الباب السابع

موت الدماغ والوفاة بالمعايير العصبية

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «موت الدماغ والوفاة بالمعايير العصبية». 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 الخامس والأربعون

موت الدماغ والوفاة بالمعايير العصبية

المصطلح المعتمد وما يقابله • شروط التشخيص واستبعاد المربكات • اختبار انقطاع التنفس والاختبارات المساعدة • قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 17 (5/3) وقرار المجمع الفقهي الإسلامي في دورته العاشرة وقرار هيئة كبار العلماء • رفع الأجهزة بعد التشخيص • نظام التبرع بالأعضاء البشرية ولائحته والبروتوكول الوطني • رفض الأسرة للتشخيص والحمل مع موت الدماغ • أربع حالات تطبيقية ومواقف متكررة

محتويات الفصل

- خلاصة الفصل
- تمهيد
- أولًا: الركن الطبي
- ثانيًا: الركن الأخلاقي
- ثالثًا: الركن الفقهي
- رابعًا: الركن النظامي
- خامسًا: أدوات عملية
- سادسًا: الحالات التطبيقية
- سابعًا: النتائج والتوصيات
- ثامنًا: الخاتمة
- أسئلة المراجعة والنقاش
- المراجع

بطاقة الفصل — الباب السابع: نهاية الحياة وحدود التدخل • الجمهور المقصود: أطباء العناية المركزة والأعصاب وجراحة الأعصاب والتخدير والطوارئ وطب الأطفال، وتمريض العناية المركزة، ومنسقو التبرع، وأعضاء لجان الأخلاقيات، والمستشارون الشرعيون والقانونيون في المنشآت، وطلاب العلوم الصحية • الفصل الأم لـ: موت الدماغ وتشخيصه، وقرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش بنصه، وقرار المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته العاشرة (1408هـ) بنصه، وقرار هيئة كبار العلماء في الحكم بموت الدماغ، وتعريف الوفاة والتحقق منها في نظام التبرع بالأعضاء البشرية ولائحته، ورفع الأجهزة بعد التشخيص، ورفض الأسرة للتشخيص، والحمل مع موت الدماغ • يحيل إلى: الفصول 2، 10، 13، 27، 40، 41، 42، 43، 44، 47 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

كان توقف القلب والتنفس قرونًا العلامة الظاهرة للموت، لأن توقفهما يتبعه سـريعًا فقـد وظـائف الدماغ كلها. ثم صنعت التهوية الميكانيكية صورة لم يعرفهـا المتقـدمون: جسـد دافئ، وقلب ينبض بفعل الدعم، مع فقد دائم للوعي والتنفس التلقائي ووظائف جذع الدماغ. ومن هذه الصـورة يولـد سؤال الفصل: متى يكون استمرار النبض أثرًا للتقنية لا دليلًا على بقاء الحياة؟

يعتمد الفصل مصطلح «موت الدماغ»، ويبين ما يقابله: «الوفاة بالمعايير العصبية» في الإرشادات الطبية الحديثة، و«جذع الـدماغ» في نظـام التـبرع بالأعضـاء البشـرية، و«القـرائن الدماغيـة» في لائحته. وفي الركن الطبي يرسم التشخيص تسلسلًا لا يقبل الاختصار: إصابة كارثية معلومة دائمـة، فاستبعاد كل مـا يحاكيهـا وهـو قابـل للعكس، فإثبـات الغيبوبـة وغيـاب منعكسـات الجـذع، فاختبـار انقطاع تنفس مكتمل. ويضبط الاختبـارات المسـاعدة بالإرشـاد الأمـريكي متعـدد الجمعيـات لعـام 2023: لا تُجرى إلا عند تعذر الفحص أو الاختبار، ويُقبل منها اختبار تـدفق الـدم، ولا يُقبـل تخطيـط الدماغ الكهربائي.

وفي الركن الفقهي يبسط ثلاثة نصوص: قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 17 (5/3) الذي رتب على تعطل جميع وظائف الدماغ أحكام الوفاة كلهـا، وقـرار المجمـع الفقهي الإسـلامي في دورتـه العاشرة الذي أجاز رفع الأجهزة وأخّر الحكم بالموت إلى توقف القلب والتنفس، وقرار هيئـة كبـار العلماء الذي منع الحكم بالموت بمجرد التقرير الطـبي. ويتفـق القـرار 17 (5/3) وقـرار المجمـع الفقهي وفتوى الشيخ ابن باز على جواز رفع الأجهزة عند ثبوت التعطل النهـائي، ولم يتعـرض نص قرار الهيئة المنقول للرفع. وفي الركن النظامي يعـرض تعريـف الوفـاة في النظـام، والفصـل بين التشخيص وفريق الزراعة في اللائحة، والبروتوكول الوطـني في دليـل المركـز السـعودي لزراعـة الأعضاء.

والنتيجة المركزية: التشخيص، ورفع الأجهزة، وبدء الآثار الشرعية، والتبرع بالأعضاء أربعة قـرارات مترابطة غير مترادفة، لكل منها نصه وجهته وزمنه الموثق.

الكلمات المفتاحيـة: مـوت الـدماغ؛ الوفـاة بالمعـايير العصـبية؛ جـذع الـدماغ؛ اختبـار انقطـاع التنفس؛ الاختبارات المساعدة؛ رفع أجهزة الإنعاش؛ القرار 17 (5/3)؛ المجمع الفقهي الإسلامي؛ هيئة كبـار العلمـاء؛ نظـام التـبرع بالأعضـاء البشـرية؛ المركـز السـعودي لزراعـة الأعضـاء؛ قاعـدة المتبرع الميت؛ الحمل مع موت الدماغ.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

يستحق هذا التشخيص فصلًا كـاملًا، لأن الخطـأ فيـه لا يشـبه سـائر الأخطـاء. فـإعلان الوفـاة قبـل استكمال شروطها قد يعني رفـع الـدعم أو استئصـال الأعضـاء من إنسـان لم تثبت وفاتـه. ورفض التشخيص المكتمل قد يعني إخضاع جسد ميت لتدخلات بلا غرض علاجي، وتعليق أحكام مستحقة، وإطالة عـذاب أسـرة واقفـة عنـد البـاب، وشـغل سـرير عنايـة مركـزة عن مـريض ينتظـره. وبين الخطأين تقع أخطر مزالق الباب، وهي أن يُخلط بين سوء المآل والوفاة، وبين عـدم جـدوى العلاج والوفاة، وبين قرار عدم الإنعاش والوفاة، وبين الغيبوبة العميقة والوفاة.

CC BY-NC-ND 4.0

وقد نشأ المعيار الحديث مع تقرير لجنة كلية الطب بجامعة هارفارد عام 1968م عن «الغيبوبة غير القابلة للعكس»، وفيه اقتراح الاعتماد على غياب الاستجابة والحركة والتنفس والمنعكسات، بعد استبعاد انخفاض الحرارة والأدوية المثبطة [1]. ثم جاءت لجنة الرئيس الأمريكي عام 1981م بتعريف قانوني ذي طريقين بديلين: التوقف غير القابل للعكس للدورة الدموية والتنفس، أو لجميع وظائف الدماغ بما فيها الجذع [2]. ثم تطورت الإرشادات المهنية، فكان تحديث الأكاديمية الأمريكية لعلم الأعصاب المبني على الأدلة عام 2010م [3]، ثم «مشروع موت الدماغ العالمي» عام 2020م [4]، ثم الإرشاد التوافقي الأمريكي متعدد الجمعيات عام 2023م [5، 6]. ومع هذا كله ما زالت الدول تختلف في المعيار، وفي عدد الأطباء والفحوص، والفواصل، والاختبارات المساعدة، وأحكام الأطفال [7، 8].

ودخل المعيار الممارسة السعودية من باب القرارات الفقهية الجماعية، وأولها قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي عام 1407هـ (1986م) [9]، ثم جاء نظام التبرع بالأعضاء البشرية ولائحته [10، 11]، ثم البروتوكول الوطني في دليل المركز السعودي لزراعة الأعضاء [12]. ويتداخل ذلك كله مع ثقافة تحضر فيها الأسرة بقوة في قرارات العناية المركزة، ومع رأي فقهي متحفظ حاضر يعرفه كثير من الأسر.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الدراسات الطبية. نقل تقرير هارفارد الممارسة من الانطباع إلى عناصر يمكن فحصها، ولكنه كان وثيقة قصيرة تغيرت بعدُ بعض عناصرها الإجرائية، ومنها موقع تخطيط الدماغ الكهربائي [1]. ثم كشفت المسوح الدولية تفاوتًا كبيرًا في التعريف وعدد الفاحصين والفواصل والاختبارات المساعدة [7]؛ فدل ذلك على أن قبول المبدأ لا يغني عن بروتوكول مكتوب وتدريب ومراجعة جودة. وقدم «مشروع موت الدماغ العالمي» حدًّا أدنى توافقيًا: إصابة دماغية كارثية دائمة معلومة، واستبعاد المربكات، ثم إثبات الغيبوبة وغياب منعكسات الجذع وغياب التنفس التلقائي [4]. وجمع الإرشاد الأمريكي لعام 2023م أحكام البالغين والأطفال في وثيقة واحدة تضم 85 توصية [5]. وهو أقوى مرجع دولي حديث حتى تاريخ القطع، ولكنه ابن السياق الأمريكي؛ فلا يحل محل البروتوكول السعودي، ولا تُنسب تفاصيله إليه من غير تحقق.

الدراسات الأخلاقية. دافع برنات عن معيار الدماغ الكامل، وحجته أن التوقف النهائي لوظائف الدماغ يُفقد الكائن الحي قدرته على العمل كلًّا متكاملًا [13، 14]. وجاء شيمون بحالات موثقة استمرت فيها وظائف جسدية معقدة بعد التشخيص، كتنظيم الدورة الدموية والتئام الجروح، بل النمو في حالات نادرة، فأضعف القول بانهيار كل تكامل جسدي فورًا [15، 16]. ولكن هذه الملاحظات لا توثق عودة الوعي أو التنفس التلقائي لدى من استوفوا المعايير؛ فهي تنقد التفسير الفلسفي أكثر مما تنقض الفحص السريري. وناقش تروغ وميلر التوتر بين التعريف البيولوجي و«قاعدة المتبرع الميت» [17]. ودافع فيتش وروس عن إتاحة اختيار محدود بين معياري الموت، مراعاةً للاختلاف الديني [18]. ثم أعاد المجلس الرئاسي الأمريكي للأخلاقيات الحيوية عام 2008م بناء الدفاع عن المعيار حول الفقد الدائم لقدرة الكائن على التفاعل مع محيطه بالوعي والتنفس [19].

الدراسات الفقهية. توزعت الكتابة الفقهية المعاصرة بين ثلاثة مواقف: قرار جماعي يقبل التعطل النهائي لجميع وظائف الدماغ بشروطه، ورأي متحفظ لا يرتب حكم الموت قبل توقف القلب، واتجاه وسيط يفرق بين رفع الأجهزة وترتيب الآثار. وفي مقدمة أعمال الأطباء الفقهاء

CC BY-NC-ND 4.0

بحث محمد علي البار «موت الدماغ» المنشور في مجلة مجمع الفقه الإسلامي الدولي، وقد انتهى فيه إلى قبول المعيار بشرط استيفاء الاحتياطات اللازمة [20]. وفي الدراسات ثلاثة أخطاء تتكرر: أن تُستعمل «موت المخ» و«موت جذع الدماغ» و«موت الدماغ الكامل» مترادفات بلا تحرير، وأن يُنقل منطوق القرارات من مصادر ثانوية فيسقط شرط أو يُزاد لفظ، وأن يُختزل الخلاف في ثنائية القبول والرفض ويُهمل الاتجاه الوسيط.

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصل النصوص الثلاثة الجماعية بلفظها، ويبين ما بينها من فرق دقيق، ويصل ذلك بالنصوص السعودية النافذة، ويضبط الاختبارات المساعدة بالإرشاد الحديث، ثم يختبر الموازنة كلها في أربع حالات مركبة.

المشكلة والسؤال المركزي

وأصل المشكلة أن أربعة أسئلة تُطرح عند سرير المريض كأنها سؤال واحد: هل مات المريض طبيًا؟ وهل يجوز رفع الأجهزة؟ ومتى تبدأ آثار الوفاة الشرعية والنظامية؟ وهل يجوز التبرع بأعضائه؟ والسؤال المركزي: كيف يثبت موت الدماغ ثبوتًا تقوم به الحجة الطبية والفقهية والنظامية، وكيف يُدار ما بعده من رفع الأجهزة والاعتراض الأسري والحمل والتبرع، من غير أن يصير أحدها سببًا للتشخيص أو عائقًا له؟

الأهداف والحدود

ويريد الفصل أن يخرج القارئ منه وقد ميّز موت الدماغ من الحالات المشابهة، وطبّق شروط التشخيص بترتيبها، وعرف متى يُلجأ إلى الاختبار المساعد وأيّها يُختار، وقرأ النصوص الفقهية الثلاثة بلفظها وفروقها، وطبّق النصوص السعودية، وأدار اعتراض الأسرة والحمل ومسار التبرع إدارة مؤسسية.

ولا يقدم الفصل حكمًا علاجيًا لمريض معين، ولا فتوى في واقعة عين، ولا يحل محل نماذج البروتوكول الوطني. ولا يعيد بسط ما له فصل أم: القواعد الكلية (انظر الفصل 2، المبحث خامسًا)، واضطرابات الوعي والتنبؤ العصبي (انظر الفصل 27)، والقرار بالنيابة (انظر الفصل 40)، والإنعاش وقرار عدم محاولته (انظر الفصل 41)، وجدوى العلاج (انظر الفصل 42)، والتغذية الصناعية (انظر الفصل 44)، وزراعة الأعضاء ونظام التبرع في غير ما يخص تشخيص الوفاة (انظر الفصل 47).

أولًا: الركن الطبي

1-1 المصطلح المعتمد وما يقابله

الموت بين الشريعة والطب. الموت في التصور الإسلامي مفارقة الروح للجسد، وهي حقيقة غيبية لا تُدرك بالفحص، وإنما يُستدل عليها بعلامات ظاهرة يقررها أهل الخبرة. أما الطب فيحدد الوظائف التي يدل توقفها الدائم على وفاة الإنسان. فالطب يصف الحالة، والفقه والنظام يكيفانها؛ ولا يستلزم اختلاف اللغتين تعارضًا.

المصطلح المعتمد. يعتمد الكتاب مصطلح «موت الدماغ»، وهو لفظ قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 26 (1/4) [21]، ويرد «الموت الدماغي» مرادفًا شائعًا في الفتاوى. ويقابله:

CC BY-NC-ND 4.0

المصطلح	موضعه	ما يدل عليه
موت الدماغ / الموت الدماغي	القرارات والفتاوى والاستعمال الطبي العام	المصطلح المعتمد في الكتاب
الوفاة بالمعايير العصبية	الإرشادات الحديثة (Brain death/death by (neurologic criteria	يبرز أن الحكم يقوم على معايير وفحوص محددة لا على وصف عام للتلف
تعطل جميع وظائف الدماغ	القرار 17 (5/3) وقرار المجمع الفقهي	معيار الدماغ الكامل
جذع الدماغ	تعريف الوفاة في نظام التبرع بالأعضاء البشرية	الطريق العصبي لإثبات الوفاة في النظام
الوفاة باعتماد القرائن الدماغية	اللائحة التنفيذية للنظام	نموذج التشخيص في سياق التبرع
موت جذع الدماغ	ممارسة بعض الدول	معيار يكتفي بالجذع، ولا يُستعمل مرادفًا للدماغ الكامل إلا ببيان

موت الدماغ الكامل وموت جذع الدماغ. يُقصد بالأول التوقف الدائم لجميع وظائف الدماغ بما فيها الجذع، ولا يعني إثبات موت كل خلية عصبية، بل غياب الوظائف المحددة التي يقوم عليها المعيار. أما الثاني فالتوقف الدائم لوظائف الجذع، وتعتمده بعض الدول [7]. ولا يجوز استعمالهما مترادفين من غير بيان النموذج المقصود.

الدائم وغير القابل للعكس. غير القابل للعكس: أن الوظيفة لا يمكن أن تعود ولو استُعملت الوسائل المتاحة. والدائم: أنها لن تعود تلقائيًا ولن تُتخذ محاولة لاستعادتها. ولا يكفي قرار بعدم تقديم العلاج لإثبات موت الدماغ؛ بل يجب أن تكون الإصابة نفسها كارثية دائمة.

الموت عملية متدرجة. لا يعني موت الإنسان توقف جميع خلاياه في لحظة واحدة؛ فقد تبقى الدورة الدموية بفعل التهوية والأدوية، وتستمر وظائف جسدية مددًا متفاوتة. فيُفرق بين وفاة الإنسان كائنًا متكاملًا وموت الأعضاء والأنسجة تدريجيًا.

الفصل بين التشخيص والقرارات اللاحقة. أربع مسائل لا تُخلط: تشخيص الوفاة طبيًا، وجواز رفع الأجهزة، وبدء الآثار الشرعية والنظامية، والتبرع بالأعضاء. فقد يجيز اتجاه فقهي رفع الأجهزة ويؤخر ترتيب أحكام الوفاة، وثبوت الوفاة لا يؤدي تلقائيًا إلى جواز التبرع. وهذا الفصل الرباعي مفتاح الفصل كله.

1-2 التمييز عن الحالات المشابهة

الخلط بين موت الدماغ وما يشبهه يؤدي إلى أحد خطأين: إعلان الوفاة قبل استكمال شروطها، أو رفضها رغم تحقق معاييرها. وتفصيل اضطرابات الوعي في الفصل 27، وعدم الجدوى في الفصل 42، وعدم الإنعاش في الفصل 41.

الحالات التي تُخلط بموت الدماغ

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	ما يبقى فيها	لماذا ليست موت دماغ
الغيبوبة	قد يبقى التنفس التلقائي ومنعكسات الجذع واحتمال الإفاقة	فقد عميق للوعي، ولو طال أو ساء مآله
متلازمة اليقظة غير المستجيبة	دورات فتح العينين وإغلاقهما، وتنفس تلقائي، وبعض وظائف الجذع	غياب دليل ثابت على الوعي لا يساوي الموت
حالة الحد الأدنى من الوعي	أدلة محدودة متقطعة على الوعي	قدر من الوظيفة الواعية ما زال قائمًا
متلازمة المنحبس	وعي كامل مع عجز عن الحركة والكلام	غياب الحركة لا يساوي غياب الوعي
التلف الدماغي الشديد وسوء المآل	إصابة واسعة غير قابلة للشفاء	التنبؤ غير التشخيص
عدم جدوى العلاج	مريض حي لم تعد بعض العلاجات تنفعه	حكم على تدخل، لا على الحياة
قرار عدم الإنعاش	مريض حي تقرر ألا يُنعش إذا توقف قلبه	لا يعني وفاة ولا يجيز تلقائيًا رفع الدعم
الحركات الشوكية بعد موت الدماغ	حركات مصدرها الحبل الشوكي	لا تدل بذاتها على نشاط دماغي، وتستلزم تفسيرًا وتوثيقًا

1-3 شروط البدء واستبعاد المربكات

لا يُعتد بفحص أُجري قبل التحقق من أهلية المريض للتقييم. فيجب قبله ثبوت إصابة دماغية كارثية معلومة السبب، تتوافق مع الصورة السريرية، وثبوت ديمومتها بالمسار والتصوير والزمن، وعدم وجود تفسير بديل قابل للعلاج [4، 5]. ويساعد التصوير في تحديد السبب والشدة، لكنه لا يثبت الوفاة منفردًا. ويشترط الإرشاد الأمريكي لعام 2023م مرور 24 ساعة على الأقل بعد الإصابة الدماغية بنقص التروية والأكسجة (كما بعد توقف القلب) لمن بلغ 24 شهرًا فأكثر، و48 ساعة على الأقل بعد الإصابة الدماغية الحادة لمن هو دونها [5].

المهدئات والسموم. قد تسبب غيبوبة عميقة وتثبيطًا لمنعكسات الجذع والتنفس. فتُراجع الأدوية وجرعاتها ومدة التسريب ووقت آخر جرعة ووظائف الكلى والكبد والحرارة والتداخلات. ولا يكفي الاعتماد الآلي على عدد ثابت من أعمار النصف، لأنها تطول مع الفشل العضوي وانخفاض الحرارة والتسريب المطول؛ وقد يلزم قياس مستوى الدواء أو إطالة الانتظار [5].

مرخيات العضلات. تمنع الحركة ولا تلغي الوعي؛ فيُتحقق من زوال أثرها بالسجل الدوائي أو التحفيز العصبي العضلي.

CC BY-NC-ND 4.0

انخفاض الحرارة. يثبط الوعي والمنعكسات والتنفس ويطيل أثر الأدوية. ويشترط الإرشاد الأمريكي حرارة مركزية لا تقل عن 36°م قبل التقييم، وانتظار 24 ساعة على الأقل بعد إعادة التدفئة لمن انخفضت حرارته إلى 35.5°م أو أقل [5].

ضغط الدم والاستقلاب. يجب ألا يوجد انخفاض شديد في الضغط أو اضطراب استقلابي أو غدي يفسر الغيبوبة أو غياب المنعكسات. ولا يشترط أن تكون القيم كلها طبيعية تمامًا، لكن يجب ألا يكون الخلل كافيًا لتفسير الفحص.

1-4 الفحص السريري واختبار انقطاع التنفس

الغيبوبة التامة. إثبات غياب أي استجابة واعية أو هادفة للمنبهات. ولا تُعد الحركات الشوكية استجابة دماغية، لكن تُوصف كل حركة وتُفسر [4].

منعكسات جذع الدماغ. يُتحقق من غياب منعكس الحدقة للضوء، ومنعكس القرنية، والمنعكس العيني الرأسي عند سلامة الفقرات العنقية، والمنعكس العيني الدهليزي، والاستجابة الوجهية للألم، ومنعكسي التقيؤ والسعال، وتُسجل نتيجة كل منعكس على حدة [5]. فإذا تعذر فحص أحدها لإصابة في العين أو الوجه أو الأذن، فلا يُسجل «غائبًا»، بل يوثق سبب التعذر ويُستكمل المسار البديل.

اختبار انقطاع التنفس. غرضه إثبات غياب المحاولة التنفسية رغم وصول ثاني أكسيد الكربون إلى المستوى المحفز لمركز التنفس. ويُعد في الإرشاد الأمريكي مثبتًا لغياب التنفس إذا لم تحدث محاولة تنفسية مع درجة حموضة شريانية دون 7.30، وضغط جزئي لثاني أكسيد الكربون لا يقل عن 60 ملم زئبقي ويزيد 20 ملم زئبقي على الأقل على قيمته قبل الاختبار، لمن لا يحتبس ثاني أكسيد الكربون مزمنًا [5]. ويشترط قبله استكمال الفحص السريري، واستقرار الضغط والأكسجة، وتصحيح الحرارة، ومعرفة الغازات الأساسية، وتحديد شروط الإيقاف. ويوقف عند هبوط الضغط غير المقبول أو نقص الأكسجة أو اضطراب النظم الخطير أو ظهور محاولة تنفسية. **والاختبار غير المكتمل لا يُعد إيجابيًا**؛ فإذا تعذر إكماله لجأ الفريق إلى اختبار مساعد معتمد [4، 5]. ولمرضى الأكسجة الغشائية خارج الجسم طريقة معدلة للاختبار [5].

1-5 الاختبارات المساعدة: متى تُجرى وأيها يُقبل

الأصل أن التشخيص سريري، والاختبار المساعد (ويسمى التأكيدي في بعض الأدلة) ليس جزءًا روتينيًا منه. ويقرر الإرشاد الأمريكي لعام 2023م ما يأتي [5، 6]:

- **متى:** لا يُجرى إلا إذا تعذر إكمال الفحص العصبي أو اختبار انقطاع التنفس، أو تعذر تفسير نتائجهما. وحصر مواضعه في أربعة: إصابة تمنع تقييم بعض عناصر الفحص، وتعذر إجراء اختبار انقطاع التنفس بأمان أو تفسير نتيجته عند محتبس ثاني أكسيد الكربون مزمنًا، ونتائج عصبية يصعب تفسيرها، واضطراب استقلابي لا يمكن تصحيحه.
- **ما يُقبل:** تصوير الأوعية الدماغية بالقثطرة لأوعية الرقبة الأربعة، وتصوير التروية بالنظائر المشعة (SPECT أو التصوير الوعائي المستوي بالنظائر)، والدوبلر عبر الجمجمة للبالغين وحدهم.
- **ما لا يُقبل:** تخطيط الدماغ الكهربائي والجهود المستثارة، والتصوير الطبقي للأوعية، والرنين المغناطيسي وتصوير الأوعية بالرنين. ولا يُقبل الدوبلر عبر الجمجمة للأطفال.

CC BY-NC-ND 4.0

- **حدوده:** لا يُستعمل الاختبار المساعد لتجنب إجراء ما يمكن إجراؤه من الفحص، ويبقى الفحص واختبار انقطاع التنفس واجبين إلى أقصى ما يمكن.

وهذا تحول مهم عما استقر في كثير من البروتوكولات القديمة التي جعلت تخطيط الدماغ الكهربائي اختبارًا مقبولًا. أما البروتوكول السعودي فينص الدليل الوطني على أن تعذر اختبار انقطاع التنفس أو إخفاقه لأسباب سريرية يُوثق في النموذج ويُطلب معه اختبار لتدفق الدم الدماغي [12]. وتفاصيل قائمة الاختبارات المعتمدة محلها الملحق (ب) من الدليل، وإليه المرجع عند التطبيق، لا إلى إرشاد أجنبي. ولا يصح بحال استعمال اختبار مساعد لتجاوز عامل دوائي لم يُستبعد.

1-6 عدد الفحوص والفئات الخاصة

عدد الفحوص. يكتفي الإرشاد الأمريكي بفحص واحد على الأقل في البالغين، ويجيز فحصًا ثانيًا مستقلًا. ويوجب في الأطفال فحصين مستقلين يجريهما طبيبان مختلفان بفاصل لا يقل عن 12 ساعة، ولا يُجرى التقييم لمن عمره المصحح دون 37 أسبوعًا [5]. أما في المملكة فالعدد والفواصل والمؤهلات يحددها البروتوكول الوطني في الملحق (ب) من دليل المركز السعودي لزراعة الأعضاء [12]، ولا تُستكمل من إرشاد أجنبي.

التوثيق. يتضمن السجل سبب الإصابة ودليل ديمومتها، والتصوير، والحرارة والضغط، والأدوية ووقت إيقافها، ووظائف الكلى والكبد، واستبعاد المرخيات، ونتيجة كل منعكس على حدة، وتفاصيل اختبار انقطاع التنفس، وسبب الاختبار المساعد ونتيجته، وأسماء الأطباء وتخصصاتهم، وأوقات الفحوص، ووقت اكتمال التشخيص، وما أُبلغت به الأسرة. ولا تكفي عبارة عامة مثل «الفحص متوافق مع موت الدماغ».

ما بعد توقف القلب وخفض الحرارة. تتداخل إصابة نقص الأكسجة والمهدئات والمرخيات وخفض الحرارة والفشل العضوي؛ فيؤجل الفحص حتى إعادة التدفئة ومرور المدة وزوال أثر الأدوية [5].

إصابة الوجه والعينين والأذنين. يوثق العنصر المتعذر ولا يُسجل غائبًا، ويُستعمل الاختبار المساعد إذا لزم.

الحركات الشوكية. يُفرق بين حركة طرفية شوكية، واستجابة وجهية أو عينية، ومحاولة تنفسية، وحركة هادفة. ولا تنفي الحركة الشوكية التشخيص إذا ثبت مصدرها، لكنها تحتاج توثيقًا وشرحًا للأسرة [4].

الحمل. يقرر الإرشاد الأمريكي أن الحمل بذاته لا يمنع تقييم موت الدماغ، وأن على الأطباء مناقشة منافع استمرار الدعم ومخاطره مع صاحب القرار [5]. فالحمل لا يغير عناصر تشخيص وفاة الأم، لكنه يفتح بعد اكتمال التشخيص قرارًا مستقلًا في استمرار الدعم الجسدي لمصلحة الجنين (الحالة الثالثة).

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: ترتيب خطوات إثبات الوفاة بالمعايير العصبية.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 حماية الحياة وعدم الإضرار في الاتجاهين

احترام الحياة يقتضي ألا تُعلن الوفاة بالظن، وأن يُستبعد كل سبب قابل للعكس، وألا تُختصر الفواصل ولا الفحوص. والضرر هنا يأتي من جهتين: من إعلان مبكر يتبعه رفع الدعم أو استئصال الأعضاء ممن لم تثبت وفاته، ومن تدخلات تستمر بعد ثبوت الوفاة بلا غرض علاجي. وأما اعتبارات الموارد فلا شأن لها بأصل التشخيص بحال.

2-2 الأساس الفلسفي للمعيار وحدوده

وثلاث صياغات تتنازع تبرير المعيار. الأولى **معيار التكامل الجسدي:** الدماغ منظم مركزي، فإذا توقفت وظائفه الأساسية فذلك موت للكائن [13]؛ ويضعفه استمرار بعض الوظائف كالإفراز الهرموني والتئام الجروح واستمرار الحمل [15، 16]. والثانية **معيار الوعي أو «الدماغ الأعلى»:** يربط موت الشخص بالفقد الدائم للوعي؛ ويواجه اعتراضًا قويًا، لأنه قد يعد مرضى اضطرابات الوعي الشديدة موتى وهم يتنفسون. والثالثة **معيار الوظيفة الأساسية للكائن، وهي** صياغة المجلس الرئاسي الأمريكي عام 2008م، وتقوم على الفقد الدائم لانفتاح الكائن على محيطه بالوعي والحاجة إلى التنفس [19].

والدفاع الأخلاقي الأقوى دفاع متواضع: يقر باستمرار بعض الوظائف الجسدية، ويحدد الوظائف العصبية التي هي محل المعيار، ويشدد على سلامة البروتوكول والصدق واستقلال التشخيص [14]. وهنا ثلاثة أسئلة ينبغي ألا تختلط: سلامة التشخيص إجرائيًا، والأساس المفاهيمي للموت، ومشروعية الآثار المترتبة. فلا يصح أن يُجعل الخلاف الفلسفي تشكيكًا في كل تشخيص صحيح، ولا أن يُجعل الإتقان الإجرائي إنكارًا لخلاف معتبر موجود.

CC BY-NC-ND 4.0

2-3 الكرامة والصدق مع الأسرة

وكرامة الإنسان محفوظة قبل الوفاة وبعدها: يُستر الجسد، وتُقلل الإجراءات غير الضرورية، ولا يُعامل مصدرًا للأعضاء، وتُحترم شعائر الأسرة. وتُجتنب العبارات المضللة مثل «نصف ميت» أو «مخه مات لكن جسمه حي». والأدق أن يُشرح للأسرة أن القلب يستمر بفعل التهوية والدعم، وأن الوظائف العصبية التي يقوم عليها التشخيص قد فُقدت، وأن يُفسَّر لها النبض والدفء والحركات الشوكية قبل أن تراها فتفزع، وألا يُخفى عنها وجود خلاف فقهي معتبر. ويقرر الإرشاد الأمريكي إبلاغ الأسرة وإتاحة حضورها التقييم إن رغبت [5].

2-4 تضارب المصالح وقاعدة المتبرع الميت

والعدالة تقتضي أن تُستعمل موارد العناية المركزة بمسؤولية، ولكنها لا تبرر تسريع التشخيص ولا تخفيف شروطه. ويجب الفصل المؤسسي بين أربعة أفرقة: فريق العلاج، وفريق التشخيص، وفريق تنسيق التبرع، وفريق الاستئصال والزراعة. وتقرر قاعدة المتبرع الميت ألا يكون الاستئصال سبب الوفاة، وألا يبدأ إلا بعد ثبوتها. وقد اقترح تروغ وميلر التخلي عنها وبناء التبرع على الرضا وعدم الإضرار [17]؛ ولكن ذلك يفصل الاستئصال عن إثبات الوفاة، ويعرّض الثقة العامة للخطر، ولا يتسق مع اشتراط القرار 26 (1/4) للموت في النقل من الميت [21].

2-5 الاعتراض الأسري والديني

وقد تستند الأسرة إلى رأي فقهي يشترط توقف القلب، أو إلى فتوى تفرق بين رفع الأجهزة وبدء أحكام الموت. واقتراح فيتش وروس إتاحة الاختيار بين المعيارين فيه احترام للتعدد [18]، ولكنه يخلق للحالة الطبية الواحدة أكثر من وقت قانوني للوفاة، ويصعب تشغيله في نظام يحتاج إلى معيار موحد. وتبين الخبرة المقارنة أن النزاعات القانونية تتركز غالبًا في سلامة تطبيق المعيار، والاعتراض الأسري، والمهلة، لا في اسم التشخيص [22، 23].

والموقف المختار: أن يحترم الفريق الاعتراض فلا يسخر منه، ويقدم شرحًا طبيًا واضحًا، ويتيح رأيًا ثانيًا، ويشرك مستشارًا شرعيًا، ويمنح مهلة معقولة محددة، ويطبق سياسة واحدة على الجميع. ولكن التعدد لا يعني أن يصير وقت الوفاة مسألة تفاوض فردي بلا إطار مؤسسي؛ وإنما مسار الخلاف لجنة الأخلاقيات (انظر الفصل 13).

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 حقيقة الموت وقواعد النظر

حجية قول أهل الخبرة. يُرجع في المسائل الطبية الدقيقة إلى أهل الاختصاص الموثوقين. وحجية قولهم مشروطة بالاختصاص والخبرة والأمانة والاستقلال والالتزام بالمعيار وتعدد الرأي عند اشتراطه وانتفاء تضارب المصالح؛ ولهذا اشترط القرار 17 (5/3) «الأطباء الاختصاصيون الخبراء»، واشترط المجمع الفقهي «لجنة من ثلاثة أطباء اختصاصيين خبراء» [9، 24].

اليقين لا يزول بالشك. الأصل بقاء الحياة (انظر الفصل 2، المبحث خامسًا). فلا يُحكم بوفاة من بقي الشك في حاله، ولا يُتجاوز أثر الأدوية بالافتراض، ولا تبدأ الآثار الشرعية مع تشخيص

CC BY-NC-ND 4.0

ناقص. فإذا تحقق التشخيص بمعيار معتبر وشهادة الخبراء انتقل الحكم إلى يقين عملي تُبنى عليه الأحكام عند من يعتبر العلامة.

لا ضرر ولا ضرار. تمنع القاعدة طرفين: إعلان وفاة الحي، وإلزام الجسد بتدخلات لا غرض علاجيًا لها بعد ثبوت الوفاة. ولا يُستعمل حفظ النفس لتبرير استمرار كل جهاز في جميع الأحوال، ولا تُستعمل «عدم الجدوى» لتسهيل إعلان الوفاة.

3-2 قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش

صدر القرار عن مجلس المجمع في دورة مؤتمره الثالث بعمّان، من 8 إلى 13 صفر 1407هـ (11–16 أكتوبر 1986م)، بعد تداوله في النواحي المثارة واستماعه لشرح الأطباء المختصين. ونصه:

> «يعتبر شرعًا أن الشخص قد مات، وتترتب جميع الأحكام المقررة شرعًا للوفاة عند ذلك، إذا تبينت فيه إحدى العلامتين التاليتين: 1- إذا توقف قلبه وتنفسه توقفًا تامًّا، وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه. 2- إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلًا نهائيًّا، وحكم الأطباء الاختصاصيون الخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه، وأخذ دماغه في التحلل. وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على الشخص، وإن كان بعض الأعضاء، كالقلب مثلًا، لا يزال يعمل آليًّا بفعل الأجهزة المركبة» [9].

قوة القرار أنه رتب أحكام الوفاة كلها على طريقين متكافئين في الأثر، واشترط الاختصاص والخبرة وعدم الرجعة، ونقل المسألة من الاجتهاد الفردي إلى الجماعي. لكن عبارتي «جميع وظائف دماغه» و«أخذ دماغه في التحلل» لا يجوز حذفهما عند النقل، ولا تحويلهما تلقائيًا إلى بنود الفحص المعاصر. فالفحص السريري لا يدعي موت كل خلية، و«التحلل» ليس بندًا سريريًا مستقلًا في البروتوكولات الحديثة. وهذا يوجب تفسيرًا فقهيًا طبيًا مؤسسيًا محدثًا لمصطلحات القرار، لا حذف شروطه ولا إعادة صياغتها باجتهاد فردي. ثم بنى المجمع على هذا القرار قراره 26 (1/4) في نقل الأعضاء، فنص على أن «الموت يشمل حالتين»: موت الدماغ بتعطل جميع وظائفه تعطلًا نهائيًا لا رجعة فيه طبيًا، وتوقف القلب والتنفس توقفًا تامًا لا رجعة فيه طبيًا، وأنه روعي فيهما قرار الدورة الثالثة [21]. وبسط أحكام النقل في الفصل 47.

3-3 قرار المجمع الفقهي الإسلامي في دورته العاشرة والفرق بينهما

نظر المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في المسألة في دورته العاشرة بمكة المكرمة (24–28 صفر 1408هـ / 17–21 أكتوبر 1987م)، وقرر في قراره الثاني:

> «المريض الذي ركبت على جسمه أجهزة الإنعاش يجوز رفعها إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلًا نهائيًا، وقررت لجنة من ثلاثة أطباء اختصاصيين خبراء أن التعطل لا رجعة فيه، وإن كان القلب والتنفس لا يزالان يعملان آليًا بفعل الأجهزة المركبة، لكن لا يحكم بموته شرعًا إلا إذا توقف التنفس والقلب توقفًا تامًا بعد رفع هذه الأجهزة» [24].

الفرق بين القرارين

CC BY-NC-ND 4.0

وجه المقارنة	القرار 17 (5/3) لمجمع الفقه الإسلامي الدولي	قرار المجمع الفقهي الإسلامي (الدورة العاشرة)
حكم موت الدماغ	موت شرعي تترتب عليه جميع أحكام الوفاة	ليس موتًا شرعيًا بذاته
رفع الأجهزة	يسوغ	يجوز
من يقرر	الأطباء الاختصاصيون الخبراء	لجنة من ثلاثة أطباء اختصاصيين خبراء
الشرط الإضافي	«أخذ دماغه في التحلل»	لا يُذكر
وقت الحكم بالموت	عند ثبوت التعطل النهائي	بعد رفع الأجهزة وتوقف القلب والتنفس توقفًا تامًا

فالقراران يتفقان على جواز رفع الأجهزة بعد ثبوت التعطل النهائي لجميع وظائف الدماغ، ويفترقان في وقت الحكم بالموت وما يتبعه من تجهيز وإرث وعدة. وقرار المجمع الفقهي هو النص المؤسس للاتجاه الوسيط الذي يفرق بين رفع الأجهزة وثبوت الوفاة.

3-4 قرار هيئة كبار العلماء وفتاوى الشيخ ابن باز

أصدر مجلس هيئة كبار العلماء في المملكة عام 1417هـ قرارًا في المسألة، هو القرار رقم (181) وتاريخ 12/4/1417هـ [25، 26]، نشرته مجلة البحوث الإسلامية (العدد 58، ص 379)، ونصه:

> «قرر المجلس أنه لا يجوز شرعًا الحكم بموت الإنسان الموت الذي تترتب عليه أحكامه الشرعية بمجرد تقرير الأطباء أنه مات دماغيًا، حتى يُعلم أنه مات موتًا لا شبهة فيه، تتوقف معه حركة القلب والنفس، مع ظهور الأمارات الأخرى الدالة على موته يقينًا» [26].

وهو أقرب إلى قرار المجمع الفقهي منه إلى القرار 17 (5/3)، ولم يتعرض نصه المنقول لحكم رفع الأجهزة. ومثله فتوى الشيخ عبد العزيز بن باز رحمه الله: «لا يحكم بموته ولا يستعجل عليه، وينتظر حتى يموت موتًا لا شك فيه»، وعلّل ذلك بالتحذير من «عجلة من بعض الأطباء حتى يأخذوا منه قطعًا وأعضاء» [27]؛ وصلة ذلك بالتبرع في الفصل 47. وفصّل الشيخ في جواب آخر فأجاز ترك الأجهزة ونزعها إذا عُلم أن المخ قد مات ولا فائدة منها، وقرر ذلك طبيبان فأكثر من أهل الخبرة الموثوقين. ثم قال:

> «ولكن بعد نزعها لا يستعجل حتى ينظر في القلب وحركة القلب، فإذا تيقن أنه ميت، وليس هناك حركة في القلب، وما يدل على الحياة؛ حينئذ يسعى في تجهيزه... ثم بعد هذا قسم تركته» [28].

فالنصوص السعودية الفقهية المنشورة تتفق على تأخير الحكم بالموت وآثاره إلى توقف القلب والتنفس، وتنص فتوى الشيخ ابن باز على جواز رفع الأجهزة عند ثبوت موت الدماغ بشهادة أهل الخبرة، ولم يتعرض قرار الهيئة المنقول للرفع. ويُعرض ذلك اجتهادًا فقهيًا معتبرًا، لا بروتوكولًا طبيًا. ويلاحظ منهجيًا أن ما يُروى من «عودة» من قيل إنهم ماتوا دماغيًا لم يُوثق فيه استيفاء المعايير، وأكثره يفسره فحص أُجري قبل استبعاد المربكات.

CC BY-NC-ND 4.0

3-5 رفع الأجهزة بعد التشخيص

يتفق قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 17 (5/3) وقرار المجمع الفقهي الإسلامي وفتوى الشيخ ابن باز على أن ثبوت التعطل النهائي لجميع وظائف الدماغ بشهادة أهل الخبرة يسوّغ رفع أجهـزة الإنعاش [9، 24، 28]؛ ولم يتعرض نص قرار هيئة كبار العلماء المنقول لحكم الرفع [26]. ويبقى في المسألة اتجاه لا يعد موت الدماغ وفاة تامة، ويرى استمرار القلب والدورة الدمويـة مانعًـا من ترتيب أحكام الموت، ويسـتند إلى أصـل بقـاء الحيـاة والاحتيـاط للنفـوس وخطـورة مـا يُبـنى على التشـخيص من استئصـال أعضـاء وإرث وعـدة؛ ومن صـوره قـرار الهيئـة وفتـوى الشـيخ ابن بـاز المتقدمان [26، 27]. فلا يصح وصف جواز الرفع بأنه محـل اتفـاق عـام، بـل هـو مـا نصـت عليـه النصوص الثلاثة المذكورة. ويختلف التكييف: فهو عند المجمع الدولي رفع لأجهـزة عن ميت، وعنـد المجمع الفقهي والشيخ ابن باز رفع لوسيلة لا فائدة منها عن جسد لم يُحكم بموتـه بعـد. ولا يتغـير بذلك الفعل الطبي، لكن يتغير توقيت الآثار ولغة التوثيق.

ويترتب على ذلك في الممارسة، اجتهادًا من المؤلف: أن المنشأة تتبع القرار 17 (5/3) والنظـام، فلا تجعل إذن الأسرة شرطًا لرفع الأجهزة بعد اكتمال التشخيص، لكنهـا تبلـغ وتشـرح وتمنح مهلـة إنسانية محدودة. وعلى الاتجاه المفرق يكون الرفع سحبًا لعلاج غير مجـدٍ عن حي حكمًـا، فيحكمـه ما في الفصلين 41 و42، ومنه اشتراط ثلاثة أطبـاء مختصـين، وهـو نصـاب قـرار المجمـع الفقهي نفسه [24]. وأن الرفع يتم بعد اكتمال التشخيص وتوثيقه، لا قبله. وأن الأزمنة تُوثـق منفصـلة (4-5).

أما فتوى اللجنة الدائمة 12086 فموضوعها ترك الإنعاش لمـريض حي لا يجـدي فيـه، لا تشـخيص الوفاة، فلا يُنقل حكمها إلى موت الدماغ ولا العكس (انظر الفصل 41).

3-6 الآثار المترتبة وحصيلة الموازنة

إذا عُد موت الدماغ وفاة تامة ترتبت عليه آثارها: التجهيز والغسـل والصـلاة والـدفن، وبـدء العـدة، واستحقاق الإرث، ونفاذ الوصية، وجواز نقل الأعضاء بشـروطه. أمـا الاتجـاه المفـرق فيـؤخر هـذه الآثار إلى توقف القلب والتنفس. ولهذا لا يجـوز إخفـاء الخلاف أو اختزالـه في سـؤال نـزع الجهـاز وحده.

وحصيلة الموازنـة: القـرار 17 (5/3) سـند فقهي جمـاعي معتـبر بُـنيت عليـه أنظمـة وقـرار نقـل الأعضاء؛ والاتجاه الذي لا يعد موت الدماغ موتًا تامًـا، في قـرار المجمـع الفقهي وقـرار هيئـة كبـار العلماء وفتوى الشيخ ابن باز، معتبر، ولا سيما في الآثـار الكـبرى. والطـبيب لا يحسـم هـذا الخلاف باجتهاده؛ بل يطبق النظام والبروتوكول النافذين، ويعـرض الخلاف بصـدق، ويرفـع الآثـار المختلـف عليها إلى المرجعية الشرعية والقانونية المختصـة. ولا يجـوز أن يكـون التـبرع سـببًا لتغليب اتجـاه. وصلة موت الدماغ بالتبرع وشروط الإذن فيه مبسوطة في الفصل 47.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: الاتجاهات الفقهية الثلاثة في موت الدماغ، ومستند كل منها، وموقف الطبيب من الخلاف.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 مراتب النصوص

تؤدي المصادر السعودية وظائف مختلفة: النظام يضع التعريف والإطار الملزم، واللائحة التنفيذية تفصل التحقق والتوثيق في سياق التبرع، والدليل الوطني يصف الفحص خطوة خطوة، وسياسة المنشأة تشغّل المسار من غير أن تخالف ما فوقها. وقد كان الخلط بين هذه المراتب سببًا في نسبة عدد الفحوص أو اختبار بعينه إلى مادة نظامية لا تتضمنه.

4-2 تعريف الوفاة في نظام التبرع بالأعضاء البشرية

صدر نظام التبرع بالأعضاء البشرية بالمرسوم الملكي رقم (م/70) وتاريخ 19/8/1442هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (468) وتاريخ 17/8/1442هـ، ونُشر في جريدة أم القرى في 27/8/1442هـ (9/4/2021م) [10، 11]. ومن نصوصه الحاكمة هنا:

> المادة الأولى: «الوفاة: مفارقة الإنسان حياته بصورة يقينية وفقًا للمعايير الطبية الدقيقة، بحيث يستحيل معها عودته للحياة، نتيجة توقف القلب والرئتين أو جذع الدماغ» [10].
>
> المادة الحادية عشرة: «مع مراعاة ما ورد في النظام في شأن نقل الأعضاء البشرية من المتوفين، يكون التحقق من الوفاة لأجل التبرع بالأعضاء البشرية وفقًا للأوضاع والضوابط التي تحددها اللائحة» [10].

ونصت المادة الرابعة عشرة على تكوين «لجنة طبية عليا من جميع القطاعات الصحية لا تقل درجة العضو فيها عن طبيب استشاري، تتولى إعداد دليل متكامل» للشروط والضوابط والمعايير [10].

CC BY-NC-ND 4.0

فالتعريف يعترف بالطريق العصبي لإثبات الوفاة «وفقًا للمعايير الطبية الدقيقة» و«بصورة يقينية يستحيل معها العودة»، وهي قيود تتقاطع مع شرطي الخبرة وعدم الرجعة في القرار 17 (5/3). ويلاحظ أمران: أن لفظ النظام «جذع الدماغ» ولفظ القرار «جميع وظائف دماغه»، فيلزم أن يبين البروتوكول الوطني المعيار الذي يطبقه؛ وأن التعريف وارد في نظام موضوعه التبرع، أما عدد الفاحصين والفواصل والاختبارات فمصدرها الدليل الوطني الذي أحالت إليه المادة الرابعة عشرة.

4-3 اللائحة التنفيذية: التحقق من الوفاة واستقلال التوثيق

صدرت اللائحة التنفيذية بقرار وزير الصحة رئيس المجلس الصحي السعودي رقم (29425-4) وتاريخ 21/2/1443هـ، ونُشرت في جريدة أم القرى في 12/10/1443هـ (13/5/2022م) [11]. ونصوصها الحاكمة في المادة الحادية عشرة:

> «11-1: يكون التحقق من الوفاة لأجل التبرع بالأعضاء البشرية وفقًا لما يلي: 11-1-1 استكمال النموذج المعتمد لتشخيص الوفاة باعتماد القرائن الدماغية الوارد في الدليل. 11-1-2 استكمال النموذج المعتمد لتشخيص الوفاة بعد توقف القلب والدوران الوارد في الدليل... 11-2: عدم مشاركة أي عضو من فريق زراعة الأعضاء في عملية توثيق الوفاة. 11-3: يجب على المستشفى المتبرع إبلاغ ذوي المتوفى والمركز بالوفاة فور التحقق منها... 11-4: تصدر شهادة الوفاة الرسمية بعد فصل أجهزة التنفس الصناعي وتوقف نبض القلب نهائيًا من المستشفى الذي تمت فيه عملية استئصال الأعضاء» [11].

وتُقرأ هذه الفقرات معًا وبحدودها. فاستكمال نموذج التشخيص بالقرائن الدماغية غير لحظة إصدار شهادة الوفاة الرسمية في مسار التبرع. والفقرة (11-2) تقنين صريح لاستقلال التشخيص عن فريق الزراعة. وهذه الأحكام مقيدة بعبارة «لأجل التبرع»، فلا تُعمم بلا سند على كل وفاة خارج نطاق النظام. واللافت أن الفقرة (11-4) تؤخر الشهادة الرسمية إلى توقف القلب، فتلتقي عمليًا مع الاتجاه الفقهي المفرق في توقيت الوثيقة، مع اعتراف النظام بالتشخيص العصبي أساسًا للتبرع.

4-4 البروتوكول الوطني في دليل المركز السعودي لزراعة الأعضاء

أصدر المركز السعودي لزراعة الأعضاء «دليل إجراءات التبرع وزراعة الأعضاء البشرية في المملكة العربية السعودية» في إصداره الثالث عام 2024م، وفي ملحقه (ب) «البروتوكول الوطني لتشخيص الوفاة وفق المعايير العصبية» [12]. ومما ينص عليه الدليل في مسار التبرع بعد موت الدماغ [12]:

- اتباع البروتوكول الوطني في تشخيص الوفاة بالمعايير العصبية وإعلانها وتوثيقها في النموذج المعتمد، من غير تأخير لا حاجة إليه.
- إذا تعذر إجراء اختبار انقطاع التنفس أو أخفق لأسباب سريرية وُثق ذلك في النموذج، ولزم اختبار لتدفق الدم الدماغي.
- بعد اكتمال توثيق الوفاة يبلغ الطبيب المعالج ذوي المتوفى فورًا بلغة واضحة متدرجة، ولا يناقش التبرع مع الأسرة في ذلك الوقت.
- لا يُفاتح منسق التبرع الأسرة إلا بعد التحقق من فهمها للتشخيص.

CC BY-NC-ND 4.0

وتنص شروط التبرع المنشورة لدى المركز على ألا يشارك أحد من الفريق الطبي الذي يعد عملية الزراعة وينفذها في تشخيص موت الدماغ، وعلى التأكد من أن المتوفاة ليست حاملًا، فإن ثبت الحمل لم يجز التبرع إلا عند وفاة الجنين [29].

ولا يغني هذا الملخص عن النموذج والجداول الأصلية في الملحق (ب)؛ ولا يجوز استبدال حد أجنبي بحد سعودي، ولا اختيار اختبار مساعد غير وارد في الإصدار النافذ.

4-5 المسؤولية المهنية والأزمنة الخمسة

تحكم المسؤولية المهنية العامة للممارس أحكام نظام مزاولة المهن الصحية [30]، وانتقلت دعاوى الأخطاء الطبية إلى القضاء العام (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا). وتقوم المسؤولية في هذا الباب عند مخالفة الأصول المهنية أو النظامية، وأشدها أثرًا: إجراء الفحص بغير المؤهلين، وإشراك فريق الزراعة في توثيق الوفاة خلافًا للفقرة (11-2)، والاستئصال دون استيفاء الإذن والضوابط، وعدم توثيق اعتراض الأسرة ومراجعته. وتقل عندما يلتزم الطبيب بالبروتوكول ويستعين بالخبرات ويوثق كل خطوة ويفصل بين التشخيص والتبرع.

وقاعدة الأزمنة الخمسة: وقت اكتمال تشخيص الوفاة بالقرائن الدماغية، ووقت فصل أجهزة التنفس، ووقت توقف القلب، ووقت إصدار شهادة الوفاة الرسمية، ووقت استئصال الأعضاء إن وُجد. وهذه لا تُوحد تلقائيًا، بل يُسجل كل منها بحسب نصه؛ وتتأكد أهميتها لأن اللائحة فصلت في سياق التبرع بين نموذج التشخيص وشهادة الوفاة [11]، ولأن الخلاف الفقهي في وقت الموت يجعل كل زمن منها محلًا لأثر مختلف.



شكل: ما يترتب على اكتمال التشخيص: أربعة قرارات منفصلة، وقاعدة المتبرع الميت، والأزمنة الخمسة.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 الموازنة بالأركان الأربعة

لا ينتج القرار الصحيح من ركن واحد؛ ويضعف إذا صح في ثلاثة أركان واختل في الرابع.

أسئلة القرار في الأركان الأربعة

CC BY-NC-ND 4.0

سؤال القرار	الركن الطبي	الركن الأخلاقي	الركن الفقهي	الركن النظامي
هل يبدأ التقييم؟	سبب كارثي دائم ومربكات مستبعدة	منع الإعلان المبكر	الأصل بقاء الحياة	شروط الدليل وتوثيقها
هل اكتمل التشخيص؟	غيبوبة، وجذع، وانقطاع تنفس، وفق الدليل	مراجعة مستقلة وشفافية	شهادة الخبراء الموثوقين	النماذج والتواقيع والفواصل الوطنية
ماذا تعني الحركة؟	تصنيفها دماغية أم شوكية	شرحها للأسرة مسبقًا	الشك يوجب التحقق	توثيق الوصف ومراجعة الفاحصين
ماذا بعد التشخيص؟	لا علاج يستعيد الوظائف المتوقفة	كرامة الجسد والمهلة الإنسانية	جواز الرفع، والخلاف في وقت الآثار	فصل الأزمنة وتطبيق النص الخاص
هل يُناقش التبرع؟	ليس جزءًا من التشخيص	منع تضارب المصالح	إذن مستقل وحرمة الجسد	فريق مستقل وبعد إبلاغ الوفاة

5-2 الخوارزمية ذات المحطات العشر

1. ثبّت سبب الإصابة وتوافقه مع الصورة السريرية وديمومته.
2. راجع الحرارة والضغط والأكسجة والاستقلاب والأدوية والسموم والمرخيات ووظائف الكبد والكلى.
3. لا تبدأ الفحص مع مربك لا يمكن استبعاده؛ انتظر أو اتبع المسار البديل المعتمد.
4. نفّذ كل عنصر من الفحص وسجله منفردًا؛ وما تعذر ليس «غائبًا».
5. نفّذ عدد الفحوص والفواصل كما يطلب البروتوكول الوطني للفئة العمرية.
6. أجرِ اختبار انقطاع التنفس بشروط السلامة، وأوقفه عند معيار الإيقاف؛ والاختبار غير المكتمل ليس إيجابيًا.
7. لا تطلب اختبارًا مساعدًا إلا في مواضعه، ومن القائمة المعتمدة.
8. راجع النموذج والتوقيت والتواقيع مراجعة مستقلة قبل اعتماد النتيجة.
9. أبلغ الأسرة بلغة واضحة، واشرح النبض والدفء والحركات الشوكية، وافصل الإبلاغ عن أي حديث في التبرع.
10. وثّق الأزمنة الخمسة والاعتراض والاستشارة والمهلة وقرار المنشأة، وأخضع الحالة لمراجعة جودة.

قاعدة الجيب: لا تصوير وحده، ولا فحص مع مربك، ولا عنصر متعذر يُسجل غائبًا، ولا اختبار انقطاع تنفس غير مكتمل يُعد إيجابيًا، ولا اختبار مساعد بديلًا عن فحص ممكن، ولا تبرع قبل تشخيص مستقل وإبلاغ منفصل.

5-3 الأخطاء الشائعة وإجراء الأمان

أخطاء متكررة وما يمنعها

CC BY-NC-ND 4.0

الخطأ	أثره المحتمل	إجراء الأمان
بدء الفحص قبل زوال المهدئات أو انخفاض الحرارة	إيجابية كاذبة	حساب سياقي للتخلص الدوائي، وتدفئة، وانتظار
عد سوء المآل وفاة	خلط التنبؤ بالتشخيص	تطبيق المعيار كاملًا، أو بحث الجدوى في مسار مستقل
الاعتماد على التصوير وحده	إعلان بلا فحص وظيفي	التصوير لإثبات السبب لا الوفاة
تسجيل المنعكس المتعذر «غائبًا»	فحص ناقص	توثيق التعذر واللجوء إلى الاختبار المساعد
عد اختبار انقطاع التنفس غير المكتمل إيجابيًا	إثبات خاطئ	إعادة آمنة أو اختبار لتدفق الدم
طلب تخطيط الدماغ الكهربائي أو التصوير الطبقي للأوعية اختبارًا مساعدًا	نتيجة بلا حجية وفق الإرشاد الحديث	الالتزام بقائمة البروتوكول الوطني واختبارات تدفق الدم
تفسير كل حركة بأنها شوكية	إغفال نشاط دماغي	وصف الحركة ومراجعتها اختصاصيًا
توحيد الأزمنة في وقت واحد	خلل شرعي ونظامي	تمييز الأزمنة الخمسة
مشاركة فريق الزراعة في التوثيق	تضارب مصالح وفقد ثقة	استقلال كامل وفق الفقرة (2-11)
مناقشة التبرع في اجتماع إبلاغ الوفاة	ضغط على الأسرة وشبهة في التشخيص	فصل زمني ومهني بين الإبلاغ وطلب التبرع

5-4 دليل القرار السريع

مواقف وقواعدها

الموقف	القاعدة الحاكمة	الفعل المهني الصحيح
إصابة كارثية والفريق يريد «حسم» الوفاة	لا فحص قبل الأهلية	استبعاد المربكات كلها ثم البدء وفق البروتوكول
تصوير كارثي بلا فحص كامل	التصوير لا يثبت الوفاة	فحص كامل واختبار انقطاع تنفس أو بديل معتمد
اختبار تنفس أُوقف قبل هدفه	غير المكتمل ليس إيجابيًا	إعادة آمنة أو اختبار تدفق دم وتصحيح التوثيق
اكتمل التشخيص	الرفع جائز في النصوص الجماعية المنشورة وفتوى ابن باز، والخلاف في وقت الموت وآثاره	توثيق الأزمنة الخمسة كلٌّ بحسب نصه

CC BY-NC-ND 4.0

الموقف	القاعدة الحاكمة	الفعل المهني الصحيح
أسرة تعترض برأي فقهي معتبر	الاعتراض يُدار مؤسسيًا ولا يغير الوثيقة	مراجعة مستقلة واستشارة شرعية ومهلة محددة
حامل ثبت موت دماغها	التشخيص شيء ودعم الجنين شيء آخر	توثيق الوفاة ثم قرار متعدد التخصصات بخطة محددة
طلب تبرع أو عرضه	لا تبرع قبل وفاة مثبتة باستقلال	فريق مستقل وإبلاغ منفصل (انظر الفصل 47)

سادسًا: الحالات التطبيقية

وهذه الحالات صيغت لأغراض التعليم، ولا تشير إلى مرضى محددين. ولا يُقصد بالقرار المهني فيها حكم علاجي لحالة فردية، وإنما بيان المسار وفق المعطيات المعروضة.

الحالة الأولى: مهدئات متراكمة مع فشل كلوي وكبدي

الوقائع. رجل في الخامسة والخمسين أُدخل العناية المركزة بنزف دماغي واسع مع انفتاق ظاهر في التصوير، وخضع لجراحة عاجلة. وتلقى ثلاثة أيام تسريبًا من الميدازولام والفنتانيل والبروبوفول، مع مرخٍ عضلي أثناء الجراحة. والفحص يُظهر غيبوبة عميقة وغياب منعكسات الحدقة والقرنية والسعال؛ ولكنه يعاني قصورًا كلويًا حادًا وارتفاعًا في إنزيمات الكبد، وحرارته 34°م، وقد أُوقفت المهدئات قبل اثنتي عشرة ساعة. فاقترح أحد الأطباء بدء فحص الوفاة استنادًا إلى التصوير.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: المريض على دعم كامل ومستقر نسبيًا. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: المريض فاقد الوعي، ولا قرار يُطلب منه. صاحب الصفة: الفريق الطبي في قرار أهلية التقييم، والأسرة في تلقي المعلومات. السؤال المطلوب تقريره: هل المريض مؤهل أصلًا لبدء تقييم موت الدماغ؟

الركن الطبي. لم يتأهل بعد؛ فالمربكات هنا مجتمعة: تسريب مطول لعدة مهدئات، وفشل كلوي وكبدي يطيل بقاءها في الجسم، وحرارة دون 36°م، ومرخٍ لم يثبت زواله، ومدة قصيرة منذ الإيقاف. ولا يكفي مع القصور العضوي أن يُحسب عدد نظري من أعمار النصف، بل يلزم انتظار 24 ساعة على الأقل بعد إعادة التدفئة [5].

الركن الأخلاقي. عدم الإضرار يمنع إعلان الوفاة ما دام للأدوية احتمال معقول في التأثير. ولا يُقال للأسرة «ميت دماغيًا غالبًا»؛ فتلك كلمة تستبق الفحص، وتصنع توقعًا يصعب تصحيحه.

الركن الفقهي. الأصل بقاء الحياة، واليقين لا يزول بالشك؛ والعلامة المحتملة التأثر بعامل خارجي ليست علامة ثابتة تُبنى عليها الأحكام، ولا يصدق عليها «حكم الأطباء الاختصاصيون الخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه» [9].

الركن النظامي. النظام يشترط «المعايير الطبية الدقيقة» و«صورة يقينية» [10]، والإرشادات تجعل استبعاد المربكات شرطًا سابقًا للفحص [4، 5]؛ فبدء الفحص الآن مخالفة مهنية محتملة.

القرار المهني الموزون. لا يبدأ التقييم الآن، بل تستمر الرعاية الداعمة، وتُعاد التدفئة، وتُراجع الأدوية مع الصيدلة السريرية، وتُقاس مستوياتها إن توافرت، ويُثبت زوال أثر المرخي

CC BY-NC-ND 4.0

بـالتحفيز العصـبي العضـلي، ثم يُعـاد تقـييم الأهليـة، وتُبحث مسـألة سـقف العلاج مسـتقلة (انظـر الفصل 42)؛ لأن المربكـات القائمـة تجعـل أي نتيجـة غـير قابلـة للتفسـير. ويُعـاد النظـر إذا زالت المربكات وكانت حرارته سوية والمدة كافية، فيصير مؤهلًا للتقييم؛ وإن تعذر حسـم الأثـر الـدوائي رغم الانتظار الممتد، فالمسار اختبار تدفق الدم المعتمد بعد استيفاء بقية الشروط.

الدرس. الإصابة الكارثية لا تختصر شروط البدء، والمربك الذي لم يُستبعد يُبطل الفحص كله.

الحالة الثانية: اختبار انقطاع تنفس غير مكتمل وُثّق «إيجابيًا»

الوقائع. امرأة في الثانيـة والأربعين بـنزف تحت العنكبوتيـة شـديد وانفتـاق. اسـتُوفيت الشـروط السابقة، وأظهر الفحص غيبوبة تامة وغياب جميـع منعكسـات الجـذع. فلمـا أُجـري اختبـار انقطـاع التنفس انخفض التشبع انخفاضًا خطيرًا، وهبط الضغط، واضطرب النظم، فأُعيد جهاز التنفس قبل أن تبلغ غازات الدم الهدف. ثم كتب الطبيب: «اختبار انقطاع التنفس إيجابي؛ لم يظهر تنفس».

البوابات. الاستقرار الإسـعافي: المريضـة غـير مسـتقرة بعـد الاختبـار، ويلـزم تصـحيح ذلـك أولًا. الأمن: لا خطـر. القـدرة على القـرار: فاقـدة الـوعي. صـاحب الصـفة: الاستشـاري المسـؤول عن التشخيص. السؤال المطلوب تقريره: هل يثبت غيـاب التنفس التلقـائي باختبـار أُوقـف قبـل بلـوغ منبهه الكيميائي؟

الركن الطـبي. الاختبـار غـير مكتمـل وغـير حاسـم؛ فغيـاب الجهـد التنفسـي لم يقـترن ببلـوغ الحموضة وثاني أكسيد الكربون الحد المطلوب. وإيقافه لعدم الاستقرار كـان واجبًـا، وإنمـا الخطـأ في وصفه بأنه إيجابي. والإرشادات تقرر إعادته على نحـو آمن، أو اللجـوء إلى اختبـار مسـاعد [4، 5].

الركن الأخلاقي. أن يُوثَّق الناقص كأنه مثبت للوفاة إخلال بالصدق، ولو كان الاحتمال السريري مرتفعًا؛ فحرمة النفس تقتضي استكمال المعيار، لا الاكتفاء بقناعة في نفس الطبيب.

الركن الفقهي. لم تكتمل العلامة التي يُبـنى عليهـا الحكم، فيبقى أصـل الحيـاة قائمًـا من حيث الإثبات؛ والمعيار وحدة متكاملة لا عناصر يُنتقى منها.

الركن النظامي. ينص الدليل الوطني على توثيق تعـذر الاختبـار أو إخفاقـه في النمـوذج ولـزوم اختبار لتدفق الدم [12]. فيُعدل السجل ليبين أن الاختبار أُوقف ولم يبلغ الهـدف، ولا يُسـجل وقت وفاة قبل اكتمال المسار.

القرار المهني الموزون. لا تُعلن الوفاة، بل يُصحح التوثيق فورًا، ويُبلغ الاستشاري المسـؤول، ويُصحح سبب عدم الاستقرار، ثم يُعاد الاختبار بطريقة أكثر أمانًا، أو يُجـرى اختبـار لتـدفق الـدم إن تعذر الإكمال الآمن؛ لأن الاختبار لم يحقق شرطه، والدليل الوطني يرسـم البـديل. واسـتُبعد إبقـاء عبارة «إيجابي» لأنها وثيقة غير صـادقة تُبـنى عليهـا آثـار جسـيمة. ويُعـاد النظـر إذا بلغت الغـازات الهدف من غير أي محاولة تنفسية مع استقرار المريضة.

الدرس. الاختبار الذي أُوقف قبل هدفه ليس نتيجة، ووصـفه بالإيجـابي خطـأ في التوثيـق قبـل أن يكون خطأ في الطب.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الثالثة: امرأة حامل ثبت موت دماغها

الوقائع. حامل في الأسبوع الثالث والعشرين أُصيبت بنزف دماغي واسع، وثبت موت دماغها باستيفاء جميع المتطلبات. والجنين حي، وفرص بقائه في هذا العمر محدودة، ويحتاج استمرار الحمل إلى تهوية ودعم دوري وهرموني مطول. وانقسمت الأسرة: فالزوج يطلب استمرار الأجهزة حتى يقارب الجنين القابلية للحياة، ووالدا المرأة يريان في ذلك امتهانًا لجسد ابنتهما.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: الجسد مستقر بالدعم، والجنين حي. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: الأم متوفاة وفق المعيار. صاحب الصفة: لجنة الأخلاقيات السريرية تقرر الاستمرار أو عدمه، مع الزوج بوصفه أبا الجنين ووليه، أو مع الولي الشرعي للمرأة على الاتجاه المفرق، ويُسمع أهلها في حرمة جسدها. ويُسأل عن إرادة المرأة السابقة الموثقة أو المنقولة (انظر الفصل 40). السؤال المطلوب تقريره: هل يستمر الدعم الجسدي لمصلحة الجنين، وإلى متى؟

الركن الطبي. الحمل لا يمنع استكمال التشخيص [5]. وأما استمرار الدعم فقرار متعدد التخصصات، يُقدَّر فيه عمر الحمل، وحالة الجنين، واحتمال بلوغه القابلية للحياة، والاستقرار الدوري والهرموني، والمضاعفات، ومدة الدعم المتوقعة، ويُؤخذ فيه رأي طب الأمومة والأجنة وحديثي الولادة.

الركن الأخلاقي. لا يوصف استمرار الدعم بأنه «علاج للأم»، وإنما هو دعم جسدي مؤقت لمصلحة محتملة للجنين. فتوضع له خطة ذات هدف ومدة، ومؤشرات للنجاح والتوقف، ومراجعة دورية، ودعم نفسي وروحي للأسرة، من غير أن يُباع لها أمل غير واقعي.

الركن الفقهي. يجتمع حفظ حرمة الميتة مع مقصد حفظ نفس الجنين. فيُشرع استمرار الدعم إذا غلب على الظن تحقق منفعة معتبرة للجنين بأعباء متناسبة ومن غير امتهان زائد. وعلى الاتجاه الذي يعد موت الدماغ موتًا [9] تكون الأم متوفاة من وقت اكتمال التشخيص؛ وعلى الاتجاه المفرق [24، 26] لا يُحكم بموتها إلا بتوقف القلب. ويؤثر ذلك في الإرث والعدة وترتيب الوفاتين إن توفي الجنين، فيُعالج بمعالجة شرعية وقضائية دقيقة، ولا يُحسم في العناية المركزة. وعلى الاتجاه المفرق يبقى لها حكم الأحياء حتى توقف القلب، فتُراعى في الخطة أحكام المريض الحي ويُرجع إلى وليها الشرعي.

الركن النظامي. يُوثق اكتمال التشخيص في نموذجه. وتنص شروط التبرع لدى المركز على منع التبرع عند ثبوت الحمل إلا عند وفاة الجنين [29]، فيُجنب مسار التبرع كليًا. ولا نص سعودي خاصًا باستمرار الدعم لمصلحة الجنين، فتُشرك لجنة الأخلاقيات والاستشارة الشرعية والقانونية (انظر الفصل 13).

القرار المهني الموزون. يُوثق التشخيص، ويُعقد اجتماع متعدد التخصصات، وتقرر لجنة الأخلاقيات مع الزوج (أو الولي) استمرار الدعم إن وُجدت فرصة طبية معقولة لبقاء الجنين بأعباء متناسبة، بخطة محددة المدة تُكتب فيها من البداية معايير التوقف والعمر الحملي المستهدف للولادة، وتُراجع دوريًا فلا تمتد بلا أفق؛ لأن مصلحة الجنين معتبرة شرعًا، والدعم لا يضر الأم المتوفاة إذا انضبط بحرمة جسدها. ويُعاد النظر فورًا إذا طرأت مضاعفة جسيمة أو تغير في حالة الجنين [5]؛ فلو كان الحمل في الأسبوع الثلاثين بجنين مستقر لقويت كفة الاستمرار القصير الموجه نحو الولادة، ولو كان في الأسبوع الخامس عشر مع مضاعفات إنتانية متكررة لرجح التوقف.

CC BY-NC-ND 4.0

الدرس. الحمل لا يغير تشخيص موت الأم، ولكنه يفتح قرارًا مستقلًا يُدار بخطة محددة الهدف والمدة.

الحالة الرابعة: اعتراض أسري ديني بعد اكتمال التشخيص

الوقائع. رجل في الثامنة والستين بسكتة دماغية واسعة، استُوفيت فيه المتطلبات، وأُجريت الفحوص واختبار انقطاع التنفس، وثبت موت الدماغ وفق البروتوكول. فرفضت الأسرة الإعلان، مستندة إلى فتوى الشيخ ابن باز وقرار هيئة كبار العلماء، وطالبت باستمرار الأجهزة حتى يتوقف القلب من تلقاء نفسه، وهددت باللجوء إلى الإعلام.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا طارئ. الأمن: تهديد بالإعلام لا يمس السلامة الجسدية. القدرة على القرار: المريض متوفى وفق المعيار. صاحب الصفة: المنشأة في توثيق الوفاة، والأسرة في الاعتراض والاستشارة. السؤال المطلوب تقريره: كيف يُحترم اعتراض ديني جاد من غير أن يصير وقت الوفاة مسألة تفاوض؟

الركن الطبي. تُجرى أولًا مراجعة داخلية مستقلة تنظر في: الشروط، والمؤهلات، واكتمال الفحص، وسلامة اختبار انقطاع التنفس، وصحة التوثيق، ومطابقة البروتوكول [12]. فإن صح التشخيص لم يُبطل الاعتراضُ نتيجته السريرية.

الركن الأخلاقي. هذا اعتراض يستند إلى رأي فقهي منشور، لا إلى إنكار عاطفي؛ فيُقابل بما يليق به: الاعتراف بجديته، واستشارة شرعية مؤسسية، ورأي طبي ثانٍ سريع، وإشراك لجنة الأخلاقيات، ومهلة إنسانية محددة، وفصل تام عن أي حديث في التبرع.

الركن الفقهي. هذه صورة الخلاف بين القرار 17 (5/3) المرتب لجميع الأحكام [9]، وقرار المجمع الفقهي وقرار هيئة كبار العلماء وفتاوى الشيخ ابن باز [24، 26، 27]. ويلاحظ أن فتوى الشيخ ابن باز التي تستند إليها الأسرة تجيز رفع الأجهزة عند ثبوت موت الدماغ بشهادة أهل الخبرة، كما يجيزه القرار 17 (5/3) وقرار المجمع الفقهي [9، 24، 28]، ولم يتعرض قرار الهيئة للرفع؛ فالخلاف في هذه النصوص في وقت الحكم بالموت أكثر منه في جواز الرفع. ولا يحسم الطبيب هذا الخلاف، بل تفصل الجهة الشرعية والقضائية المختصة في الآثار المختلف عليها.

الركن النظامي. عرّف النظام الوفاة بتوقف القلب والرئتين أو جذع الدماغ وفق معايير دقيقة [10]. فيُسجل وقت اكتمال التشخيص في نموذجه، ويُميز عن وقت فصل الدعم وتوقف القلب وإصدار الشهادة، ولا تُغير الوثيقة إرضاء لأحد، ويُطلب التوجيه القانوني عند التهديد بالنزاع العام.

القرار المهني الموزون. يُؤكَّد التشخيص بمراجعة مستقلة، ويُشرح للأسرة أن النصوص التي تستند إليها، ومنها فتوى الشيخ ابن باز، تجيز رفع الأجهزة عند ثبوت موت الدماغ بشهادة أهل الخبرة، وتُوفر استشارة شرعية ورأي ثانٍ ومهلة إنسانية محدودة معلنة، ثم يصدر المسار النهائي عن المنشأة وفق القرار 17 (5/3) والنظام بعد رأي لجنة الأخلاقيات والشؤون القانونية، فلا ينفرد طبيب بإنهاء الدعم عند النزاع، ويُوقف التنفيذ إذا صدر أمر قضائي؛ لأن التشخيص صحيح معتد به، والنصوص التي تستند إليها الأسرة لا تمنع الرفع. ويُعاد النظر إذا كشفت المراجعة خللًا، كمنعكس لم يُفحص أو اختبار لم يبلغ هدفه، فيُسحب الإعلان فورًا ويُعاد المسار من نقطة الخلل وتُعامل الواقعة حدثًا جسيمًا.

الدرس. كثير من الاعتراضات الدينية على موت الدماغ يستند إلى نصوص تؤخر الحكم بالموت ولا تمنع رفع الأجهزة، فإذا بُيّن ذلك للأسرة بصدق انفتح طريق الاتفاق.

CC BY-NC-ND 4.0

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
نزف دماغي مع مهدئات متراكمة وفشل كلوي وكبدي وانخفاض حرارة، واقتراح بدء الفحص استنادًا إلى التصوير	لا يبدأ التقييم الآن: رعاية داعمة، وإعادة تدفئة، ومراجعة الأدوية وقياس مستوياتها، وإثبات زوال أثر المرخي، ثم إعادة تقييم الأهلية	المربكات القائمة تجعل أي نتيجة غير قابلة للتفسير	زالت المربكات وكانت الحرارة سوية والمدة كافية؛ وإن تعذر حسم الأثر الدوائي فاختبار تدفق الدم المعتمد بعد استيفاء بقية الشروط
إختبار انقطاع تنفس أُوقف قبل بلوغ الهدف ثم وُثّق «إيجابيًا»	لا تُعلن الوفاة؛ يُصحح التوثيق فورًا، ويُبلغ الاستشاري، ويُعاد الاختبار بطريقة أكثر أمانًا أو يُجرى اختبار لتدفق الدم	الاختبار لم يحقق شرطه، والدليل الوطني يرسم البديل؛ وإبقاء «إيجابي» وثيقة غير صادقة	بلغت الغازات الهدف من غير أي محاولة تنفسية مع استقرار المريضة
حامل ثبت موت دماغها والجنين حي، والأسرة منقسمة في استمرار الأجهزة	اجتماع متعدد التخصصات، وتقرر لجنة الأخلاقيات مع الزوج أو الولي استمرار الدعم إن وُجدت فرصة معقولة، بخطة محددة المدة ومعايير توقف مكتوبة	مصلحة الجنين معتبرة شرعًا، والدعم لا يضر الأم المتوفاة إذا انضبط بحرمة جسدها	طرأت مضاعفة جسيمة أو تغير في حالة الجنين
أسرة ترفض إعلان الوفاة بعد اكتمال التشخيص، مستندة إلى فتوى ابن باز وقرار هيئة كبار العلماء	مراجعة مستقلة، وبيان أن نصوصها تجيز الرفع، واستشارة شرعية ومهلة محدودة؛ ثم مسار تصدره المنشأة بعد رأي لجنة الأخلاقيات والشؤون القانونية	التشخيص صحيح معتد به، والنصوص التي تستند إليها الأسرة لا تمنع الرفع	كشفت المراجعة خللًا كمنعكس لم يُفحص أو اختبار لم يبلغ هدفه، فيُسحب الإعلان فورًا ويُعاد المسار من نقطة الخلل

مواقف متكررة

حركات مركبة أمام الأسرة بعد اكتمال التشخيص. الحركة لا تنقض تشخيصًا اكتمل إذا ثبت أن مصدرها الحبل الشوكي، ولكن مصدرها لا يُفترض بلا تحليل: يُوصف نمطها ومنبهها وتوقيتها، ويُبحث عن استجابة وجهية أو عينية أو محاولة تنفسية، ويُطلب رأي مختص عند الشك [

CC BY-NC-ND 4.0

4]. فإن ظهرت استجابة دماغية أُوقفت الإجراءات وأُعيد التقييم. الضابط: تهيئة الأسرة مسبقًا جزء من صحة الإبلاغ.

طفل بعد توقف قلب وخفض حرارة علاجي، والأسرة تطلب تعجيل الفحص. بروتوكول الأطفال لا يُختصر، ومعايير البالغين لا تُستعار له؛ فيؤجل التقييم حتى إعادة التدفئة، ومرور 24 ساعة على الأقل بعد الإصابة لمن بلغ 24 شهرًا و48 ساعة لمن دونه، وزوال أثر الأدوية، ثم يُطبق عدد الفحوص والفاصل الخاص بالفئة العمرية في البروتوكول الوطني [5، 12]. وأما تخفيف المعاناة فله مسار مستقل عبر عدم التصعيد والرعاية التلطيفية (انظر الفصل 43). الضابط: الوفاة واقعة، لا تنشأ بطلب الأسرة ولا تسقط به.

فريق الزراعة يطلب تعجيل التشخيص أو المشاركة في توثيقه. يُرفض الطلب، ويُوثَّق رفضه؛ فالفقرة (2-11) من اللائحة تمنع مشاركة أي عضو من فريق الزراعة في توثيق الوفاة [11]، وشروط المركز تمنع مشاركته في التشخيص [29]. ولا يُقدَّم حديث التبرع على إبلاغ الوفاة، ولا يُجمع معه [12]. الضابط: استقلال التشخيص شرط صحة، لا إجراء تنظيمي.

طبيب يطلب تخطيط الدماغ الكهربائي «للتأكيد» في مريض اكتمل فحصه. لا حاجة إلى اختبار مساعد إذا اكتمل الفحص واختبار انقطاع التنفس، بل إن الإرشاد الحديث لا يقبل التخطيط الكهربائي اختبارًا مساعدًا أصلًا [5]. الضابط: الاختبار المساعد يسد ثغرة في الفحص، ولا يُضاف لطمأنة الفريق.

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. «موت الدماغ» مصطلح الكتاب المعتمد، ويقابله «الوفاة بالمعايير العصبية» في الإرشادات، و«جذع الدماغ» في النظام، و«القرائن الدماغية» في اللائحة؛ ولا تُستعمل مترادفات بلا بيان.
2. التشخيص سريري تسلسلي: إصابة كارثية دائمة معلومة، فاستبعاد المربكات، فالغيبوبة وغياب منعكسات الجذع، فاختبار انقطاع تنفس مكتمل [4، 5].
3. الاختبار المساعد لا يُجرى إلا عند تعذر الفحص أو الاختبار أو تفسيرهما؛ ويُقبل فيه تصوير الأوعية بالقثطرة والتروية بالنظائر والدوبلر للبالغين، ولا يُقبل تخطيط الدماغ الكهربائي ولا التصوير الطبقي أو الرنين للأوعية [5]. والدليل الوطني يطلب اختبار تدفق الدم عند تعذر اختبار انقطاع التنفس [12].
4. رتب القرار 17 (5/3) على تعطل جميع وظائف الدماغ أحكام الوفاة كلها [9]؛ وأجاز المجمع الفقهي رفع الأجهزة وأخّر الحكم بالموت إلى توقف القلب والتنفس [24]؛ ومنع قرار هيئة كبار العلماء الحكم بالموت بمجرد التقرير الطبي [26].
5. رفع الأجهزة بعد ثبوت التعطل النهائي جائز في النصوص الجماعية المنشورة وفتوى ابن باز، والخلاف في وقت الموت وآثاره [9، 24، 28]؛ ولم يتعرض قرار الهيئة للرفع، وبقي اتجاه لا يعد موت الدماغ موتًا تامًا.
6. عرّف نظام التبرع الوفاة بتوقف القلب والرئتين أو جذع الدماغ [10]، وفصلت اللائحة بين نموذج التشخيص وشهادة الوفاة، ومنعت فريق الزراعة من التوثيق [11].

CC BY-NC-ND 4.0

7. الحمل لا يمنع التشخيص، ويفتح قرارًا مستقلًا في دعم الجنين؛ والاعتراض الأسري يُدار مؤسسيًا ولا يغير الوثيقة.

التوصيات

للممارس: ألا يبدأ التقييم قبل استبعاد كل عامل قابل للعكس، وألا يسجل عنصرًا متعذرًا غائبًا، وألا يعد اختبار انقطاع تنفس غير مكتمل إيجابيًا، وألا يطلب اختبارًا مساعدًا خارج مواضعه وقائمته. وأن يهيئ الأسرة لاستمرار النبض والدفء والحركات الشوكية، ويبين لها أن النصوص التي تستند إليها، ومنها فتوى الشيخ ابن باز، تجيز رفع الأجهزة عند ثبوت موت الدماغ بشهادة أهل الخبرة، ويفصل الإبلاغ عن أي حديث في التبرع.

للمنشأة: أن تعتمد سياسة مكتوبة تفصل بين فرق العلاج والتشخيص والتنسيق والاستئصال، وتحدد مسار الاعتراض الأسري ومهلته والجهة التي تبت فيه، ومسار الحمل مع موت الدماغ. وأن تلزم نموذج توثيق يسجل كل منعكس على حدة وتفاصيل اختبار انقطاع التنفس والأزمنة الخمسة، مع مراجعة جودة لكل حالة. ويُوصى الجهات الوطنية بنشر الإصدار النافذ من البروتوكول بتاريخه وجهة اعتماده، ومواءمة قائمة اختباراته المساعدة مع الأدلة الحديثة، وتوحيد المصطلحات بين النظام واللائحة والدليل، وإصدار بيان فقهي طبي مؤسسي لمصطلحي «جميع وظائف الدماغ» و«التحلل».

للتعليم والبحث: أن يُدرَّب الأطباء المعنيون على الفحص واختبار انقطاع التنفس بالمحاكاة، وأن يُدرَّس الفرق بين النصوص الفقهية الثلاثة بلفظها، وأن تُجرى دراسات سعودية على مدة التشخيص ومواضع الخطأ وأسباب اعتراض الأسر.

ثامنًا: الخاتمة

أوجد تطور العناية المركزة صورة جديدة: دورة دموية وبعض وظائف جسدية تستمر، مع الفقد الدائم للوعي والتنفس التلقائي ومنعكسات الجذع. ومن هذه الصورة نشأ معيار موت الدماغ، ثم صار تشخيصًا معتمدًا في أنظمة كثيرة، منها النظام السعودي الذي عرّف الوفاة بتوقف القلب والرئتين أو جذع الدماغ وفق معايير دقيقة. وسلامة هذا التشخيص لا تقوم على شعار يُرفع، بل على تدرج صارم، كل درجة فيه تُبنى على ما قبلها: سبب كارثي دائم، فاستبعاد كل قابل للعكس، ففحص كامل، فاختبار انقطاع تنفس مكتمل أو بديل معتمد، فتوثيق يميز الأزمنة ويحفظ استقلال القرار.

ودقة التشخيص لا تلغي الخلاف الفقهي في معنى الموت ووقت آثاره: قرار جماعي رتب الأحكام، وقراران احتاطا للنفوس فأخّرا الحكم بالموت إلى توقف القلب، واتفاق بينها على جواز رفع الأجهزة. والطبيب الحاذق لا يحسم هذا الخلاف، ولكنه لا يضيع في وسطه: يطبق النص النافذ، ويصدُق الأسرة، ويحفظ حرمة الجسد، ويمنع تضارب المصالح، ويوثق كل خطوة. فلا تُعلن يا أخي الطبيب الموتَ وفي الأمر شك معتبر، ولا ترفض التشخيص المكتمل لمجرد أن النبض باقٍ بفعل الأجهزة.

CC BY-NC-ND 4.0

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما المصطلح المعتمد في الكتاب لهذه الحالة، وما الفرق بين «موت الدماغ الكامل» و«موت جذع الدماغ»؟ وبأي اللفظين عبّر نظام التبرع بالأعضاء البشرية؟
2. عدّد المربكات التي يجب استبعادها قبل الفحص، وبيّن لماذا لا يكفي عدد ثابت من أعمار النصف للأدوية.
3. متى يُجرى الاختبار المساعد وفق إرشاد 2023م؟ وأي الاختبارات يُقبل وأيها لا يُقبل؟ وماذا يطلب الدليل الوطني عند تعذر اختبار انقطاع التنفس؟
4. قارن بين القرار 17 (5/3) وقرار المجمع الفقهي الإسلامي في الدورة العاشرة وقرار هيئة كبار العلماء في: حكم موت الدماغ، ورفع الأجهزة، ووقت الحكم بالموت.
5. لماذا لا تُنقل فتوى اللجنة الدائمة 12086 إلى مسألة موت الدماغ؟
6. عدّد الأزمنة الخمسة، وبيّن أثر الفقرة (11-4) من اللائحة التنفيذية في توقيت شهادة الوفاة.
7. أُعيد جهاز التنفس في منتصف اختبار انقطاع التنفس لهبوط الضغط، وكتب الطبيب «إيجابي». ما خطواتك بالترتيب؟
8. حامل في الأسبوع السادس والعشرين ثبت موت دماغها، والأسرة مختلفة. من صاحب الصفة، وما عناصر الخطة التي تقترحها؟

المراجع

[1] Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A definition of irreversible coma. JAMA. 1968;205(6):337–40. doi:10.1001/jama.1968.03140320031009

[2] President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Defining death: a report on the medical, legal and ethical issues in the determination of death. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1981. archive.org

[3] Wijdicks EFM, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults. Neurology. 2010;74(23):1911–8. doi:10.1212/WNL.0b013e3181e242a8

[4] Greer DM, Shemie SD, Lewis A, et al. Determination of brain death/death by neurologic criteria: the World Brain Death Project. JAMA. 2020;324(11):1078–97. doi:10.1001/jama.2020.11586

[5] Greer DM, Kirschen MP, Lewis A, et al. Pediatric and adult brain death/death by neurologic criteria consensus guideline. Neurology. 2023;101(24):1112–32. doi:10.1212/WNL.0000000000207740

[6] Lewis A, Kirschen MP, Greer D. The 2023 AAN/AAP/CNS/SCCM pediatric and adult brain death/death by neurologic criteria consensus practice

guideline. Neurol Clin Pract. 2023;13(6):e200189. doi:10.1212/CPJ.0000000000200189

[7] Lewis A, Bakkar A, Kreiger-Benson E, Kumpfbeck A, Liebman J, Shemie SD, et al. Determination of death by neurologic criteria around the world. Neurology. 2020;95(3):e299–e309. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000009888

[8] Shemie SD, Hornby L, Baker A, Teitelbaum J, Torrance S, Young K, et al. International guideline development for the determination of death. Intensive Care Med. 2014;40(6):788–97. https://doi.org/10.1007/s00134-014-3242-7

[9] 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

[10] نظام التبرع بالأعضاء البشرية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/70) وتاريخ 19/8/1442هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (468) وتاريخ 17/8/1442هـ، ولا سيما المواد الأولى والحادية عشرة والرابعة عشرة. جريدة أم القرى، 27/8/1442هـ (9/4/2021م). uqn.gov.sa

[11] اللائحة التنفيذية لنظام التبرع بالأعضاء البشرية، الصادرة بقرار وزير الصحة رئيس المجلس الصحي السعودي رقم (4-29425) وتاريخ 21/2/1443هـ، ولا سيما المادة الحادية عشرة. جريدة أم القرى، 12/10/1443هـ (13/5/2022م). uqn.gov.sa

[12] Saudi Center for Organ Transplantation. Directory and Procedures for Organ Donation and Transplantation in the Kingdom of Saudi Arabia (إجراءات التبرع وزراعة الأعضاء البشرية في المملكة العربية السعودية). 3rd ed. Riyadh: SCOT; 2024. Procedures of DBD: the critical pathway; Appendix B: National protocol for diagnosis of death by neurological criteria, p. 167. scot.gov.sa

[13] Bernat JL. A defense of the whole-brain concept of death. Hastings Cent Rep. 1998;28(2):14–23. https://doi.org/10.2307/3527567

[14] Bernat JL. Controversies in defining and determining death in critical care. Nat Rev Neurol. 2013;9(3):164–73. https://doi.org/10.1038/nrneurol.2013.12

[15] Shewmon DA. Chronic “brain death”: meta-analysis and conceptual consequences. Neurology. 1998;51(6):1538–45. https://doi.org/10.1212/WNL.51.6.1538

[16] Shewmon DA. The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating brain death with death. J Med Philos. 2001;26(5):457–78. https://doi.org/10.1076/jmep.26.5.457.3000

[17] Truog RD, Miller FG. The dead donor rule and organ transplantation. N Engl J Med. 2008;359(7):674–5. https://doi.org/10.1056/NEJMp0804474

[18] Veatch RM, Ross LF. Defining death: the case for choice. Washington, DC: Georgetown University Press; 2016. press.georgetown.edu

[19] President’s Council on Bioethics. Controversies in the determination of death: a white paper. Washington, DC: President’s Council on Bioethics; December 2008. govinfo.gov

[20] البار، محمد علي. موت الدماغ. مجلة مجمع الفقه الإسلامي الدولي. 1987؛ العدد 3، الجزء 2: 543–552. سجل البحث في قاعدة أخلاقيات الطب الإسلامية بجامعة جورجتاون. imse.ibp.georgetown.domains

[21] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 26 (1/4) بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حيًّا أو ميتًا. الدورة الرابعة، جدة، 18–23 جمادى الآخرة 1408هـ / 6–11 فبراير 1988م. iifa-aifi.org

[22] Pope TM. Brain death and the law: hard cases and legal challenges. Hastings Cent Rep. 2018;48(S4):S46–S48. https://doi.org/10.1002/hast.954

[23] Lewis A, Cahn-Fuller K, Caplan A. Shouldn’t dead be dead? The search for a uniform definition of death. J Law Med Ethics. 2017;45(1):112–28. https://doi.org/10.1177/1073110517703105

[24] المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي. القرار الثاني بشأن تقرير حصول الوفاة ورفع أجهزة الإنعاش من جسم الإنسان، في الدورة العاشرة، مكة المكرمة، 24–28 صفر 1408هـ (17–21 أكتوبر 1987م)؛ في: قرارات المجمع الفقهي الإسلامي بمكة المكرمة. مكة المكرمة: رابطة العالم الإسلامي، المجمع الفقهي الإسلامي. نسخة إلكترونية: ketabonline.com

[25] الصالح، هدى. جدل فقهي حول وضع المريض المتوفى دماغيًا. مداد، 20 جمادى الأولى 1435هـ (22 مارس 2014م). midad.com

[26] هيئة كبار العلماء. القرار رقم (181) وتاريخ 12/4/1417هـ في الحكم بموت الإنسان بتقرير الأطباء أنه مات دماغيًا. مجلة البحوث الإسلامية. الرياض: الرئاسة العامة لإدارات البحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد؛ العدد 58، ص 379. نسخة إلكترونية: ketabonline.com؛ ونصه منقول في: الموسوعة الفقهية، الدرر السنية، المطلب الرابع: علامات الموت وحكم الموت الدماغي وإيقاف أجهزة الإنعاش. dorar.net

[27] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. لا يحكم بموت المتوفى دماغيًا. مجموع فتاوى ومقالات متنوعة، ج 13، ص 366. الموقع الرسمي لسماحة الشيخ، الفتوى 5658. binbaz.org.sa

[28] ابن باز عبد العزيز بن عبد الله. متى يُعتبر الإنسان ميتًا شرعًا ويُدفن ويُورَّث؟ فتاوى الدروس. الموقع الرسمي لسماحة الشيخ، الفتوى 30711. binbaz.org.sa

[29] Saudi Center for Organ Transplantation. Conditions of organ donation and transplantation. تاريخ الاطلاع: 30 سبتمبر 2026م. scot.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0

[30] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م). هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0