؛ فقد يكون جزءًا من هزال سرطاني لا يستجيب للتغذية وحدها [7].

1-3 الخرف المتقدم

قد يفقد مـريض الخـرف القـدرة على تعـرف الطعـام أو فتح الفم أو تنسـيق البلـع، ويطـول وقت الوجبة ويزداد السعال. وهذا في الغالب جزء من تطور المرض العصبي نفسه، لا مشكلة ميكانيكية يتجاوزها الأنبوب. والخرف المتقدم مرض مميت بمسار متوقع، وتفصيل مساره وأثـر فهم الأسـرة له في القرار في الفصل 27 (المبحث أولًا).

ولم تثبت المراجعات أن التغذية الأنبوبية تحسن البقاء في الخرف الشديد، ولم تقس جودة الحيـاة أصلًا، ولا تمنع الشفط، ومعها دليل على زيادة قرح الضغط [3]. ويضاف إليها أعباء: نـزع الأنبـوب، والقيود أو المهدئات، والنقل المتكرر إلى المستشـفى [2]. والـدليل رصـدي في معظمـه منخفض اليقين؛ فلا يورث جزمًا بعدم الفائدة لكل مريض، لكنه ينفي أساس البدء الروتيني.

CC BY-NC-ND 4.0

ولذلك يُفرّق بين خرف خفيف أو متوسط مع أزمة حادة قابلة للعلاج، قد تفيد فيه تغذية أنبوبية مؤقتة، وبين خرف شديد نهائي مع فقد البلع والتفاعل [4]. والضابط: لا يُركّب الأنبوب لمجرد انخفاض الأكل أو الوزن، ويقدَّم الإطعام اليدوي الحاني والعناية بالفم وعلاج الأسباب القابلة للعكس، ويُنظر في تجربة مؤقتة إذا وُجد هدف سريري واقعي [2، 4].

1-4 السكتة الدماغية

اضطراب البلع بعد السكتة الحديثة قد يتحسن خلال أيام أو أسابيع. فيكون الأنبوب الأنفي المعدي غالبًا الخيار المؤقت، مع تقييم متخصص للبلع وتأهيل وإعادة تقييم، ولا يُتعجل في فغر المعدة ما دام التحسن محتملًا [5، 6]. فإن استمر الاضطراب رُبط القرار بالتوقع الوظيفي العام لا بنجاح الإجراء تقنيًا.

1-5 السرطان المتقدم وفشل الأمعاء

قد تنفع التغذية الصناعية مريضًا يخضع لعلاج يحتمل الشفاء أو السيطرة الطويلة، أو من يعاني انسدادًا أو فشلًا معويًا وأداؤه الوظيفي مقبول. ولا يكون انتشار السرطان وحده سببًا لمنعها [7، 8]. أما في الأسابيع أو الأيام الأخيرة، مع فشل الأعضاء، فتضعف المنفعة وقد تزيد الوذمة والإفرازات وضيق النفس [7، 9].

1-6 قصور القلب والكلى والكبد، والعناية المركزة

قد يعاني المريض قلة الأكل وجفاف الفم وهو معرض لاحتباس السوائل؛ فيؤدي الإرواء الزائد إلى الوذمة والاستسقاء واحتقان الرئتين. فلا تُعطى السوائل اعتمادًا على جفاف الفم وحده، بل بحسب الضغط والبول ووظائف الكلى والوذمة. وفي العناية المركزة تكون التغذية جزءًا من الرعاية المعتادة ما دامت النجاة متوقعة، ثم تُراجع أهدافها إذا انتقلت الحالة إلى فشل متعدد غير مستجيب أو احتضار واضح.

1-7 الأطفال والأمراض العصبية العضلية

قد تحقق التغذية الأنبوبية للطفل المصاب بمرض عصبي أو خلقي محدد للحياة منافع مهمة: النمو، وتقليل إجهاد الوجبات، وإعطاء الأدوية، والحد من الجفاف والشفط [17]. ولا يجوز نقل أحكام البالغ المحتضر إلى طفل قد يعيش سنوات، ولا عدّ الإعاقة سببًا لنفي المنفعة.

وفي التصلب الجانبي الضموري ونحوه قد يبقى المريض واعيًا قادرًا على التواصل مع فقد البلع. ويُناقش فغر المعدة مبكرًا قبل الهزال الشديد وتدهور التنفس [18]. وإرادة المريض القادر أصل هنا: فقد يختار الأنبوب ليطيل صلته بأسرته، وقد يرفضه لأنه يرى عبئه غير متناسب مع أهدافه.

1-8 الإرواء في الأيام الأخيرة

ينخفض الأكل والشرب في الاحتضار لانخفاض الوعي وضعف البلع وتغير الاستقلاب، وقد لا يشعر المريض بالجوع كما تتخيل الأسرة. والمنهج الصحيح ليس إعطاء السوائل لكل محتضر ولا منعها عن كل محتضر، بل التقييم اليومي، ومناقشة المنافع والمخاطر مع المريض والأسرة، ودعم الشرب عند الأمان، والعناية بالفم، والنظر في تجربة إرواء مساعد مع مراقبة أثرها، والتقليل أو الإيقاف عند ظهور الاحتقان [9، 10]. وتبقى العناية بالفم ركنًا من الرعاية: تنظيف الفم واللسان،

CC BY-NC-ND 4.0

وترطيب الشفاه، وعلاج الفطريات، والرشفات أو قطع الثلج عند الأمان، وتعليم الأسرة المشاركة فيها.

1-9 الامتناع الإرادي عن الطعام والشراب

الامتناع الإرادي صورة يقرر فيها مريض قادر، يستطيع الأكل والشرب جسديًا، أن يمتنع عنهما بقصد التعجيل بوفاته. وتصفه الأدبيات الغربية سبيلًا يلجأ إليه بعض المرضى في الأمراض المتقدمة، وتنبه إلى أنه يستغرق في الغالب أيامًا إلى أسابيع، ويحتاج إلى عناية بالفم وعلاج للأعراض، ويثير أسئلة أخلاقية وقانونية حول دور الفريق [12]. ويختلف هذا اختلافًا جوهريًا عن ثلاث صور تشتبه به: المحتضر الذي يفقد رغبته في الطعام بسبب مرضه، والمريض القادر الذي يرفض أنبوبًا شديد العبء مع استمراره في الأكل الفموي بقدر طاقته، والمريض المكتئب الذي يمتنع عن الأكل. فالأولى من طبيعة الاحتضار، والثانية رفض وسيلة طبية، والثالثة عرض يُعالج. وحكمها الفقهي والأخلاقي في موضعه من الفصل.

1-10 مأمونية التدخل

للتدخل الغذائي قواعد سلامة لا يكتمل القرار دونها. فالمريض الشديد الهزال أو المنخفض المدخول مدة طويلة معرض عند إعادة التغذية لمتلازمة إعادة التغذية: انخفاض الفوسفات والبوتاسيوم والمغنيسيوم واضطراب السوائل. فتوصي الإرشادات بالبدء التدريجي لدى المعرضين للخطر، ومراقبة الشوارد وتعويضها، وإعطاء الثيامين قبل التغذية وفي أيامها الأولى [19]. ومن قواعد السلامة كذلك التحقق من موضع الأنبوب قبل الاستعمال، ورفع الرأس لتقليل الارتجاع، والعناية بالقسطرة المركزية. فإن عجزت المنشأة أو الرعاية المنزلية عن هذه المراقبة، دخل ذلك في موازنة العبء والمنفعة.

1-11 تصنيف المنفعة

يمكن تصنيف التدخل في كل حالة إلى أربع درجات. **منفعة واضحة:** يعالج سببًا قابلًا للعكس أو يعوض وظيفة عضو بأعباء مقبولة. **منفعة محتملة:** فرصة واقعية مع عدم يقين، والأنسب تجربة محددة المدة. **منفعة محدودة:** أثر صغير أو قصير مع عبء معتبر، فتزداد أهمية قيم المريض وأهدافه. **ضرر راجح أو غياب هدف واقعي:** لا يحقق غايته، أو يزيد الاحتقان، أو يستلزم قيودًا ومهدئات، أو لا يستطيع الجسم الانتفاع به. وهذا التصنيف هو الجسر الذي تعبر عليه بقية الأركان.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: درجات المنفعة الأربع للتغذية والإرواء الصناعيين، من المنفعة الواضحة إلى الضرر الراجح.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 علاج أم رعاية أساسية؟

يقوم التحليل الأخلاقي كله على تمييز أول، من أخطأه اضطرب عليه ما بعده. فهناك رعاية إنسانية أساسية لا يجوز التخلي عنها: عرض الطعام والشراب الطبيعيين عند القدرة والرغبة، والمساعدة على الأكل، والعناية بالفم والشفاه، وتخفيف العطش والانزعاج، والنظافة والتمريض، وعلاج الألم وضيق النفس، والحضور الإنساني والدعم الروحي. وهناك وسيلة صناعية تُقيَّم بحسب استطبابها وهدفها ومنفعتها وأعبائها وإرادة المريض [1].

وحجة من يجعل الأنبوب رعاية أساسية أن الغذاء والماء حاجة لكل إنسان، مريضًا كان أو صحيحًا، وأن وقفهما يؤدي إلى الموت يقينًا، وأن لرمزيتهما عند الأسرة والمجتمع قيمة لا تُهمل. وحجة من يجعله علاجًا أن إيصالهما بأنبوب أو قسطرة يحتاج إلى قرار طبي واختيار وسيلة ومراقبة مضاعفات، وأن الجسم في بعض المراحل لا ينتفع بهما بل يتضرر. والترجيح في هذا الفصل أن **المادة** غذاء وماء، وأن **الوسيلة** تدخل طبي؛ فيبقى الطعام الطبيعي والعناية بالفم رعاية أساسية لا تُرفع، وتخضع الوسيلة للاستطباب والتناسب [1، 20]. ولا تحسبنّ أن وصفها بالعلاج يجعلها قليلة القيمة، أو يجيز منعها اعتباطًا؛ وإنما معناه أنها لا تُفرض دون نظر، ولا تستمر آليًا بعد أن تزول فائدتها.

ويترتب على هذا التمييز أمران: أن عدم تركيب أنبوب غير مرجح المنفعة لا يساوي منع الطعام عن قادر عليه، وأن إيقاف السوائل عند ثبوت الاحتقان لا يساوي تعطيش المريض؛ ما دامت العناية الطبيعية والتلطيفية مستمرة.

CC BY-NC-ND 4.0

2-2 الكرامة وجودة الحياة وعدم التمييز

كرامة الإنسان ثابتة، لا تنقص بالسن أو الإعاقة أو الخرف أو قرب الوفاة. وهي تقتضي ألا يُحرم المريض من تدخل نافع بسبب إعاقته، وألا يخضع لإجراء مؤلم أو قيود أو مهدئات متكررة دون منفعة راجحة. وتقتضي كذلك أن يُمكَّن من الطعام الذي يحبه متى كان آمنًا، وألا تتحول الوجبة إلى معركة بينه وبين من يطعمه. ويجوز النظر في جودة الحياة عند تقييم أثر التدخل، لا حكمًا على قيمة الحياة. فالفرق كبير بين قول مرفوض: «حياته بلا قيمة»، وقول مشروع: «هذا التدخل لا يحسن حاله أو يضيف عبئًا غير متناسب» [20].

2-3 الإحسان وعدم الإضرار والتناسب

لا تُقاس المصلحة بزيادة السعرات، بل بنتائج ذات معنى في حياة المريض: تجاوز اضطراب بلع مؤقت، أو دعم النمو، أو تمكين التأهيل، أو البقاء في المنزل، أو التواصل مع الأسرة. ولذلك يُحدَّد الهدف قبل البدء؛ فلا تكتب في الخطة «بدء التغذية» وتسكت، بل اكتب: «دعم أسبوعين حتى يتحسن البلع». فإن لم يتحقق الهدف لم يعد الاستمرار إحسانًا لمجرد ارتباطه بالطعام.

وأضرار الوسائل الصناعية تشمل الألم، والعدوى، والتسرب، والشفط، واحتباس السوائل، والقيود، والنقل المتكرر إلى المستشفى. وقد يقع الضرر أيضًا من عدم التدخل: كترك جفاف حاد قابل للعلاج، أو حرمان مريض من فرصة تأهيل. والتناسب هو المبدأ المركزي: أن يُقارن احتمال المنفعة ومقدارها ومدتها بالعبء الذي يتحمله المريض [1، 20]. ولا يكون التدخل متناسبًا في ذاته؛ فالأنبوب نفسه قد يكون ضروريًا لمريض سكتة حديثة، وغير متناسب لمريض خرف نهائي يحتاج إلى قيود مستمرة. فالتناسب حكم يتجدد، لا صفة ثابتة.

2-4 عدم البدء والإيقاف والتجربة المحددة المدة

قد يكون عدم تركيب الأنبوب أهون على النفس من إزالته بعد تركيبه، ولكن الحكم لا يتحدد بمجرد أن التدخل قد بدأ. فإذا بدأ تجربة ثم ظهر أنه لا يحقق الهدف أو يسبب ضررًا راجحًا، احتاج الاستمرار إلى مبرر كما احتاج إليه البدء [1]. فإن لم تتضح لك المنفعة يا أخي الطبيب، فالأحسن أن تبدأ التدخل تجربة محددة المدة، تتفق فيها مسبقًا على: الهدف، والمدة، ومؤشرات النجاح والضرر، والمسؤول عن المتابعة، وموعد المراجعة، وما سيحدث إن لم يتحقق الهدف. وهذه الطريقة تمنع أن يتحول المؤقت إلى دائم لا يراجع، وتجعل الأسرة تفهم القرار اختبارًا للمنفعة لا حكمًا مسبقًا. وتفصيل الجدوى وحدود التدخل عامة في الفصل 42.

2-5 إرادة المريض القادر ورفضه

المريض القادر صاحب الحق الأول في قبول التغذية والإرواء الصناعيين أو رفضهما، بعد أن يعرف التشخيص والهدف والمنافع والمخاطر والبدائل وإمكان الإيقاف [1، 21]. والقدرة تتعلق بقرار معين في وقت معين، فلا تزول بالسن أو بالخرف الخفيف، ولكنها تتأثر بالهذيان والعدوى والألم والأدوية؛ وتقويمها وتوثيقها مبسوطان في الفصل 27 (المبحث أولًا). فإن كان الرفض ناشئًا عن هذيان أو اكتئاب شديد أو ألم غير مسيطر عليه أو ضغط أسري، لم يُعتمد قرارًا مستقرًا حتى يُعالج السبب.

CC BY-NC-ND 4.0

واحترام رفض الوسيلة لا يعني الموافقة على التعجيل بالموت؛ فبين رفض تدخل طبي وطلب فعل يُقصد به إنهاء الحياة فرق جوهري. ويظهر هذا الفرق جليًا في الامتناع الإرادي عن الطعام والشراب: فالمريض هنا لا يرفض وسيلة طبية، بل يترك الطعام الطبيعي الذي يقدر عليه بقصد الموت. وتعده بعض الأدبيات الغربية امتدادًا لحق الرفض [12]. ويرى هذا الفصل أن الاستقلال لا يُلزم الفريق بمساندة قصد إنهاء الحياة. وإنما واجبه نحو هذا المريض أن يبحث عن سبب معاناته: الألم، والاكتئاب، والخوف من أن يكون عبئًا، والعزلة. ثم يعالج ذلك، ويستمر في عرض الطعام والرعاية دون إكراه. وحكمه الفقهي في الركن الفقهي.

وفي المقابل، لا يستطيع المريض أن يُلزم الطبيب بإجراء لا استطباب له. ولا يجوز أن تُستعمل عبارة «غير مفيد» ذريعة لتجاوز رغبته، دون تحليل وتوثيق ورأي تخصصي عند الحاجة [21].

2-6 الأسرة بين طلب الاستمرار وطلب الإيقاف

الأسرة عنصر مهم في الرعاية، لكنها لا تحل محل المريض القادر. وإنما دورها أن تسنده، وتنقل قيمه ورغباته السابقة، وتشارك في رعايته. وقواعد القرار بالنيابة عند فقد القدرة، من إعمال ما كان المريض سيختاره ثم مصلحته الفضلى، مبسوطة في الفصل 40.

ويأتي طلب الأسرة في صورتين متقابلتين. الأولى **طلب الاستمرار أو البدء**، كطلب فغر المعدة لأم في خرف نهائي، أو سوائل غزيرة لمحتضر. وأكثره ينشأ من الحب والخوف والشعور بالذنب، لا من الجهل. فمهمة الفريق أن يعيد توجيه معنى الرعاية من «إدخال أكبر كمية من الغذاء» إلى «تقديم ما ينفع ويحفظ الراحة والكرامة»، وأن يحوّل حرص الأسرة إلى الإطعام الحاني والعناية بالفم. ولا يُلزم الفريق بتدخل راجح الضرر لمجرد الطلب. **والثانية طلب الإيقاف**، كطلب ابن ألا يُركّب أنبوب لأبيه بعد سكتة حديثة لأنه «لن يقبل العيش بإعاقة». وهنا يُسأل: هل هذا تعبير موثق عن قيم المريض، أم تقدير شخصي من الطالب لجودة حياة غيره؟ فالممثل لا يملك وقف تدخل واضح المنفعة، ولا تجاهل رغبات المريض السابقة.

وعند الخلاف يُحدد موضعه أولًا: أهو في التشخيص، أم في المنفعة، أم في رغبة المريض، أم في الخوف من التجويع؟ ثم يقدم الفريق توصية معللة واضحة، لا أن يعرض الخيارات ثم ينسحب. ويطلب رأيًا ثانيًا أو استشارة أخلاقية عند الحاجة (انظر الفصل 13)، مع بيان أن عدم استعمال الوسيلة لا يعني ترك المريض [21].

2-7 شاهد مرجعي: قضية تيري شيافو

استمر في قضية الأمريكية تيري شيافو نزاع قضائي سنوات بين زوجها ووالديها حول إيقاف أنبوب التغذية، وهي في حالة إنباتية مستديمة، حتى توفيت عام 2005 بعد إيقافه بحكم قضائي [13]. وتبرز هذه القضية، بصرف النظر عن تقويم مآلها، أهمية توثيق رغبات المريض مسبقًا، وتحديد صاحب القرار بالنيابة، والتمييز بين الحالة الإنباتية وموت الدماغ، وألا يُترك النزاع الأسري دون مسار واضح. وتشخيص اضطرابات الوعي وحكم الحياة فيها في الفصل 27، وموت الدماغ في الفصل 45.

CC BY-NC-ND 4.0

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 تحرير الصور قبل الحكم

لا يرد في كتب الفقه المتقدمة مصطلح التغذية والإرواء الصناعيين؛ فالأنابيب والقساطر لم تكن معروفة. وتُؤصَّل أحكامهما من حفظ النفس، ووجوب إطعام المضطر وسقي العطشان، وحكم التداوي، وإزالة الضرر، والقصد والسببية، والرجوع إلى أهل الخبرة. ولا يصح تنزيل هذه الأصول قبل تحرير الصورة؛ إذ ليست الصور الآتية سواء:

1. منع الطعام والماء عن قادر على الانتفاع بهما.
2. عجز المريض عن الأكل بسبب مرضه.
3. رفض المريض القادر وسيلة صناعية.
4. امتناع المريض القادر عن الطعام الطبيعي بقصد الموت.
5. عدم بدء تدخل ضعيف المنفعة.
6. إيقاف تدخل ظهر ضرره أو زالت فائدته.
7. تقليل السوائل بسبب الاحتقان.
8. عدم تركيب أنبوب مع استمرار الإطعام اليدوي.
9. إيقاف تغذية ضرورية عن قادر على الانتفاع بها.
10. تراجع قدرة الجسم على الانتفاع في الاحتضار.

فالاشتراك في النتيجة الظاهرة، وهي نقص الغذاء أو السوائل، لا يقتضي اتحاد الحكم؛ لأن الحكم يتأثر بحال المريض وطبيعة الوسيلة والقدرة على الانتفاع والقصد والسببية.

3-2 حفظ النفس ونصوص الإطعام والسقي

حفظ النفس من المقاصد الكلية، ومن أدلته قوله تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ [النساء: 29]، وقوله سبحانه: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾ [المائدة: 32]. ووردت نصوص في فضل الإطعام والسقي، منها قوله تعالى: ﴿أَوْ إِطْعَامٌ فِي يَوْمٍ ذِي مَسْغَبَةٍ﴾ [البلد: 14]. وفي حديث الرجل الذي سقى الكلب: «فَشَكَرَ اللَّهُ لَهُ فَغَفَرَ لَهُ»، قالوا: يا رسول الله، وإن لنا في البهائم أجرًا؟ قال: «فِي كُلِّ كَبِدٍ رَطْبَةٍ أَجْرٌ» [22، 23]. وجاء الوعيد في امرأة «دَخَلَتِ النَّارَ فِي هِرَّةٍ رَبَطَتْهَا، فَلَمْ تُطْعِمْهَا، وَلَمْ تَدَعْهَا تَأْكُلُ مِنْ خَشَاشِ الأَرْضِ» [22، 23]. فإذا كان هذا في بهيمة، فكيف بإنسان معصوم جائع قادر على الانتفاع بالطعام؟

وتدل هذه النصوص على عظم حرمة منع الطعام والماء عمن يحتاج إليهما ويستطيع الانتفاع بهما، وعلى وجوب رعاية العاجز. لكنها لا تدل بذاتها على وجوب كل وسيلة صناعية في كل مرحلة؛ فإدخال الغذاء بأنبوب أو قسطرة يشتمل على عنصر طبي مستقل. ولهذا يبقى واجبًا أو متأكدًا بحسب الحال: عرض الطعام الطبيعي على القادر، والرشفات عند الأمان، والمساعدة على الأكل، والعناية بالفم، وعلاج الأسباب القابلة للعكس. أما تركيب الأنبوب وبدء التغذية الوريدية والسوائل الوريدية فوسائل طبية لا يتحدد حكمها بتسمية المادة «غذاء» أو «ماء».

CC BY-NC-ND 4.0

3-3 حكم التداوي والقرار 67 (5/7)

جعل قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي الأصل في التداوي المشروعية، وجعل حكمه يختلف باختلاف الأحوال: واجبًا إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو عضو أو العجز أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره، ومندوبًا إذا أدى تركه إلى ضعف البدن، ومباحًا فيما عدا ذلك، ومكروهًا إذا خيفت منه مضاعفات أشد [24]. ونصه وتحليله في الفصل 5 (المبحث ثالثًا).

وأوجب القرار في الحالات الميؤوس منها الدأب في رعاية المريض وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء، وجعل تقدير اليأس لتقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاحة [24]؛ ونص هذه الفقرة مقتبس في الفصل 43. وهذا نص بالغ الدلالة في بابنا: فالرعاية وتخفيف المعاناة مطلوب قائم لا يسقط بضعف رجاء الشفاء، وإن سقط وجوب وسيلة بعينها.

وتطبيقًا على التغذية والإرواء: يتأكد التدخل أو يجب إذا غلب على الظن أنه يدفع موتًا أو ضررًا جسيمًا، وكان السبب قابلًا للعلاج أو التجاوز، والوسيلة قليلة الضرر، والجسم قادرًا على الانتفاع، ولا بديل أقل عبئًا، ولم يرفضه مريض قادر. ومن أمثلته تصحيح جفاف حاد، وتغذية مؤقتة بعد سكتة حديثة، وتغذية وريدية في فشل أمعاء مع استقرار سائر الوظائف، ودعم طفل يحتاج التغذية للنمو. ويجوز عدم البدء أو إعادة النظر إذا لم يغلب على الظن تحقق منفعة معتبرة، أو غلب الضرر، أو عجز الجسم عن الانتفاع، أو فشلت التجربة، أو رفضه المريض القادر. ولا يجوز جعل القول بعدم وجوب التداوي ذريعة إلى ترك طفل دون تغذية لازمة، أو حرمان فاقد القدرة من تدخل واضح المنفعة.

3-4 أقوال المعاصرين وقرارات المجامع والفتاوى: علاج أم رعاية أساسية؟

لم يصدر، فيما أمكن الوقوف عليه، قرار مجمعي مستقل في التغذية والإرواء الصناعيين. وإنما تُستفاد أحكامهما من قرارات وفتاوى في التداوي وإيقاف العلاج والإنعاش، ومن أقوال الباحثين المعاصرين. ويظهر فيها اتجاهان.

الاتجاه الأول: التغذية رعاية أساسية لا تُوقف. ويغلّب الصفة الأساسية للطعام والماء، فيتشدد في وقف الوسائل التي تقدمهما خشية أن يؤول إلى التجويع. ونقل تقرير WISH عن محمد علي البار أن إيقاف التغذية يفضي إلى موت طويل مؤلم، وقاسه على ما قرره الفقهاء في منع الطعام والشراب عن المحبوس حتى يموت، مستندًا إلى فتاوى صدرت في المملكة [15]. ومن هذا الاتجاه ما خلص إليه Alsolamy من أن التعجيل بالموت بسحب الطعام والشراب محرم، وأن الأصل وجوب تقديم التغذية والإرواء للمحتضر، مع استثناء ما يقصّر الحياة أو يغلب ضرره نفعه أو يخالف توجيهًا مسبقًا موافقًا للشريعة [14].

الاتجاه الثاني: الوسيلة علاج يدور مع المنفعة. ويفرق بين الطعام الطبيعي والوسيلة الطبية، فيربط حكم الأنبوب أو التغذية الوريدية أو السوائل باستطبابها ومنفعتها وقدرة الجسم على الانتفاع. ونقد تقرير WISH قياس الإيقاف على حبس الطعام، بأن الصور الفقهية القديمة في محبوس صحيح يعيش لو وصل إليه الطعام، بخلاف المريض في مراحله الأخيرة [15]. واستأنس بحديث «لَا تُكْرِهُوا مَرْضَاكُمْ عَلَى الطَّعَامِ وَالشَّرَابِ، فَإِنَّ اللَّهَ يُطْعِمُهُمْ وَيَسْقِيهِمْ» [25]. وقد قال الترمذي فيه: حسن غريب، واختلف المحدثون في ثبوته [25]. فيُستأنس به ولا يُبنى عليه الحكم وحده.

CC BY-NC-ND 4.0

قرارات المجامع والفتاوى. أهمها في بابنا أربعة، ولكل منها حد في الاستدلال:

- **القرار 67 (5/7)**: يوجب الدأب في رعاية الميؤوس منه وتخفيف آلامه، ويجعل حكم التداوي دائرًا مع الحال [24]. فهو يسند التمييز بين وسيلة قد يسقط وجوبها ورعاية لا تسقط.
- **البيان الختامي للمجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته الثانية والعشرين (مكة المكرمة، مايو 2015م)**: لم يُوقف على نصه الرسمي ولا رقم قراره. وبحسب ما نقله منه تقرير مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (WISH)، منع المجمع إيقاف العلاج إلا إذا قرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات أنه يلحق الأذى بالمريض ولا أثر له في تحسن حالته، وأكد أهمية الاستمرار في رعاية المريض بتغذيته وإزالة الآلام، وحرّم التعجيل بموته [15]. فالمنقول يجعل التغذية من الرعاية المستمرة، ويجعل إيقاف العلاج مشروطًا بتقرير ثلاثة من المختصين الثقات؛ فهو أقرب إلى الاتجاه الأول.
- **فتوى الشيخ عبد العزيز بن باز في إيقاف العلاج عمن لا يُرجى شفاؤه**: أجاز ترك العلاج إذا قرر الأطباء أنه لا ينفع، لأن المقصود من الدواء الفائدة، مع الاستمرار فيما ينفع المريض ويريحه كالشراب [27]؛ ونصها مقتبس في الفصل 42. وفي فتوى أخرى له في جهاز التنفس للخديج، منشورة في موقعه بالرقمين 30063 و3198، قرر أن «الحكم يدور مع المصلحة الغالبة، فإن غلب على الظنِّ أن العلاج ينفع فلا بأس، وإن غلب على الظن أنَّه لا ينفع فلا بأس بتركه» [28]. فالفتويان تجمعان الأصلين: الوسيلة تدور مع المنفعة، والشراب وما يريح المريض لا يُترك.
- **قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش**: موضوعه تحقق الوفاة بتعطل الدماغ وجواز رفع الأجهزة بعد ذلك [29]، وتفصيله في الفصل 45. فلا يُتخذ دليلًا على وقف التغذية عن مريض حي متقدم المرض. ومثله فتوى اللجنة الدائمة (12086) في عدم الإنعاش، ونطاقها الإنعاش القلبي الرئوي (انظر الفصل 41)؛ فلا يوسَّع حكمها تلقائيًا إلى التغذية والإرواء.

التكييف المختار. يجتمع في التغذية والإرواء الصناعيين عنصران: المادة الغذائية أو السائل، والوسيلة الطبية بما تستلزمه من أنبوب أو قسطرة ومراقبة ومضاعفات. فالأقرب أنهما **تدخلان علاجيان بوسائل غذائية أو مائية**. ويجمع هذا التكييف بين الاتجاهين: يأخذ من الأول أن الطعام والشراب والعناية الأساسية لا تُرفع، وأن قصد الإهلاك محرم، وأن الأصل تقديم ما ينفع؛ ويأخذ من الثاني أن الوسيلة تخضع للاستطباب والتناسب، وأنها قد تُترك أو تُعدَّل عند زوال المنفعة أو غلبة الضرر. ويسنده القرار 67 (5/7) وفتاوى ابن باز [24، 27، 28]؛ أما ما نُقل عن المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته الثانية والعشرين فيجعل التغذية التي ينتفع بها المريض من الرعاية المستمرة، ويشترط لإيقاف العلاج تقرير ثلاثة من المختصين الثقات [26]. ويُجمع بينهما بأن الإيقاف لا يكون إلا عند زوال المنفعة أو غلبة الضرر، بتقرير مختصين موثق.

3-5 القواعد الفقهية المنطبقة

القواعد الكلية وأدلتها مبسوطة في الفصل 2 (المبحث خامسًا)، وإنما يذكر هنا وجه عملها في المسألة.

CC BY-NC-ND 4.0

الضرر يزال على جانبي القرار: فإن أدى عدم التدخل إلى جفاف خطير قابل للعلاج اقتضت القاعدة التدخل، وإن أدى التدخل إلى احتقان وعدوى وقيود دون منفعة اقتضت تعديله أو إيقافه. ولا يزال الضرر بضرر مثله؛ فلا تُعالج محاولة المريض نزع أنبوب قليل المنفعة بزيادة المهدئات والقيود دون موازنة.

المشقة تجلب التيسير: تظهر في التغذية من أجل الراحة، واختيار الوسيلة الأقل إيلامًا، وتخفيف الإجراءات عند الاحتضار. ولا يتخذ التيسير ذريعة لإسقاط ما يحتاج إليه المريض.

الأمور بمقاصدها: قد يكون مقصود عدم التركيب تجنب ضرر راجح أو احترام رفض معتبر، وقد يكون مقصودًا محرمًا كالتعجيل بالموت أو التخلص من عبء المريض. والقصد الحسن وحده لا يصحح قرارًا مهملًا؛ فيجب أن يظهر في صحة التصوير الطبي واستمرار الرعاية والتوثيق.

الضرورات تقدر بقدرها: يُستعمل من التدخل القدر المحقق للغاية بأقل عبء: أنبوب مؤقت بدل إجراء دائم عند توقع التحسن، وكمية محسوبة من السوائل بدل الإرواء المفتوح.

غلبة الظن معتبرة، والرجوع إلى أهل الخبرة: قرارات الأمراض المتقدمة لا تُبنى على يقين قطعي. فإذا غلب على ظن المختصين أن التدخل ينفع لم يُترك لاحتمال ضرر يسير، وإذا غلب على ظنهم أنه لا يحقق هدفًا واقعيًا جاز عدم البدء أو إعادة النظر. والطبيب يصوّر الواقعة، ثم يُنزَّل الحكم الشرعي على هذا التصوير.

3-6 هل إيقاف التغذية الصناعية تجويع أو قتل صبرًا؟

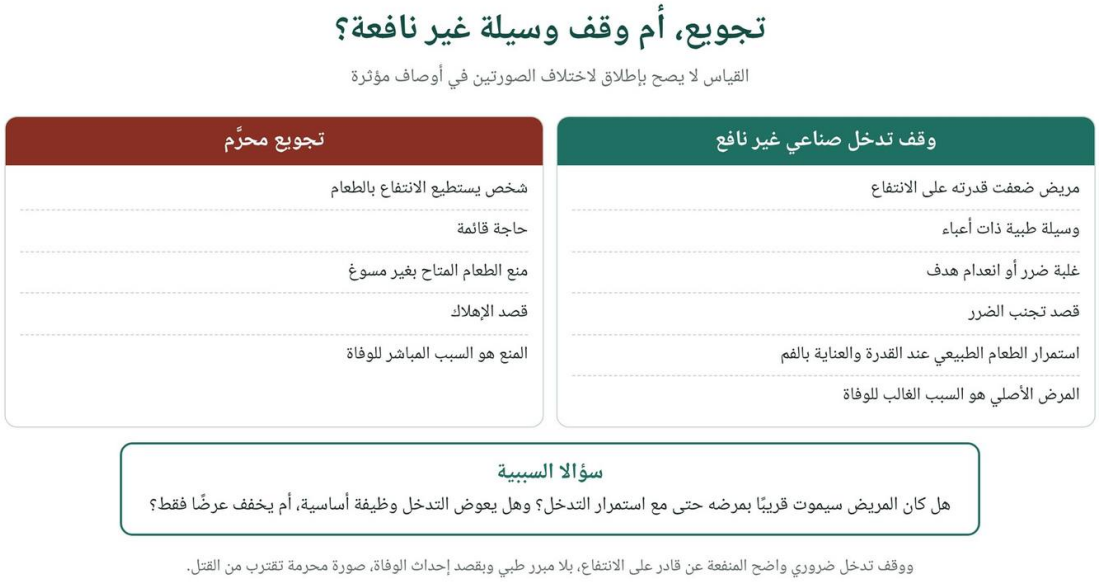
من أشيع الاعتراضات تشبيه وقف التغذية الصناعية بحبس الإنسان ومنع الطعام عنه حتى يموت. وهذا القياس لا يصح بإطلاق لاختلاف الصورتين في أوصاف مؤثرة [15].

فصورة التجويع المحرم تقوم على: شخص يستطيع الانتفاع بالطعام، وحاجة قائمة، ومنع الطعام المتاح بغير مسوغ، وقصد الإهلاك، وكون المنع السبب المباشر للوفاة. أما صورة وقف تدخل صناعي غير نافع فتقوم على: مريض ضعفت قدرته على الانتفاع، ووسيلة طبية ذات أعباء، وغلبة ضرر أو انعدام هدف، وقصد تجنب الضرر، مع استمرار الطعام الطبيعي عند القدرة والعناية بالفم، وكون المرض الأصلي هو السبب الغالب للوفاة.

فإذا تعمد شخص وقف تدخل ضروري واضح المنفعة عن مريض يعتمد عليه وقادر على الانتفاع، بلا مبرر طبي وبقصد إحداث الوفاة، فهي صورة محرمة تقترب من القتل وقد تترتب عليها المسؤولية بحسب تكييف الجهة المختصة. وإذا فقد التدخل منفعته، أو صار راجح الضرر، أو رفضه المريض القادر، أو كان المريض في احتضار والمرض هو السبب الغالب، وكان القصد تجنب الضرر واستمرت الرعاية، فالأقرب تكييفه ترك علاج غير لازم لا مباشرة للقتل.

ويضبط ذلك سؤالان في السببية: هل كان المريض سيموت قريبًا بمرضه حتى مع استمرار التدخل؟ وهل يعوض التدخل وظيفة أساسية، كمريض مستقر يعتمد كليًا على التغذية الوريدية لفشل دائم في الأمعاء، فيكون إيقافها سببًا مباشرًا متوقعًا للوفاة، أم يخفف عرضًا فقط؟ فلا يصح حكم واحد على الحالتين.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: الفرق بين التجويع المحرَّم ووقف تدخل صناعي غير نافع، وسؤالا السببية.

3-7 إكراه المريض على الطعام، ورفض القادر، والامتناع الإرادي

الإكراه على الطعام. الأصل ألا يُكره المريض على الطعام والشراب، واستُؤنس لذلك بحديث «لَا تُكْرِهُوا مَرْضَاكُمْ عَلَى الطَّعَامِ وَالشَّرَابِ» على ما في ثبوته من خلاف [25]. فلا يُدفع الطعام في فم محتضر ضعف بلعه، ولا يُركّب أنبوب لمجرد انخفاض تناوله. ولا يُعد انخفاض الأكل في الاحتضار دليلًا بذاته على أن الوفاة «تجويع»؛ فقد يكون من تطور المرض.

رفض المريض القادر للوسيلة. يرتبط برفض العلاج عمومًا، ويتفاوت بحسب أهمية التدخل. فإن كان التدخل غير متأكد أو شديد العبء، كان لرفض القادر اعتبار قوي، مع شرح النتائج وتأكيد القدرة وعلاج الأسباب المؤثرة واستمرار الرعاية. وإن كان منقذًا للحياة بوضوح ازدادت المسألة تعقيدًا: فيعاد تقويم القدرة، ويُبحث سبب الرفض، ويُقدَّم النصح وبيان أهمية حفظ النفس، ويُبحث عن وسيلة أقل عبئًا. وأما التدخل المستعجل المنقذ للحياة مع رفض القادر فيحكمه القرار 184 (10/19)، الذي يوجب الإذن ديانة ويجيز التدخل بشروط منها تقرير ثلاثة استشاريين [30]، وتحليله في الفصل 5. ولا يمتد ذلك إلى إكراه قادر على تغذية أنبوبية مزمنة تتكرر كل يوم؛ فلا يُلجأ إلى الإكراه المادي للبالغ القادر دون سند شرعي ونظامي واضح.

الامتناع الإرادي عن الطعام والشراب. إذا امتنع مريض قادر عن طعام وشراب يقدر عليهما وينتفع بهما، بقصد التعجيل بموته، فهذه صورة غير رفض الوسيلة الطبية؛ لأنها ترك لسبب الحياة المعتاد بقصد الإهلاك. ولم يُوقف فيها على قرار مجمعي أو فتوى خاصة، والذي يراه المؤلف اجتهادًا أنها داخلة في عموم قوله تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ﴾ [النساء: 29]. ومقتضى ذلك أن الفريق لا يعين على هذا القصد ولا يخطط له، وأن واجبه النصح والبحث عن سبب المعاناة وعلاجه واستمرار عرض الطعام والرعاية. ولا يعني ذلك إكراه المريض بالقوة على الأكل، ولا تركه بلا عناية بالفم وعلاج للأعراض. ويفترق هذا عن المحتضر الذي زالت شهوته وعجز بدنه؛ فذاك لا يُكره، ولا يوصف بأنه قاتل نفسه. وأصل الفرق بين ترك التداوي والانتحار مبسوط في الفصل 42.

CC BY-NC-ND 4.0

وعند فقد القدرة يشارك الولي أو الممثل مقيدًا بمصلحة المريض ورغباته السابقة، فلا يملك وقف تدخل واضح المنفعة، ولا طلب تدخل راجح الضرر، ولا منع الطعام الطبيعي. وفي الأطفال الأصل حماية الطفل وتقديم ما يحفظ حياته ونموه، وقرار الوالدين مقيد بمصلحته الفضلى (انظر الفصل 25).

3-8 الضابط الفقهي الجامع

التغذية والإرواء الصناعيان تدخلان علاجيان مشروعان، يتأكدان أو يجبان إذا غلب على الظن أنهما يحفظان الحياة أو يدفعان ضررًا جسيمًا، مع قدرة المريض على الانتفاع واحتمال الأعباء. ويجوز عدم البدء بهما أو تعديلهما أو إيقافهما إذا انتفت المنفعة المعتبرة، أو غلب الضرر، أو فشلت التجربة، أو رفضهما المريض القادر. وشرط ذلك ألا يكون القصد التعجيل بالموت، وأن يستمر الطعام والشراب الطبيعيان عند القدرة، والعناية بالفم، وعلاج الأعراض، وسائر الرعاية الواجبة. ويرى المؤلف، اجتهادًا وقياسًا على اشتراط الفتوى 12086 ثلاثة أطباء مختصين ثقات في وضع آلات الإنعاش أو رفعها (انظر الفصل 41) وعلى ما نُقل عن المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي، أن يصدر قرار إيقاف التغذية أو الإرواء الصناعيين بسبب عدم النفع أو غلبة الضرر عن تقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات موثق. ولا يلزم هذا النصاب في رفض المريض القادر؛ لأن الإيقاف هناك مبني على رفضه لا على تقدير الأطباء.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 النصوص الحاكمة ومراتبها

لا يوجد في التنظيم الصحي السعودي نص مستقل يفصّل بدء التغذية والإرواء الصناعيين وإيقافهما. وتتوزع الأحكام على مصادر متفاوتة القوة: نظام مزاولة المهن الصحية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ [31]، ولائحته التنفيذية [32]، ثم الأدلة والوثائق المهنية: الدليل السعودي للإذن الطبي [33]، ووثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى [34]، وأخلاقيات الممارس الصحي الصادرة عن الهيئة السعودية للتخصصات الصحية [35]، والسياسة الوطنية لعدم الإنعاش (انظر الفصل 41)، ثم سياسات المنشآت. والنظام واللائحة أعلى من الأدلة المهنية والسياسات؛ فلا يُنسب إجراء تفصيلي إلى «النظام» إذا كان مصدره دليلًا مهنيًا أو سياسة داخلية.

4-2 مصلحة المريض ومنع العمل غير النافع

تنص المادة التاسعة من النظام على أنه «يجب أن يستهدف العمل الطبي دائمًا مصلحة المريض، وعلى الممارس الصحي أن يبذل جهده لكل مريض» [31]. وتفصّلها اللائحة:

> «يجب على الممارس الصحي أن لا يقوم بأي عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض حتى ولو لم يترتب ضرر عليه» (1/9 في نسخة وزارة الصحة) [32].

ويترتب على ذلك في بابنا: ألا يُركّب أنبوب لمجرد ضغط الأسرة إذا لم توجد له منفعة معتبرة، وألا تستمر السوائل بعد ظهور ضرر راجح دون إعادة تقييم. ويترتب عليه في المقابل ألا يُحرم المريض من تدخل واضح المنفعة بسبب السن أو الإعاقة، وأن يكون لكل تدخل هدف موثق. ولا

CC BY-NC-ND 4.0

يكفي للحكم بعدم الفائدة أن يقال: المريض «كبير» أو «مصاب بالخرف»؛ بل يتعلق الحكم بتدخل محدد وهدف محدد وحالة محددة.

4-3 الإذن والرفض وحظر إنهاء الحياة

تجعل المادة التاسعة عشرة رضا المريض أو من يمثله أصلًا في كل عمل طبي، وتستثني التدخل الفوري في الحالات الإسعافية عند تعذر الموافقة في الوقت المناسب، وتنص في عجزها على أنه لا يجوز بأي حال إنهاء حياة مريض ميؤوس من شفائه ولو بطلبه أو طلب ذويه [31]. ونصها وتحليلها في الفصل 5 (المبحث رابعًا).

ولعجز المادة صلة مباشرة ببابنا: فهو يقطع بحرمة أي قرار غذائي أو إروائي يُقصد به التعجيل بالوفاة، ولا يعني أن كل إيقاف لوسيلة فقدت فائدتها إنهاء للحياة (انظر الفصل 46). وتركيب الأنبوب وفغر المعدة والقسطرة المركزية أعمال طبية تحتاج إلى إذن صحيح. ويفصّل الدليل السعودي للإذن الطبي عناصر الإذن والمعلومات الواجب بيانها والتعامل مع نقص القدرة [33]. ويصلح الاستثناء الإسعافي لسوائل عاجلة لمريض فاقد الوعي بجفاف يهدد حياته، ولا يصلح لتجاوز إرادة المريض في قرارات غير عاجلة كفغر المعدة أو التغذية الوريدية المزمنة. ورفض الولي أو الممثل ليس «تعذرًا» تسنده المادة التاسعة عشرة؛ فإن رفض تدخلًا لازمًا لقاصر أو فاقد للقدرة أُخطرت الجهة المختصة، ولا تنوب المنشأة عنها.

4-4 القدرة والتمثيل والأطفال

الأصل مشاركة البالغ في قراره؛ فلا ينتقل القرار إلى الأسرة لمجرد مرضه أو سنه، ولا يلغي الخرف القدرة تلقائيًا [33]. وتقويم القدرة في الفصل 27، وترتيب من يمثل المريض في الفصل 5، والتوجيهات المسبقة في الفصل 40. وفي الأطفال المصلحة الفضلى أساس، فإن كان التدخل ضروريًا واضح المنفعة ورفضه الوالدان، سُلك المسار المؤسسي والنظامي لحماية الطفل وفق نظام حماية الطفل [36]، وتفصيله في الفصل 25. ولا يُلزم الفريق بتدخل يضاعف معاناة الطفل دون منفعة معتبرة لمجرد طلب الأسرة.

4-5 استقلال قرار التغذية عن قرار عدم الإنعاش

قرار عدم الإنعاش يتعلق بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي عند توقف القلب أو التنفس، ولا يترتب عليه تلقائيًا وقف التغذية أو السوائل أو المضادات أو الأكسجين. ومرجعه السياسة الوطنية لعدم الإنعاش، وتفصيلها في الفصل 41. فالتغذية والإرواء تدخلان مستقلان يحتاج كل منهما إلى تقييم خاص. ولهذا تُجتنب الأوامر المبهمة مثل «عدم التصعيد» أو «رعاية تلطيفية فقط» ما لم تبين أثرها في كل تدخل. فقد يكون المريض غير مرشح للإنعاش وينتفع بدعم غذائي مؤقت، وقد يكون مرشحًا للإنعاش بينما يضره الإرواء الزائد.

4-6 حقوق المريض والمسؤولية المهنية

تؤكد الوثائق المهنية السعودية احترام كرامة المريض، وحقه في المعلومات والمشاركة في القرار، وعدم التخلي عنه [34، 35]. فلا تُعطى الأسرة ضمانات غير صحيحة، كأن الأنبوب يمنع الشفط حتمًا أو يطيل الحياة دائمًا، ولا يُجزم في المقابل بأن التغذية الصناعية «غير مفيدة

CC BY-NC-ND 4.0

مطلقًا» لكل مريض خرف أو سرطان. وتُراعى المعتقدات الدينية المرتبطة بالطعام والماء، مع إتاحة الاستشارة الشرعية المؤهلة.

وقد تنشأ المسؤولية من الإفراط: بدء دون استطباب أو إذن، أو استمرار رغم الضرر الواضح، أو قيود غير مبررة. وقد تنشأ من التقصير: إيقاف تدخل نافع دون تقييم، أو بناء القرار على السن أو الإعاقة، أو منع الطعام الطبيعي عن قادر عليه، أو إهمال العناية بالفم، أو قصد التعجيل بالموت. ولا تثبت المسؤولية لمجرد الوفاة بعد إيقاف تدخل؛ بل يُنظر في سبب الوفاة وسلامة التقييم والقصد والموافقة والتوثيق، والفصل فيه للجهات المختصة (انظر الفصل 10).

خامسًا: أدوات عملية

5-1 مسار القرار المتكامل

1. **تصوير الحالة الطبية:** التشخيص والمرحلة، وسبب ضعف الأكل أو الشرب، والأسباب القابلة للعلاج، والبلع وسلامة الجهاز الهضمي، وحالة السوائل والاحتقان، والأداء الوظيفي، والإنذار. ولا يُعد كل انخفاض في الأكل احتضارًا.
2. **تحديد الهدف وتصنيف المنفعة:** هدف قابل للقياس، ثم تصنيف المنفعة: واضحة، أو محتملة، أو محدودة، أو ضرر راجح.
3. **القدرة والإرادة:** فإن كان المريض قادرًا فقراره هو الأصل، وإلا رُجع إلى رغباته السابقة ومصلحته مع من يمثله.
4. **التحليل الأخلاقي والفقهي:** ما ضرر التقديم وما ضرر الترك؟ وهل العبء متناسب؟ وما قصد الأطراف؟ وما سبب الوفاة المتوقع؟ وهل توجد وسيلة أقل عبئًا؟
5. **التحقق النظامي:** الاستطباب، وصحة الإذن، وتوثيق القدرة وصفة الممثل، والرأي الثاني عند النزاع، وسياسة المنشأة.
6. **القرار:** البدء، أو الاستمرار، أو التعديل، أو تجربة محددة المدة، أو عدم البدء، أو الإيقاف، أو التغذية من أجل الراحة.
7. **المراجعة:** ما سيستمر من الطعام والعناية بالفم، والأعراض التي ستعالج، وموعد المراجعة، والشرط المغيِّر للحكم.

5-2 دليل القرار السريع

المرحلة	سؤال الضبط	الخطأ الشائع	الإجراء العملي
التصوير الطبي	ما سبب ضعف الأكل؟ وهل هو قابل للعكس؟	عدّ كل انخفاض في الأكل احتضارًا، أو تركيب الأنبوب دون تقييم الأسباب	علاج الألم والغثيان والإمساك والهذيان ومشكلات الفم، وتقييم البلع قبل أي وسيلة صناعية
الهدف	ما الهدف القابل للقياس؟	خطة تكتفي بعبارة «بدء التغذية»	تحديد الهدف والمدة ومؤشرات النجاح والضرر وتصنيف

CC BY-NC-ND 4.0

المرحلة	سؤال الضبط	الخطأ الشائع	الإجراء العملي
			المنفعة
الوسيلة	ما الأقل عبئًا المحقق للهدف؟	فغر المعدة مبكرًا بعد سكتة حديثة، أو إرواء مفتوح غير محسوب	أنبوب أنفي مؤقت عند احتمال التحسن؛ سوائل محسوبة تُراجع يوميًا
القدرة والإرادة	هل المريض قادر على هذا القرار الآن؟	نقل القرار إلى الأسرة لمجرد المرض، أو قبول رفض ناشئ عن هذيان أو اكتئاب	علاج الأسباب ثم اعتماد قرار القادر، أو الرجوع إلى رغباته السابقة فمصلحته
الاحتضار	هل يستطيع الجسم الانتفاع بما يقدم؟	إعطاء السوائل لكل محتضر أو منعها عن كل محتضر	تقييم يومي؛ عناية مكثفة بالفم؛ رشفات آمنة؛ تقليل السوائل عند الاحتقان
الخلاف	ما موضع النزاع تحديدًا؟	نقل عبء القرار كاملًا إلى الأسرة، أو تعليق الرعاية	توصية معللة، فرأي ثانٍ، فاستشارة تلطيفية أو أخلاقية، مع استمرار الرعاية الأساسية
كل الأحوال	هل الرعاية الأساسية مستمرة؟	تحويل قرار الوسيلة إلى تخلٍّ عن المريض	الطعام الطبيعي الآمن والعناية بالفم وعلاج الأعراض والدعم الروحي بلا استثناء

5-3 عناصر التوثيق

يبين السجل على الأقل: التشخيص والمرحلة، وسبب ضعف الأكل أو الشرب وما عولج منه، وتقييم البلع وحالة السوائل، وهدف التدخل ومنافعه ومخاطره وبدائله، وقدرة المريض ورغبته، وصفة ممثله عند الحاجة، وملخص النقاش وآراء التخصصات، والقرار ومدة التجربة ومؤشراتها، وخطة الرعاية البديلة، وموعد إعادة التقييم. ولا تكفي عبارات مثل «لا فائدة» أو «المريض تلطيفي» أو «الأسرة موافقة».

5-4 عبارات للحوار مع الأسرة

- بدل «سنوقف الأكل»: «سنستمر في إطعامه بالفم ما دام ذلك آمنًا ومريحًا، ونعتني بفمه، ولن نضيف أنبوبًا لا يحقق له منفعة».

CC BY-NC-ND 4.0

- بدل «لا فائدة من السوائل»: «جسمه الآن لا يستطيع التخلص من السوائل، فصارت تزيد ضيق نفسه؛ وسنخفف عطشه بترطيب الفم».
- في طلب الأسرة للأنبوب: «نفهم أن حرصكم رحمة ووفاء. والسؤال الذي نجيب عنه معًا: ماذا يحقق الأنبوب لها في مرحلتها هذه؟».

5-5 الموازنة عند تزاحم الأركان

تتفق الأركان الأربعة على أصلين: حرمة كل قرار غذائي يُقصد به التعجيل بالموت، ووجوب استمرار الرعاية الأساسية. وتُحل مواضع التوتر المتكررة بترتيب صريح:

- **رمزية الطعام مقابل استطباب الوسيلة:** مشاعر الأسرة محل تقدير وتوجيه، لكنها لا تجعل وسيلة فاقدة المنفعة واجبة.
- **حفظ النفس مقابل عدم الإضرار:** حفظ النفس يوجب التدخل النافع الممكن، ولا يوجب وسيلة عجز الجسم عن الانتفاع بها أو غلب ضررها.
- **إرادة القادر مقابل قلق الأسرة:** رضا صاحب الجسد شرط نظامي وشرعي، ولا تقوم موافقة الأسرة مقامه.
- **التيسير مقابل التقصير:** التغذية من أجل الراحة والتجربة المحددة المدة تيسير مشروع، لا ذريعة لإهمال سبب قابل للعلاج.

وإذا تعذر الترجيح لنقص معلومة حاسمة، كان القرار المؤقت الأقل ضررًا والقابل للرجوع: تجربة محددة، أو تأجيل مع رعاية كاملة.

سادسًا: الحالات التطبيقية

الحالات الآتية نماذج تعليمية مركبة، ولا يُقصد بها أن تكون حكمًا آليًا على كل مريض يحمل التشخيص نفسه.

الحالة الأولى: سكتة حديثة وابن يرفض الأنبوب لأن أباه «لن يقبل العيش بإعاقة»

الوقائع. رجل في الثامنة والستين، كان مستقلًا في شؤونه، أصيب بسكتة دماغية حادة أدت إلى ضعف نصفي واضطراب شديد في البلع وصعوبة في الكلام، مع بقاء قدر من الفهم. وفي أيامه الأولى أصيب بالتهاب رئوي واضطراب أملاح وهذيان متذبذب، وأظهر تقييم البلع أن التغذية الفموية غير آمنة. فأوصى الفريق بأنبوب أنفي معدي مؤقت للتغذية والأدوية أثناء علاج العدوى وبدء التأهيل. فاعترض أكبر أبنائه بأن والده «لن يقبل العيش بإعاقة»، وذكرت الزوجة أنه كان حريصًا على العلاج، ولم يُعرف عنه رفض. وقد مضى يومان دون تغذية كافية.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا خطر فوري على الحياة، لكن تأخير التغذية والأدوية يزيد الضرر يومًا بعد يوم. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: المريض غير قادر الآن بسبب الهذيان، وقد تعود قدرته بعد علاجه. صاحب الصفة: من يمثله وفق الدليل السعودي للإذن الطبي، مقيدًا بما يُعرف من إرادة المريض ومصلحته. السؤال المطلوب تقريره: هل يُبدأ أنبوب مؤقت الآن رغم اعتراض أحد الأبناء؟

الركن الطبي. اضطراب البلع حديث، وقد يتحسن مع التأهيل [5، 6]. وللهذيان أسباب قابلة للعلاج: العدوى واضطراب الأملاح. والأنبوب الأنفي يحقق هنا أهدافًا واضحة: منع الجفاف وسوء

CC BY-NC-ND 4.0

التغذية، وإعطاء الأدوية، وتجنب الإطعام الفموي الخطر، ودعم المريض حتى يصبح التقييم أدق. وهو أخف عبئًا من فغر المعدة، ويُزال إذا تحسن البلع. فالمنفعة في هذه المرحلة واضحة.

الركن الأخلاقي. كرامة المريض لا تنقص باحتمال أن تبقى له إعاقة، ولا يصح أن يكون تصور الابن لجودة حياة أبيه أساسًا لخفض العلاج. ثم إن قول الابن ليس تعبيرًا موثقًا عن قيم المريض، ويعارضه قول الزوجة. والإحسان يقتضي أن يُعطى المريض فرصة واقعية للتعافي، ثم يُسأل هو حين تعود قدرته.

الركن الفقهي. الوسيلة مؤقتة قليلة العبء، تعالج مرحلة قابلة للتحسن وتدفع ضررًا جسيمًا، فيقترب حكمها من التداوي الواجب أو المتأكد [24]. ولا يصح الترك بناء على افتراض غير موثق أن المريض لا يرغب في الحياة مع الإعاقة.

الركن النظامي. العمل الطبي يستهدف مصلحة المريض، والممثل لا يملك وقف تدخل واضح المنفعة [31، 33]. ويوثق سبب عدم أمان التغذية الفموية وهدف الأنبوب بوصفه مؤقتًا. وإن استمر الخلاف بين أفراد الأسرة سُلك مسار الإذن عند تعارض الأولياء في الدليل (انظر الفصل 5)، مع إشراك الاستشارة الأخلاقية.

القرار المهني الموزون. تبدأ التغذية بأنبوب أنفي معدي تجربةً مؤقتة محددة الهدف لا تُلزم بالتغذية الأنبوبية مدى الحياة، مع علاج العدوى والأملاح وبدء التأهيل، ودون إجراء فغر المعدة في هذه المرحلة؛ لأن المنفعة واضحة في مرحلة قابلة للتحسن، والتأخير يزيد الضرر. واستُبعد ترك التغذية بناءً على قول الابن لأنه تقدير لجودة حياة الغير لا إرادة موثقة. ويُعاد النظر إذا تحسن البلع وأمن الأكل الفموي، أو استعاد المريض قدرته وعبّر عن رفض مستقر، أو وقعت مضاعفات كبيرة، أو ثبت تدهور عصبي شديد غير قابل للتحسن.

الدرس. تقدير أحد أفراد الأسرة لجودة حياة المريض ليس إرادة المريض، والأنبوب المؤقت في مرحلة قابلة للتحسن علاج، لا إطالة لمعاناة.

الحالة الثانية: خرف متقدم وأبناء يطلبون فغر المعدة

الوقائع. امرأة في السابعة والثمانين، مصابة بخرف متقدم، تعتمد على غيرها في كل شيء، ونادرًا ما تتعرف أسرتها. قلّ أكلها في الأشهر الأخيرة، وصارت تغلق فمها أحيانًا أثناء الإطعام، ويطول وقت الوجبات مع سعال ونقص وزن والتهابات رئوية يُشتبه في ارتباط بعضها بالشفط. فطلب أبناؤها فغر المعدة، قائلين إنهم لا يقبلون أن «تموت أمهم جوعًا». وذكرت إحدى البنات أن أمها كانت تقول، قبل أن يتقدم الخرف، إنها لا تريد «الأنابيب والأجهزة» إذا فقدت القدرة على معرفة أهلها.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقرة، ولا حاجة إلى قرار في ساعات. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: فاقدة للقدرة في هذا القرار. صاحب الصفة: من يمثلها، مقيدًا بإرادتها السابقة ومصلحتها. السؤال المطلوب تقريره: هل يحقق فغر المعدة منفعة معتبرة، وهل عدم تركيبه تجويع؟

الركن الطبي. تُستبعد أولًا الأسباب القابلة للعلاج: ألم الفم، والإمساك، والعدوى الحادة، والأدوية المهدئة، ومشكلات الأسنان. ولكن الصورة الأساسية خرف شديد مع اضطراب بلع متدرج هو جزء من المرض نفسه. وفغر المعدة لا يمنع الشفط، ولم يثبت أنه يطيل البقاء في الخرف الشديد، ويرتبط بزيادة قرح الضغط، وبأعباء النزع والقيود والنقل المتكرر [2–4]. أما الإطعام

CC BY-NC-ND 4.0

اليدوي بكميات صغيرة، مع تعديل القوام والعناية بالفم، فممكن [11]. فالمنفعة المتوقعة محدودة، والعبء معتبر.

الركن الأخلاقي. لا تقتضي كرامة المريضة أن يُدخل إليها أكبر قدر من السعرات بأي وسيلة، بل الرعاية والإطعام الحاني وعدم الإكراه. ورغبة الأبناء مفهومة، تنشأ من الرحمة والخوف والذنب، ولكنها لا تجعل تدخلًا محدود المنفعة نافعًا. ولتصريح المريضة السابق وزن مهم، مع تقدير وضوحه وثباته [1، 21].

الركن الفقهي. الصورة لا تماثل منع الطعام عن صحيح قادر عليه؛ فالمريضة ستستمر في الطعام الفموي بقدر قدرتها. وفغر المعدة وسيلة يحتاج تركيبها إلى منفعة راجحة. ومع ضعف المنفعة وغلبة الأعباء لا يُعد عدم تركيبه تجويعًا ولا قتلًا صبرًا، ما دام الطعام الطبيعي لا يُمنع، والقصد ليس التعجيل بالموت، والرعاية مستمرة [15، 24]. ومن الرعاية المؤكدة في قرارات المجامع الاستمرار في تغذيتها بما تنتفع به وتخفيف ألمها [26].

الركن النظامي. لا يُجرى عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض [32]. ويوثق: مرحلة الخرف وفقد القدرة، وتقييم البلع، والأسباب المستبعدة، والمنافع والمخاطر، وتصريح المريضة السابق ودرجة موثوقيته، وخطة الإطعام اليدوي. ويقدم الفريق توصية واضحة بدل نقل عبء القرار إلى الأسرة، ويطلب رأيًا ثانيًا أو استشارة تلطيفية أو أخلاقية عند استمرار النزاع.

القرار المهني الموزون. لا يُركَّب فغر المعدة، وتُعتمد «التغذية من أجل الراحة» بالإطعام اليدوي، مع تعديل القوام والعناية المكثفة بالفم وعلاج الأسباب القابلة للتصحيح، فالقرار تغيير لهدف التغذية إلى الراحة والكرامة، لا وقف للطعام؛ لأن المنفعة المتوقعة محدودة، والعبء معتبر، والقرار يوافق ما عُرف من إرادتها. ويُعاد النظر إذا ظهر سبب حاد قابل للعلاج، أو تحسن البلع، أو ظهرت غاية سريرية يحققها تدخل مؤقت، أو معلومات موثوقة جديدة عن إرادتها.

الدرس. في الخرف النهائي يُسمّى القرار بما يُقدَّم لا بما يُمنع: فالإطعام من أجل الراحة رعاية كاملة، وعدم تركيب الأنبوب ليس تجويعًا.

الحالة الثالثة: محتضر بفشل القلب والكلى وأسرة تصر على السوائل الغزيرة

الوقائع. رجل في التاسعة والسبعين، مصاب بفشل قلبي وكلوي متقدمين وسرطان منتشر، انخفض وعيه في الأيام الأخيرة، وكاد يتوقف عن الطعام والشراب، وظهرت عليه علامات الاحتضار. فأصرت الأسرة على استمرار كميات كبيرة من السوائل الوريدية، خوفًا من أن «يموت عطشًا». وبعد يومين ازدادت الوذمة والإفرازات التنفسية وضيق النفس، وقلّ البول بشدة، ولم يتحسن الوعي ولا الراحة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: محتضر، والإجراء المطلوب تخفيف الضيق لا الإنعاش. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: غير قادر. صاحب الصفة: الأسرة ممثلة له في النقاش، والتقدير الطبي للفريق. السؤال المطلوب تقريره: هل إيقاف السوائل تعطيش، أم صار استمرارها ضررًا مباشرًا؟

الركن الطبي. قدرة الجسم على التخلص من السوائل شديدة الانخفاض، وقد ظهرت علامات فرط السوائل: الوذمة، وقلة البول، والإفرازات، وضيق النفس، ولم يتحقق الهدف. وجفاف الفم غير الجفاف الجهازي، ويُخفف بالعناية الموضعية [9، 10]. فالسوائل بكميتها الحالية راجحة الضرر.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الأخلاقي. استمرار تدخل يزيد اختناق المريض لا يحقق الإحسان، ولو كان دافعه خوف الأسرة. وعدم الإضرار يقتضي تقليله أو إيقافه، مع تحويل اهتمام الأسرة إلى رعاية أنفع: ترطيب الفم، وعلاج ضيق النفس، والحضور عند المريض، والدعاء له. ويُشرح لها أن عدم إعطاء السوائل الوريدية لا يعني ترك المريض عطشانًا [1].

الركن الفقهي. ينطبق «الضرر يزال» و«الضرورات تقدر بقدرها»؛ فالجسم لم يعد ينتفع بالسوائل، والقصد رفع الضرر لا إحداث الوفاة. ولا تُعد الصورة تعطيشًا ما دامت العناية بالفم والرشفات الآمنة مستمرة. ويوافق ذلك فتوى ابن باز بأن العلاج الذي قرر الأطباء عدم نفعه يُترك، ويستمر ما ينفع المريض ويريحه [27].

الركن النظامي. لا يُستمر في عمل طبي لا يحقق فائدة [32]. ويوثق: مرحلة الاحتضار، وعلامات فرط السوائل، وعدم تحقق المنفعة من التجربة، والنقاش مع الأسرة، وخطة الرعاية البديلة. ويحدد أن القرار يتعلق بالسوائل الوريدية لا بسائر الرعاية.

القرار المهني الموزون. تُوقف السوائل الوريدية الروتينية أو تُقلل إلى القدر اللازم لأغراض دوائية محددة، بعد أن يوثق ثلاثة من الأطباء المختصين عدم نفعها وغلبة ضررها (3-8)، مع تكثيف العناية بالفم، والرشفات عند القدرة، وعلاج ضيق النفس والإفرازات، ودعم الأسرة بالشرح، والتحقق من أمر عدم الإنعاش الموثق وخطة الراحة (انظر الفصل 41)؛ لأن التجربة لم تحقق هدفها، وظهر ضرر راجح. ويُعاد النظر إذا ظهر سبب حاد جديد قابل للعلاج، أو زال الاحتقان على غير المتوقع، أو ظهرت علامات جفاف دوراني حقيقي ينتفع بكمية محدودة.

الدرس. في الاحتضار قد تكون السوائل عبئًا لا رحمة، وإنما الرحمة حينئذ عناية بالفم وتخفيف للضيق.

الحالة الرابعة: مريض قادر يطلب إيقاف تغذيته الأنبوبية

الوقائع. رجل في التاسعة والخمسين، مصاب بمرض عصبي عضلي متقدم، واعٍ، يتواصل بجهاز إلكتروني. وافق سابقًا على فغر المعدة وانتفع به، ثم ظهرت مع تقدم المرض نوبات متكررة من الغثيان وضيق النفس والانزعاج المرتبط بالتغذية. فطلب بوضوح إيقاف التغذية الأنبوبية، مفضلًا أن يتناول بالفم كميات صغيرة من الطعام والشراب للراحة بقدر قدرته. واعترضت الأسرة بشدة: «إيقاف الأنبوب يعني أننا نسمح له بالموت».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر، والقرار ليس عاجلًا. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: يُفترض قادرًا ويلزم تقويم موثق، مع استبعاد الاكتئاب الشديد. صاحب الصفة: المريض نفسه. السؤال المطلوب تقريره: هل يُحترم رفضه لوسيلة قد تطيل حياته؟

الركن الطبي. قبل قبول الإيقاف يُعاد تقييم التدخل نفسه: هل الغثيان من سرعة التغذية أو تركيبتها، فيُعالج؟ وهل يمكن تقليل الكمية أو تغيير التوقيت؟ وهل ضيق النفس من التغذية، أم من تقدم المرض؟ [18]. والمريض يفهم أن الإيقاف قد يقصر حياته، ولا دلائل على هذيان، والأعباء حقيقية متكررة.

الركن الأخلاقي. إذا ثبتت القدرة والفهم وثبات القرار، فاحترام إرادة المريض أصل، ولا تحل رغبة الأسرة محلها. ولكن احترام الاستقلال لا يعني أن يُقبل القرار دون فحص: فيُستبعد الاكتئاب الشديد، وتُعالج الأعراض، ويُتأكد من فهم البدائل وغياب الضغط. فإن بقي القرار ثابتًا بعد ذلك كله، كان فرض الأنبوب قسرًا مساسًا بجسده [1، 20].

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الفقهي. حفظ النفس يقتضي النصح وبيان أثر الترك والبحث عن بدائل أقل عبئًا. لكن حكم التداوي يتفاوت بدرجة الحاجة والعبء، فإن صار التدخل شديد العبء محدود المنفعة بالنسبة إلى أهداف المريض، وكان قادرًا مدركًا للنتائج، كان لرفضه اعتبار قوي [24، 28]. وليست هذه صورة الامتناع الإرادي المحرم؛ فهو لا يترك الطعام الذي ينتفع به، بل يرفض وسيلة أثقلته ويستمر في الأكل بقدر طاقته. ولا يعني احترام رفضه جواز فعل يُقصد به إنهاء حياته، ولا منعه من الطعام الطبيعي، ولا ترك علاج أعراضه.

الركن النظامي. الإذن أصل في العمل الطبي، وليس القرار مستعجلًا حتى ينطبق استثناء الطوارئ أو القرار 184 (10/19) [30، 31]. ويوثق تقويم القدرة، وطريقة التواصل، وفهم العواقب، وثبات القرار، والبدائل المعروضة، ومحاولات علاج الأعراض، والنقاش مع الأسرة. ولا تكفي موافقة الأسرة لتجاوز رفض مريض قادر [33].

القرار المهني الموزون. يُعالج كل سبب قابل للتعديل، ويُعرض تقليل الكمية أو السرعة أو تجربة أقل عبئًا؛ فإن بقي المريض قادرًا مستمرًا في رفضه، لم تستمر التغذية الأنبوبية عليه قسرًا، مع استمرار الطعام الفموي للراحة بقدر الأمان والعناية بالفم وعلاج الأعراض، ودون أي فعل يُقصد به التعجيل بالموت؛ لأنه رفض قادر لوسيلة شديدة العبء بعد بيان وتقويم. ويُعاد النظر إذا تغيّر قراره، أو طرأ ما يؤثر في قدرته، أو عولج عرض كان سبب الرفض، أو ظهر بديل أقل عبئًا يقبله.

الدرس. رفض القادر لوسيلة أثقلته غير ترك الطعام بقصد الموت، والفيصل تقويم القدرة وعلاج أسباب الرفض. وتقابلها الحالة 42/3 في مريض قادر يطلب ترك الغسيل الكلوي، وفيها أصل ترك التداوي في نهاية الحياة (انظر الفصل 42، المبحث سادسًا).

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
سكتة حديثة مع بلع غير آمن، وابن يرفض الأنبوب لأن أباه «لن يقبل العيش بإعاقة»	أنبوب أنفي معدي تجربةً مؤقتة محددة الهدف، مع علاج العدوى والأملاح وبدء التأهيل، ودون فغر المعدة في هذه المرحلة	المنفعة واضحة في مرحلة قابلة للتحسن، والتأخير يزيد الضرر؛ وقول الابن تقدير لجودة حياة الغير لا إرادة موثقة	تحسن البلع وأمن الأكل الفموي، أو عبّر المريض بعد استعادة قدرته عن رفض مستقر، أو وقعت مضاعفات كبيرة، أو ثبت تدهور عصبي شديد
خرف متقدم مع شفط ونقص وزن، والأبناء يطلبون فغر المعدة	لا يُركَّب فغر المعدة، وتُعتمد «التغذية من أجل الراحة» بالإطعام اليدوي وتعديل القوام والعناية بالفم؛ تغيير لهدف التغذية لا وقف للطعام	المنفعة المتوقعة محدودة، والعبء معتبر، والقرار يوافق ما عُرف من إرادتها	ظهر سبب حاد قابل للعلاج، أو تحسن البلع، أو غاية سريرية يحققها تدخل مؤقت، أو معلومات موثوقة جديدة عن إرادتها

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
محتضر بفشل القلب والكلى، والأسرة تصر على سوائل وريدية غزيرة	وقف السوائل الروتينية أو تقليلها إلى القدر اللازم دوائيًا، بعد توثيق ثلاثة أطباء مختصين، مع العناية بالفم وعلاج الضيق والإفرازات ودعم الأسرة	التجربة لم تحقق هدفها، وظهر ضرر راجح	ظهر سبب حاد جديد قابل للعلاج، أو زال الاحتقان على غير المتوقع، أو ظهر جفاف دوراني حقيقي ينتفع بكمية محدودة
مريض قادر بمرض عصبي عضلي متقدم يطلب إيقاف تغذيته الأنبوبية، والأسرة تعترض	علاج الأسباب القابلة للتعديل وعرض بديل أقل عبئًا؛ فإن استمر رفضه القادر لم تستمر التغذية قسرًا، مع طعام فموي للراحة وعلاج الأعراض	رفض قادر لوسيلة شديدة العبء بعد بيان وتقويم، دون أي فعل يُقصد به التعجيل بالموت	تغيّر قراره، أو طرأ ما يؤثر في قدرته، أو عولج عرض كان سبب الرفض، أو ظهر بديل أقل عبئًا يقبله

مواقف متكررة

سرطان متقدم مع انسداد معوي وطلب تغذية وريدية منزلية. تُقبل تجربة محددة الهدف والمدة إذا كان الانسداد هو المانع الرئيس من الأكل، وكان الأداء الوظيفي مقبولًا، والأعضاء مستقرة، وقبل المريض أعباء القسطرة. الضابط: تعذر الشفاء لا يعني انعدام المنفعة [7، 8]. ثم يُعاد النظر عند فشل الأعضاء، أو تكرر المضاعفات، أو دخول الاحتضار.

طفل بمرض عصبي مزمن يحتاج تغذية طويلة. يُرجَّح فغر المعدة إذا حقق نموًا واستقرارًا، وقلل إرهاق الوجبات والشفط، مع استمرار قدر آمن من الطعام بالفم. الضابط: الطفل ليس محتضرًا، والإعاقة ليست سببًا لنفي المنفعة [17]. فإن رفض الوالدان تدخلًا لازمًا سُلك مسار حماية الطفل [36] (انظر الفصل 25).

مريض قادر غير محتضر يعلن أنه سيمتنع عن الطعام والشراب ليموت. لا يُعان على هذا القصد، ولا يُكره بالقوة. وإنما يُقوَّم الاكتئاب والألم والخوف من أن يكون عبئًا، ويُعالج ذلك، ويستمر عرض الطعام والرعاية، مع إشراك الطب النفسي والرعاية التلطيفية والمرشد الديني بإذنه. الضابط: ترك الطعام بقصد الموت غير رفض الوسيلة الطبية [12].

أسرة تطلب إيقاف تغذية مريض مستقر في حالة وعي أدنى. المريض حي، يعتمد على التغذية وينتفع بها؛ فإيقافها بقصد إنهاء حياته محرم. فيُعاد تقييم حالة الوعي، ويُبحث عن رغبات سابقة موثقة، وتُعالج المضاعفات. الضابط: قلة الاستجابة لا تنفي الانتفاع بالغذاء (انظر الفصل 27، والفصل 45 في التمييز من موت الدماغ).

CC BY-NC-ND 4.0

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. التغذية والإرواء الصناعيان تدخلان علاجيان بوسائل غذائية أو مائية، أما الطعام الطبيعي والعناية بالفم وعلاج الأعراض فرعاية أساسية لا ترفع.
2. الحكم يدور مع قدرة الجسم على الانتفاع وغلبة الظن بالمنفعة، لا مع اسم المرض أو قرب الوفاة.
3. في الخرف الشديد لا يُركّب الأنبوب روتينيًا؛ فالدليل لم يُظهر أنه يطيل البقاء، ويرتبط بزيادة قرح الضغط [2، 3].
4. في الأيام الأخيرة لا تُعطى السوائل لكل محتضر ولا تُمنع عن كل محتضر، بل تُقيَّم يوميًا [10].
5. لم يُوقف على قرار مجمعي مستقل في المسألة، وتدل القرارات والفتاوى المتاحة مجتمعة على أن الوسيلة تدور مع المنفعة، وأن الرعاية والتغذية التي ينتفع بها المريض لا تُترك، وأن إيقاف العلاج يحتاج إلى تقرير مختصين [24، 26، 27].
6. قياس وقف الوسيلة غير النافعة على التجويع أو القتل صبرًا قياس مع الفارق، ويبقى وقف تدخل ضروري نافع بقصد الإهلاك محرمًا.
7. رفض القادر لوسيلة أثقلته معتبر، وترك الطعام الطبيعي بقصد الموت لا يُعان عليه.
8. قرار عدم الإنعاش لا يستتبع وقف التغذية أو السوائل.

التوصيات

للممارس: حدد الهدف قبل الوسيلة، وعالج الأسباب القابلة للعكس أولًا، واستعمل التجربة المحددة المدة عند عدم اليقين. وسمِّ الخطة بما تقدمه، كالتغذية من أجل الراحة، لا بما تمنعه. ولا تنقل عبء القرار كاملًا إلى الأسرة.

للمنشأة: اعتمد سياسة للتغذية والإرواء تمنع الأوامر المجملة، وتشترط تقييم البلع عند الحاجة، وتنظم القيود، وتجعل العناية بالفم بندًا إلزاميًا في خطط نهاية الحياة. وحدد مسارًا واضحًا للرأي الثاني والاستشارة الأخلاقية، وادعم خدمات التغذية المنزلية حتى لا يكون غيابها هو المقرر الحقيقي لمصير المريض.

للتعليم والبحث: أدرج الفرق بين الطعام الطبيعي والوسيلة الصناعية، وبين جفاف الفم والجفاف الجهازي، في تعليم الأطباء والتمريض. وادعم دراسات محلية في تصورات الأسر وممارسات التغذية في الخرف والاحتضار. واقترح على المجامع الفقهية بحث المسألة في قرار مستقل يحرر صورها.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فقرارات التغذية والإرواء في نهاية الحياة تجمع بين حاجة الجسد، ورمزية الإطعام والسقي، وواقع وسائل قد تنفع في حال وتضر في أخرى. ولا يجوز أن تتحول الممارسة إلى موقفين متقابلين: فرض الأنابيب والسوائل في كل حال خوفًا من تهمة التجويع، أو إيقافها تلقائيًا عند كل

CC BY-NC-ND 4.0

تشخيص متقدم. وإنما يبدأ القرار الصحيح بتصوير الحالة وتحديد الهدف، ثم موازنة المنفعة والضرر والكرامة والإرادة، ثم تنزيل الحكم على حفظ النفس وحكم التداوي والقصد والسببية، ثم ضبطه بالإذن والتوثيق. وتبقى القاعدة التي لا تغيب: إيقاف وسيلة لا يعني إيقاف الرعاية؛ فالمريض يظل مستحقًا للطعام الطبيعي عند القدرة، والعناية بفمه، وعلاج ألمه وضيقه، والحضور الإنساني الذي يحفظ كرامته حتى آخر لحظة.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ميّز بين التغذية الصناعية بوصفها «علاجًا» وبوصفها «رعاية أساسية»، واذكر ما يترتب على كل تكييف في قرار الإيقاف.
2. لماذا لا يصح القول إن أنبوب التغذية يمنع الالتهاب الرئوي الشفطي؟ وما أثر ذلك في الحوار مع الأسرة؟
3. قارن بين دلالة القرار 67 (5/7) وفتوى ابن باز في إيقاف العلاج وما نُقل من البيان الختامي للمجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته الثانية والعشرين على حكم التغذية الصناعية.
4. لماذا لا يصلح القرار 17 (5/3) دليلًا على وقف التغذية عن مريض حي متقدم المرض؟
5. طبّق: أسرة تطلب فغر المعدة لأبيها في خرف نهائي «حتى لا يموت جوعًا». كيف تصوغ التوصية؟ وما الذي يغيّر قرارك؟
6. ما الفرق بين رفض مريض قادر لأنبوب أثقله وبين امتناعه عن الطعام الطبيعي بقصد الموت؟ وما واجب الفريق في كل منهما؟
7. طبّق: محتضر تزداد وذمته مع السوائل الوريدية وأسرته تخشى أن «يموت عطشًا». ما الذي توقفه، وما الذي تزيده، وكيف توثقه؟

المراجع

[1] Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clin Nutr. 2016;35(3):545–556. doi:10.1016/j.clnu.2016.02.006

[2] 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):1590–1593. doi:10.1111/jgs.12924

[3] Davies N, Barrado-Martín Y, Vickerstaff V, Rait G, Fukui A, Candy B, et al. Enteral tube feeding for people with severe dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2021;(8):CD013503. doi:10.1002/14651858.CD013503.pub2

[4] Volkert D, Beck AM, Faxén-Irving G, Frühwald T, Hooper L, Keller H, et al. ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia – Update 2024. Clin Nutr. 2024;43(6):1599–1626. doi:10.1016/j.clnu.2024.04.039

CC BY-NC-ND 4.0

FOOD Trial Collaboration; Dennis MS, Lewis SC, Warlow C. Effect of timing [5] and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2005;365(9461):764–772. doi:10.1016/S0140-6736(05)17983-5

Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM, et [6] al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. Eur Stroke J. 2021;6(3):LXXXIX–CXV. doi:10.1177/23969873211039721

Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et [7] al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clin Nutr. 2021;40(5):2898–2913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005

Cuerda C, Pironi L, Arends J, Bozzetti F, Gillanders L, Jeppesen PB, et [8] al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in chronic intestinal failure. Clin Nutr. 2021;40(9):5196–5220. doi:10.1016/j.clnu.2021.07.002

Bruera E, Hui D, Dalal S, Torres-Vigil I, Trumble J, Roosth J, et [9] al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. J Clin Oncol. 2013;31(1):111–118. doi:10.1200/JCO.2012.44.6518

National Institute for Health and Care Excellence. Care of dying adults in [10] the last days of life. NICE guideline NG31. London: NICE; 2015. nice.org.uk

Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. [11] Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. J Am Geriatr Soc. 2010;58(3):580–584. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02740.x

Quill TE, Ganzini L, Truog RD, Pope TM. Voluntarily stopping eating and [12] drinking among patients with serious advanced illness—clinical, ethical, and legal aspects. JAMA Intern Med. 2018;178(1):123–127. doi:10.1001/jamainternmed.2017.6307

Quill TE. Terri Schiavo—a tragedy compounded. N Engl J Med. [13] 2005;352(16):1630–1633. doi:10.1056/NEJMp058062

Alsolamy S. Islamic views on artificial nutrition and hydration in [14] terminally ill patients. Bioethics. 2014;28(2):96–99. doi:10.1111/j.1467-8519.2012.01996.x

Ghaly M, Diamond RR, El-Akoum M, Hassan A. Palliative care and Islamic [15] ethics: exploring key issues and best practice. Doha: World Innovation Summit for Health (WISH); 2018. wish.org.qa

Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers- [16] Schuitema C, et al. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. Clin Nutr. 2022;41(2):468–488. doi:10.1016/j.clnu.2021.10.018

Romano C, van Wynckel M, Hulst J, Broekaert I, Bronsky J, Dall'Oglio L, et [17] al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition guidelines for the evaluation and treatment of gastrointestinal and nutritional complications in children with neurological impairment. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017;65(2):242–264. https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001646

Miller RG, Jackson CE, Kasarskis EJ, England JD, Forshew D, Johnston W, [18] et al. Practice parameter update: the care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: drug, nutritional, and respiratory therapies (an evidence-based review). Neurology. 2009;73(15):1218–1226. https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181bc0141

National Institute for Health and Care Excellence. Nutrition support for [19] adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Clinical guideline CG32. London: NICE; 2006 (updated 2017). nice.org.uk

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 9th ed. New [20] York: Oxford University Press; 2026. global.oup.com

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach [21] to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 9th ed. New York: McGraw Hill; 2022. mheducation.com

[22] صحيح البخاري، كتاب المساقاة، باب فضل سقي المـاء، ح 2363 وكتـاب بـدء الخلـق، بـاب خمس من الدواب فواسق يقتلن في الحرم، ح

[23] صحيح مسلم، كتاب السلام، باب فضل سقي البهـائم المحترمـة وإطعامهـا، ح 2244؛ وبـاب تحريم قتل الهرة، ح 2242. hadithunlocked.com

[24] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشـأن العلاج الطـبي. الـدورة السـابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. iifa-aifi.org

[25] سنن الترمذي، أبـواب الطب، بـاب مـا جـاء لا تكرهـوا مرضـاكم على الطعـام والشـراب، ح 2040 (وقال: حسن غريب)؛ وسنن ابن ماجه، كتاب الطب، باب لا تكرهوا المريض على الطعـام، ح 3444. hadithunlocked.com

[26] المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي. البيان الختامي للدورة الثانية والعشـرين، مكة المكرمة، مايو 2015م (لم يوقف على نصـه الرسـمي)، بحسـب مـا نشـره موقـع مصـراوي: «مجمع الفقه الاسلامي يوصى باقامة برامج تثقيفية لقاصدي بيت الله الحرام»، 14 مايو 2015م. masrawy.com

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

[28] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. ما حكم التداوي وتركه لمن حالته متدهورة؟ فتاوى الدروس، الفتوى رقم 30063، والنص نفسه منشور بالرقم 3198 الموقع الرسمي لسماحة الشيخ ابن باز. binbaz.org.sa

[29] 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

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

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

[32] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصحة، البند (1/9) في نسخة الوزارة (وهو البند 1-8 في الإصدار الثالث 1440هـ). moh.gov.sa

[33] وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للإذن الطبي. الطبعة الأولى، 1440هـ/2019م. moh.gov.sa

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

[35] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. أخلاقيات الممارس الصحي. الطبعة الثالثة، 1435هـ/2014م (النسخة المنشورة على موقع الهيئة، يونيو 2026م). scfhs.org.sa

[36] نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 3/2/1436هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/72) وتاريخ 6/8/1443هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0