الباب السابع

القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب». 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

القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب

تحرير المصطلحات ورد «السلبي» • «أريد أن أموت» واقعة سريرية قبل أن تكون سؤالًا فقهيًا • حرمة النفس والإعانة على الانتحار • عجز المادة التاسعة عشرة • خريطة التشريعات الأجنبية حتى سبتمبر 2026 • المريض الأجنبي وطلب السفر إلى جهة منفذة • أربع حالات تطبيقية ومواقف متكررة

محتويات الفصل

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

بطاقة الفصل — الباب السابع: نهاية الحياة وحدود التدخل • الجمهور المقصود: الأطباء والممرضون وسائر الممارسين في الأورام والعناية المركزة والرعاية التلطيفية والطب النفسي وطب الأسرة، وأعضاء لجان الأخلاقيات، وطلاب العلوم الصحية، والباحثون في الفقه الطبي • الفصل الأم لـ: تعريف القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب وحكمهما، ودلالة عجز المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية على هذا الباب، والتشريعات الأجنبية في المساعدة على الموت، والاستجابة لطلب المريض الموت، وطلب التقرير أو الإحالة أو السفر إلى جهة منفذة • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 6، 7، 10، 13، 27، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

حين يقول مريض مثقل بالمرض: «أريد أن أموت»، لا يكون أمام الطبيب سؤال فقهي مجرد، بل واقعة سريرية تحتاج إلى تحرير: أيطلب فعلًا يُقصد به موته، أم يرفض علاجًا، أم يطلب ألا يُنعش، أم يشكو ألمًا أو خوفًا أو اكتئابًا أو شعورًا بأنه عبء؟

ويقرر الفصل أن القتل الرحيم، وهو إعطاء الطبيب مادة أو إجراؤه تدخلًا بقصد إحداث وفاة المريض، إزهاقٌ لنفس معصومة لا يبيحه رضا المريض ولا باعث الشفقة. وأن الانتحار بمساعدة الطبيب إعانة على قتل النفس. وأن النظام السعودي يحظر بنص صريح إنهاء حياة المريض الميؤوس من شفائه ولو بطلبه أو طلب ذويه. لكنه يقرر بالقدر نفسه أن ترك علاج غير مجدٍ، واحترام رفض المريض القادر، وعدم الإنعاش المستوفي لضوابطه، والتهدئة التلطيفية المتناسبة، ليست قتلًا رحيمًا. ولذلك يرد الفصل مصطلح «القتل الرحيم السلبي» لأنه يُدخل المشروع في اسم المحظور.

ويعرض الفصل ما تقوله البيانات الرسمية عن دوافع طالبي المساعدة على الموت في الولايات التي أجازتها؛ فالغالب فقدان الاستقلال والكرامة والشعور بالعبء، لا الألم وحده. ويقدم خريطة محدثة للتشريعات الأجنبية حتى تاريخ القطع، تميز الإماتة التي ينفذها الطبيب من الانتحار الذي يباشره المريض، وتصحح أوصافًا شائعة. ثم يعالج طلب المريض الأجنبي أو المقيم تقريرًا أو إحالة إلى جهة منفذة في بلد آخر.

ويخلص إلى أن الاستجابة الصحيحة لطلب الموت ليست التنفيذ ولا الصد، بل تحرير الطلب، وعلاج أسبابه القابلة للعلاج، وتكثيف الرعاية التلطيفية، مع بقاء الطبيب حاضرًا لا يتخلى عن مريضه.

كلمات مفتاحية: القتل الرحيم؛ الانتحار بمساعدة الطبيب؛ المساعدة الطبية على الموت؛ الرغبة في التعجيل بالموت؛ الاكتئاب واليأس؛ الإعانة على الانتحار؛ المادة التاسعة عشرة؛ القرار 67 (5/7)؛ الاعتراض الضميري؛ المنحدر الزلق.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

منح الطب الحديث قدرة واسعة على دعم الأعضاء وإطالة الحياة، ومنحه معها قدرة على إنهائها بوسائل دوائية سريعة. وبين هاتين القدرتين نشأ خلاف عالمي لم يهدأ: أيجوز للطبيب، بطلب مريض قادر، أن يُحدث موته أو يعينه عليه؟ وقد أجاب عددٌ من الدول بالإجازة بشروط، ثم اتسعت دائرتها في عامي 2025 و2026 اتساعًا ملحوظًا.

أما في المملكة العربية السعودية فالجواب محسوم نصًا وفقهًا. غير أن الحسم لا يُغني الممارس عن أمرين. الأول أن طلب الموت يصل إليه فعلًا، في غرفة المريض وعلى لسانه، فيحتاج إلى أدوات يستجيب بها له. والثاني أن المرضى الأجانب والمقيمين، وبعض المواطنين، يعرفون ما يجري في بلدان أخرى، وقد يطلبون منه تقريرًا أو إحالة أو مساعدة على السفر.

CC BY-NC-ND 4.0

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الدراسات الطبية. بيّنت دراسة إيمانويل وزملائه أن بين تأييد المرضى النهائيين للمساعدة على الموت نظريًا ورغبتهم الجدية في استعمالها فارقًا واسعًا [1]. وأظهرت دراسة برايتبارت وزملائه ارتباطًا قويًا بين الرغبة في التعجيل بالموت والاكتئاب واليأس لدى مرضى السرطان النهائيين [2]. ووجدت دراسة ويلسون وزملائه أن أكثر مرضى السرطان النهائيين يؤيدون الإباحة، وأن القلة التي رغبت في التعجيل بالموت فعلًا إنما تميزت بفقد المتعة واليأس وارتفاع الاضطرابات الاكتئابية، لا بشدة الألم [3]. ثم خلصت مراجعة منهجية حديثة إلى أن المسكنات الأفيونية المعايرة نادرًا ما تقصّر الحياة [4].

الدراسات الأخلاقية. يمثل سمنر الاتجاه المنكر لحدٍّ فاصل بين المساعدة على الموت وسائر قرارات نهاية الحياة [5]، ويمثل كيون الاتجاه المعارض للتقنين بحجتي المنحدر العملي والمنطقي [6]. ويرى ريسفلت أن الرعاية التلطيفية لا تُغني عن المساعدة على الموت في كل حال [7]، ويرى بودرو وسومرفيل أن إحداث الموت يناقض رسالة الطب العلاجية [8]. وميّز مندز وكيسان بين أهلية القرار والقدرة الفعلية على الاختيار الحر، وعدّا الاكتئاب والإحباط والضيق الوجودي واختلال الأسرة مما ينقص هذه القدرة [9]. وبينت دراسة هورن وكيراسيدو أن «الكرامة» تُفهم في إنجلترا احترامًا للاستقلال، وفي فرنسا احترامًا للإنسانية عامة [10].

الدراسات الفقهية. قررت دراسات فقهية معاصرة حرمة إزهاق النفس، وأن عدم رجاء الشفاء لا يبيح إحداث الوفاة [11]. وحللت مراجعة محي الدين وزملائه ست عشرة فتوى في حجب العلاج الداعم للحياة وسحبه، فوجدت أكثرها يجيز ترك العلاج بشروط، مع اختلاف بينها في ضوابط الجدوى [12]. وأبرز غالي دور الأطباء شركاءَ للفقهاء في تصوير النازلة الطبية قبل أن تُكيَّف [13].

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصل هذه الروافد في بناء واحد بالأركان الأربعة، ويقدم ثلاث إضافات: أولاها تحليل طلب الموت سريريًا قبل الحكم عليه، والثانية عرض البيانات الرسمية الحديثة بشقيها، ما يسند حجج المعارضين وما لا يسندها، والثالثة خريطة تشريعية محدثة حتى تاريخ القطع، تصحح أوصافًا شائعة في الكتابات العربية.

المشكلة والسؤال المركزي

والمشكلة تقع في مستويين. الأول تحليلي: يُجمع تحت اسم «القتل الرحيم» ما يختلف في الفاعل والقصد والسببية والاستطباب، فيُدرج ترك العلاج غير المجدي أو احترام الرفض في باب القتل، أو يُستدل بمشروعيتهما على مشروعيته. والثاني عملي: قد يُعامل طلب الموت كأنه نقاش فلسفي يُصدّ بالحكم، فيُترك المريض وحده مع ألمه وخوفه واكتئابه.

السؤال المركزي: كيف يميز الممارس القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب مما يجاورهما من قرارات مشروعة؟ وكيف يستجيب لطلب الموت استجابة تحفظ حرمة النفس، ولا تتخلى في الوقت نفسه عن صاحبها؟

الأهداف والحدود

الأهداف:

CC BY-NC-ND 4.0

1. تعريف القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب تعريفًا منضبطًا، وفصلهما عن الصور المجاورة.
2. تحليل طلب الموت سريريًا: معناه ودوافعه وأثر الاكتئاب فيه.
3. عرض الحجج الأخلاقية للطرفين، واختبار حجة المنحدر الزلق بالبيانات.
4. بيان الحكم الشرعي بنصوصه، وتكييف الإعانة وأثر الإذن.
5. بيان الإطار النظامي السعودي، وخريطة التشريعات الأجنبية حتى تاريخ القطع.
6. تقديم مسار عملي للاستجابة لطلب الموت ولطلب الإحالة أو السفر إلى جهة منفذة.

الحدود: لا يبسط الفصل ما له فصل أم مستقل. فالإذن والقدرة على القرار في الفصل 5، والتوجيهات المسبقة في الفصل 40، وعدم الإنعاش في الفصل 41، والجدوى وحدود التدخل في الفصل 42، والرعاية التلطيفية والتهدئة التلطيفية في الفصل 43، والتغذية والإرواء في الفصل 44، وموت الدماغ في الفصل 45، وتقويم خطر الانتحار في الفصل 27. ويُذكر من ذلك هنا القدر اللازم للتمييز.

أولًا: الركن الطبي

1-1 تحرير المصطلحات: ما القتل الرحيم وما ليس منه

القتل الرحيم. تعرّفه الجمعية الطبية العالمية بأنه «إعطاء الطبيب عمدًا مادة مميتة، أو إجراؤه تدخلًا، لإحداث وفاة مريض قادر على القرار بناءً على طلبه الطوعي» [14]. فيقوم على ثلاثة عناصر: فعلٍ يؤدي إلى الوفاة، وقصدٍ إليها لا مجرد توقعها، وسببيةٍ مباشرة بين الفعل والوفاة.

الانتحار بمساعدة الطبيب. أن يمكّن الطبيب المريض عمدًا من إنهاء حياته بوصف مواد طبية أو توفيرها له [14]. والفارق بينه وبين القتل الرحيم فيمن يباشر الفعل الأخير: الطبيب في الأول، والمريض في الثاني. وهذا الفارق هو المعيار في التصنيفات القانونية كلها، وإغفاله سبب خطأ شائع في وصف الأنظمة الأجنبية.

المساعدة الطبية على الموت. مصطلح تنظيمي يختلف مدلوله باختلاف النظام: يشمل في كندا الصورتين، ويقتصر في الولايات الأمريكية على التناول الذاتي. ويفضّله المؤيدون لأنه يتجنب لفظ «الانتحار»، ويتمسك المعارضون وكثير من الهيئات المهنية باللفظ الوصفي؛ فقد أبقت الجمعية الطبية الأمريكية عنوان «الانتحار بمساعدة الطبيب» في مدونتها [15].

أقسام القتل الرحيم بحسب إرادة المريض:

القسم	المعنى	ملاحظة
طوعي	بطلب صريح من مريض قادر على القرار	الصورة التي تقوم عليها التشريعات المجيزة
غير طوعي	المريض عاجز عن التعبير، كفاقد الوعي والرضيع والخرف المتقدم	لا يُعلم فيه طلب؛ وليس ضد إرادة معلنة
قسري	ضد إرادة المريض المعلنة	قتل محض في كل نظام

CC BY-NC-ND 4.0

مصطلح مرفوض: «القتل الرحيم الإيجابي والسلبي». جرت كتابات كثيرة على تقسيم القتل الرحيم إلى «إيجابي» بفعل مميت، و«سلبي» بترك العلاج. ويرد الفصل هذا التقسيم لثلاثة أسباب. الأول أنه يُدخل في اسم «القتل» ترك علاج فقد جدواه واحترام رفض المريض القادر، والوفاة فيهما سببها المرض لا فعل الطبيب. والثاني أن الجمعية الطبية العالمية فصلت بينهما صراحة: فالطبيب الذي يحترم حق المريض في رفض العلاج «لا يتصرف تصرفًا غير أخلاقي» حين يترك الرعاية غير المرغوبة أو يحجبها، ولو أفضى ذلك إلى وفاته [14]. والثالث أن التقسيم يفتح باب مغالطة في الاتجاهين: فمن أجاز ترك العلاج قيل له إنه أجاز «قتلًا سلبيًا» فليُجز الإيجابي، ومن حرّم الإيجابي قيل له إنه يلزمه تحريم ترك العلاج. والبديل: «حجب العلاج» و«سحب العلاج» و«ترك ما لا يُجدي».

ما ليس قتلًا رحيمًا. خمس صور يشيع إدراجها في الباب، وهي خارجة عنه:

الصورة	لماذا ليست قتلًا رحيمًا	فصلها الأم
ترك علاج غير مجدٍ أو سحبه بعد فقد جدواه	الوفاة من المرض، والقصد ترك ما لا ينفع لا إحداث الموت	الفصل 42
رفض المريض القادر علاجًا	الطبيب لا يفعل شيئًا غايته الموت، بل لا يفرض تدخلًا على الجسد	الفصل 5
قرار عدم الإنعاش المستوفي لضوابطه	امتناع عن تدخل محدد في ظرف محدد، مع بقاء سائر الرعاية	الفصل 41
التهدئة التلطيفية المتناسبة لعرض مستعصٍ	الغاية العرض لا العمر، والجرعة تُعاير للراحة	الفصل 43
رفع الأجهزة عمن ثبتت وفاته بالمعايير العصبية	المحل ميت، فلا إماتة أصلًا	الفصل 45

والتمييز في هذه الصور لا يقوم على النية المجردة، بل على قرائن ظاهرة: الاستطباب، وتناسب الجرعة، والتدرج، والسبب المباشر المتوقع للوفاة، والتوثيق. وأما امتناع المريض القادر عن الطعام والشراب بقصد إنهاء حياته فصورة مستقلة فاعلها المريض، وتفصيلها في الفصل 44.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: عناصر الفاعل والقصد والسبب المباشر: متى يكون الفعل إماتة ممتنعة، ومتى يُبحث بأحكام التداوي.

1-2 «أريد أن أموت»: تحليل الطلب قبل الحكم

ليست عبارات «أريد أن أرتاح» و«لا تعيدوا إنعاشي» و«أعطني شيئًا ينهي حياتي» مترادفة. فالخطوة الأولى أن يُسأل المريض بهدوء عما يقصده، دون استنكار يغلق الحديث ولا موافقة توهمه بالإمكان. وتُحرر خمسة احتمالات:

1. **طلب فعل مميت:** إبرة أو وصفة يُقصد بها الموت.
2. **رفض تدخل بعينه:** غسيل كلوي أو تهوية أو جراحة، وهذا باب الإذن والرفض (انظر الفصل 5).
3. **طلب عدم الإنعاش:** وهذا باب مستقل (انظر الفصل 41).
4. **شكوى من عرض غير مضبوط:** ألم أو ضيق نفس أو أرق أو غثيان.
5. **تعبير عن معاناة نفسية أو وجودية:** اكتئاب، أو يأس، أو خوف من مرحلة قادمة، أو شعور بالعبء.

وكثيرًا ما تجتمع هذه الاحتمالات في مريض واحد. ويُقاس ثبات الطلب بتكراره وتغيره مع تغير الأعراض والسياق. ثم تُثبت الوقائع الطبية: التشخيص والمرحلة، والعوامل القابلة للعكس، والعلاجات المتاحة، والمآل ودرجة اليقين فيه. ولا تكفي عبارة «ميؤوس من شفائه»؛ فعدم رجاء الشفاء لا يساوي قرب الوفاة ولا تعذر ضبط الأعراض. وقد علّق مجمع الفقه الإسلامي الدولي وصف الحالة الميؤوس منها على «تقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاحة في كل زمان ومكان» [16]؛ فهو وصف يتغير بتغير المعرفة والوسائل.

CC BY-NC-ND 4.0

1-3 ما الذي يدفع المرضى؟ بيانات الولايات المقننة

تقدم التقارير الرسمية في الولايات التي أجازت المساعدة على الموت بيانات عن دوافع طالبيها. ففي تقرير ولاية أوريغون عن عام 2025، وقد بلغت فيه وفيات القانون 400 حالة، نحو 1.0% من وفيات الولاية، كانت المخاوف المذكورة كما يلي [17]:

دوافع المرضى في أوريغون (2025)

المخاوف المذكورة	النسبة
فقدان الاستقلالية	89.0%
تراجع القدرة على الأنشطة التي تجعل الحياة ممتعة	89.0%
فقدان الكرامة	65.0%
فقدان السيطرة على وظائف الجسد	53.0%
الشعور بأنه عبء على الأسرة أو الأصدقاء أو مقدمي الرعاية	39.8%
عدم كفاية ضبط الألم أو القلق منه	37.0%
الأعباء المالية للعلاج	6.0%

وفي كندا ذكر نحو نصف من تلقوا المساعدة الطبية على الموت في 2024 «الشعور بأنه عبء على الأسرة أو الأصدقاء أو مقدمي الرعاية» مصدرًا لمعاناتهم: 48.4% في المسار الأول و 50.3% في المسار الثاني [18].

وتُقرأ هذه البيانات ثلاث قراءات. الأولى أن الألم ليس الدافع الغالب؛ فالحجة القائمة على «الألم الذي لا يُحتمل» وحده لا توافق البيانات. والثانية أن الدوافع الغالبة وجودية وعلائقية، فلا تكون الاستجابة دوائية محضة، بل تشمل الرعاية النفسية والروحية ودعم الأسرة. والثالثة أن 91.8% ممن ماتوا بموجب قانون أوريغون في 2025 كانوا مسجلين في رعاية المحتضرين [17]. وهذه النسبة تُضعف القول إن الطلب ينشأ دائمًا من غياب الرعاية التلطيفية، وتُضعف كذلك القول إن الرعاية الجيدة تحسم المسألة وحدها؛ فبعض المعاناة الوجودية يبقى، ويبقى السؤال عن الوسيلة المشروعة لمواجهتها.

1-4 الاكتئاب واليأس والقدرة على القرار

القدرة على القرار تُقوَّم لقرار محدد في وقت محدد: فهم المعلومة، وإدراك انطباقها على الحال، والموازنة بين الخيارات، والتعبير عن اختيار مستقر (انظر الفصل 5، المبحث أولًا). ولا يُسقطها المرض النهائي ولا الإعاقة ولا مخالفة رأي الطبيب.

ولا يصح افتراض أن كل من يطلب الموت مريض نفسيًا، ولا إهمال أثر الاكتئاب في الطلب. فقد وُجد الاكتئاب واليأس أقوى منبئين مستقلين بالرغبة في التعجيل بالموت لدى مرضى السرطان النهائيين [2]. وقد يحتفظ المكتئب بأهليته القانونية، مع نقص في قدرته الفعلية على الاختيار الحر؛ وهذا ما سماه مندز وكيسان نقص «الفاعلية» لا نقص الأهلية [9].

CC BY-NC-ND 4.0

فإذا ظهر اكتئاب شديد أو هذيان أو سبب قابل للعكس، وجب علاجه أولًا، ثم إعـادة تقـويم الرغبـة وثباتها. ويُقوَّم خطر إيذاء النفس عند القرائن، ويتبع في ذلـك مسـار تقـويم خطـر الانتحـار وخطـة الأمان (انظـر الفصـل 27، الحالـة 27/1). فطلب المـوت ليس نقاشًـا فلسـفيًا منفصـلًا عن واجب حماية المريض.

1-5 الاستجابة السريرية للطلب: الألم والخوف والعبء

لا يكتمل الركن الطبي إلا بأن تكون البدائل متاحة فعلًا لا نظريًا. وتتجه الاستجابة إلى الدافع الـذي كشفه التحرير:

الدافع الغالب	الاستجابة
ألم أو ضيق نفس أو عرض غير مضبوط	تقويم عاجل للعرض، ومعايرة العلاج، واستشارة الرعاية التلطيفية؛ والتهدئة التلطيفية للعرض المستعصي بضوابطها (انظر الفصل 43)
خوف من مرحلة قادمة: اختناق، أو نزف، أو فقد السيطرة	خطة استباقية مكتوبة لما سيُفعل عند وقوع الأزمة، وأدوية جاهزة لها، وشرح يزيل الغموض
اكتئاب أو يأس	تقويم نفسي متخصص وعلاج، وإعادة تقويم الطلب بعد الاستجابة
شعور بالعبء أو عزلة	لقاء أسري، ودعم مقدمي الرعاية، وخدمة اجتماعية، ورعاية منزلية أو مؤقتة
معاناة وجودية أو روحية	دعم روحي، ومحادثة عن المعنى والأولويات، وإشراك من يثق به المريض
رغبة في رفض تدخل بعينه	تحويل الحديث إلى باب الإذن والرفض بضوابطه (انظر الفصل 5)

ولا يُقصد بعرض البدائل إبطال إرادة المريض، وإنما ضمان ألا يكون طلب المـوت ثمـرة ألم يمكن تخفيفه، أو اكتئاب لم يعالج، أو خوف ناتج عن غموض، أو غياب خدمة كانت ستغير تجربته.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

1-2 حجج المؤيدين

تقوم حجة المؤيدين على مبدأين. الأول الاستقلال: فالشخص القادر أعلم من غيره بما يحتمله من معاناة، وبما يعده حياة مقبولة له. والثاني الإحسان: فـإذا بقيت معانـاة لا يجـد هـو وسـيلة مقبولـة لتخفيفها، صارت إعانتُه على الموت امتدادًا للرحمة. ويرى ريسـفلت أن الرعايـة التلطيفيـة لا تبلـغ كل مريض، ولا تزيل كل معاناة، وليسـت مفضـلة عنـد كـل مـريض، فلا تُغـني عن المسـاعدة على المـوت [7]. ويـرى سـمنر أن لا حـد فاصـلًا مقنعًـا بين المسـاعدة على المـوت وسـائر القـرارات المقبولة في نهاية الحياة [5].

CC BY-NC-ND 4.0

2-2 حجج المعارضين

ويرد المعارضون بأن الاستقلال يمنح المريض حقًا سلبيًا، هو ألا يُفرض على جسده تدخل، ولا يمنحه حقًا إيجابيًا في أن يُلزم غيره بفعل غايته موته. ويشهد لذلك أن الأنظمة المجيزة نفسها لا تُلزم الطبيب بالتنفيذ، وأن الجمعية الطبية العالمية تنص على أنه «لا ينبغي إجبار أي طبيب على المشاركة في القتل الرحيم أو الانتحار بمساعدة، ولا إلزامه باتخاذ قرارات إحالة لهذا الغرض» [14].

ويرون أن الاستقلال الحقيقي أكبر من أن يتلفظ المريض بالاختيار: فهو أهلية، وفهم للبدائل، وخلوّ من الإكراه الظاهر والخفي، وانتباه للاكتئاب والشعور بالعبء [9]. ويرون أن الإحسان يوجب إزالة المعاناة لا إزالة من يعاني، وأن انتقال الطبيب من العلاج إلى إحداث الموت تغيّر في طبيعة المهنة نفسها [8].

وأما الكرامة فحاضرة في خطاب الطرفين جميعًا: يربطها فريق بالسيطرة على الجسد والقرار، ومنه شعار «الموت بكرامة»، ويراها فريق قيمة ملازمة للإنسان لا تنقص بفقد الوظيفة [10]. ويخشى الفريق الثاني أن يبعث ربط الكرامة بالاستقلال الوظيفي رسالة ضمنية بأن حياة ذوي الإعاقة الشديدة أقل قيمة. والأدق أن يُحترم تصور المريض لكرامته، مع رفض الحكم بأن حالته الموضوعية «غير كريمة»؛ ولذلك يسأل الفريق المريض: أي معنى للكرامة تقصد؟ وما الذي يمكن استعادته منه بالرعاية؟

2-3 المنحدر الزلق: ما تسنده البيانات وما لا تسنده

وحجة المنحدر الزلق لا تُقبل جملة ولا تُرد جملة، وإنما تُختبر بندًا بندًا. ويفرق كيون بين صورتين منها: صورة عملية تسأل هل تقدر الضمانات على منع التجاوز، وصورة منطقية تقول إن قبول القتل الرحيم للقادر الطالب يمتد بمنطقه إلى غير القادر [6].

ما لا تسنده بيانات 2025 بالقدر الشائع:

- **الاستدلال بالحالات النفسية وحدها:** بلغت حالات الاضطراب النفسي في هولندا 174 حالة من 10,341 في 2025، بانخفاض يقارب 21% عن 2024 [19]، وكانت في بلجيكا 1.6% من الحالات [20].
- **الدافع الاقتصادي:** لم تُذكر الأعباء المالية إلا في 6.0% من حالات أوريغون [17].
- **الاستدلال بأرقام دراسات سابقة على التقنين للحكم على أثره:** فهو خلط زمني.

ما تسنده البيانات:

- **الاتساع في الحجم:** بلغت حالات القتل الرحيم في هولندا 5.97% من الوفيات في 2025 [19]، وفي بلجيكا 4% بزيادة 12.4% على العام السابق [20]، وفي كندا 5.1% من الوفيات في 2024 [18].
- **الاتساع في المعايير:** ألغت كندا في 2021 شرط أن تكون الوفاة الطبيعية «متوقعة بصورة معقولة»، فأنشأت مسارًا ثانيًا لمن ليست وفاته قريبة [21]، وبلغ هذا المسار 4.4% من حالات 2024 [18]. وأجازت بلجيكا الطلب من القاصر بلا حد أدنى للسن منذ 2014 [22]. ولا يشترط قانون إقليم العاصمة الأسترالية أجلًا تنبؤيًا محددًا [23].

CC BY-NC-ND 4.0

- **الحجة العلائقية:** نسبة الشعور بالعبء الموثقة رسميًا في أوريغون وكندا [17، 18].

فأقوى صور المنحدر ليست الاقتصادية ولا النفسية، وهما الشائعتان في الكتابات العربية، بل العلائقية والتشريعية. والإنصاف في عرض البيانات بشقيها شرط في صحة الترجيح.

2-4 الأثر المزدوج وهوية المهنة ومواقف الهيئات المهنية

يفرق مبدأ الأثر المزدوج بين أثر مقصود، كتخفيف الألم، وأثر متوقع غير مقصود، كتقصير محتمل للحياة، بشروطه المعروفة: أن يكون الفعل مشروعًا في ذاته، وأن يُقصد الأثر الحسن، وألا يكون الأثر السيئ وسيلة إلى الحسن، وأن يتحقق التناسب. وقد تغيّر أساسه التجريبي؛ فالمراجعة المنهجية الحديثة خلصت إلى أن الأفيونات المعايرة «نادرًا ما تقصّر الحياة»، وأن التهدئة التلطيفية المطبقة وفق الإرشادات لا تقصّرها تقصيرًا معتبرًا، مع محدودية قوة الدليل في الثاني [4]. وهذا يوسّع المسافة بين الرعاية التلطيفية والقتل الرحيم ولا يضيّقها؛ فإن كان التسكين والتهدئة الصحيحان لا يعجّلان الوفاة، فلا حاجة إلى الاحتجاج به لتسويغ ما يعجّلها.

مواقف الهيئات المهنية:

- **الجمعية الطبية العالمية:** أعلنت في تبليسي (أكتوبر 2019) معارضتها «الحازمة» للقتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب، مع نصّين: عدم إجبار الطبيب على المشاركة أو الإحالة، وعدم عدّ احترام رفض العلاج تصرفًا غير أخلاقي [14].
- **الجمعية الطبية الأمريكية:** تقرر مدونتها أن الانتحار بمساعدة الطبيب والقتل الرحيم «يتعارضان جوهريًا مع دور الطبيب بوصفه معالجًا»، وتضيف في القتل الرحيم أنه يصعب ضبطه ويحمل مخاطر مجتمعية خطيرة. وتقر في الوقت نفسه بأن أطباء ذوي ضمير يختلفون في المسألة [15].
- **المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية:** نص الدستور الإسلامي للمهنة الطبية (الكويت 1981م) على ألا ينهي الطبيب الحياة ولو دفعته الرحمة، وعلى أن الطبيب يحافظ على عملية الحياة لا على عملية الاحتضار [24].

2-5 الاعتراض الضميري وعدم التخلي

في الأنظمة المجيزة يثور سؤال الاعتراض الضميري للطبيب الذي يرفض المشاركة. أما في السياق السعودي فالمنع نصي، فلا يحتاج الطبيب إلى أن يعترض على ما لا يجوز له أصلًا. ولكن الواجب المقابل يبقى قائمًا بقوة، وهو أن رفض الطلب لا يكون تخليًا. فلا يُهمل المريض، ولا يؤخَّر علاج أعراضه، ولا يُعامل معاملة المتهم، ولا يُنقل من الرعاية بسبب طلبه. ولا تحسبنّ أن الرفض يُنهي واجبك؛ فالتخلي بعد رفض الطلب خطأ مهني مستقل عن حكم الطلب نفسه.

خلاصة الركن الأخلاقي: الحجج النظرية عند الطرفين متقاربة القوة، والبيانات تكشف أن بعض مخاوف المعارضين مبالغ فيه وبعضها قائم. وأما الحسم في السياق السعودي فمرجعه الركنان الفقهي والنظامي.

CC BY-NC-ND 4.0

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 حرمة النفس: النصوص

الأصل أن النفس المعصومة مصونة لا يملك أحد إزهاقها، ولا يملك صاحبها إسقاط حرمتها. قال تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ﴾ [الأنعام: 151]، وقال: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ [النساء: 29].

وفي السنة نصان متصلان بالباب اتصالًا مباشرًا. الأول حديث جندب بن عبد الله أن النبي ﷺ قال: «كان فيمن كان قبلكم رجل به جرح، فجزع، فأخذ سكينًا فحز بها يده، فما رقأ الدم حتى مات. قال الله تعالى: بادرني عبدي بنفسه، حرمت عليه الجنة» [25]. ودلالته أن شدة الألم لا تبيح تعجيل الموت، وأن «المبادرة» بالنفس هي موضع الذم. والثاني حديث أنس أن النبي ﷺ قال: «لا يتمنين أحدكم الموت من ضر أصابه، فإن كان لا بد فاعلًا فليقل: اللهم أحيني ما كانت الحياة خيرًا لي، وتوفني إذا كانت الوفاة خيرًا لي» [26]. ودلالته أن تمني الموت لضر نزل منهي عنه، فكيف بطلب إحداثه؟ وفيه أدب نبوي للمريض الذي يثقل عليه البلاء: أن يرد الأمر إلى الله لا أن يستعجله.

وفي المقابل، لا يعني حفظ النفس وجوب كل وسيلة ممكنة مهما ضعف نفعها. فقد قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 67 (5/7) أن الأصل في التداوي المشروعية، وأن حكمه يختلف باختلاف الأحوال والأشخاص، وأن على الأطباء وذوي المريض في الحالات الميؤوس منها الدأب في رعايته وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه [16]. وتفصيل القرار في الفصل 5 (المبحث ثالثًا). ودلالته على بابنا مزدوجة: اليأس من الشفاء لا يسوّغ إحداث الموت، والرعاية التلطيفية مطلوب شرعي قائم بذاته لا بديل اضطراري.

3-2 التكييف: القتل العمد، والإعانة، وأثر الإذن

إعطاء الطبيب مادة بقصد إحداث الوفاة. إذا كان الفعل السبب المباشر للوفاة، وكان القصد إليها، اتجه التكييف إلى باب القتل العمد. ولا يغير باعث الشفقة طبيعة الفعل؛ فالفقه يفرق بين الباعث والقصد، والباعث الحسن لا يبيح الفعل المحرم.

توفير الطبيب وسيلة يستعملها المريض. الفعل من جهة المريض قتل للنفس، ومن جهة الطبيب إعانة وتسبب، لقوله تعالى: ﴿وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ﴾ [المائدة: 2]. ويُنظر في قوة السببية وعلم الطبيب بالغرض؛ فواصف المسكن المستطب الذي يسيء المريض استعماله ليس كواصف مادة لغرض إنهاء الحياة.

أثر إذن المريض. السؤال السابق على أثر الإذن: هل يملك الإنسان إسقاط حرمة نفسه والإذن بإتلافها؟ والأصل أن النفس ليست محلًا لإذن صحيح في الإتلاف. ويُفرق بين حكم الفعل ابتداءً، وهو التحريم بإذن المريض أو بغير إذنه، وبين أثر الإذن بعد وقوع الفعل في القصاص والدية، وهي مسألة خلافية بين الفقهاء. والاستدلال بالخلاف في الثانية على جواز الأولى مغالطة متكررة.

قاعدة «الضرر يزال». تعمل القاعدة مع أصل حرمة النفس لا ضده. فلا يُزال ضرر المعاناة بإزهاق النفس، وهو ضرر أعظم، وإنما تسند القاعدة تخفيف المعاناة بالوسائل المشروعة، وترك التدخل الذي غلب ضرره على نفعه (انظر الفصل 2 في القواعد الكلية).

CC BY-NC-ND 4.0

3-3 مواقف الجهات الفقهية

لم يصدر عن مجمع الفقه الإسلامي الدولي، فيما وقف عليه الفصل من قراراته المنشورة، قرار مستقل بعنوان القتل الرحيم. والنصوص المجمعية الحاكمة في الباب اثنان: القرار 67 (5/7) في العلاج الطبي، وقد سبق؛ والقرار 17 (5/3) في أجهزة الإنعاش، الذي أجاز رفع الأجهزة عمن حُكم بموته بتوقف القلب والتنفس أو بتعطل جميع وظائف دماغه تعطلًا نهائيًا [27]. ونطاق الثاني من ثبتت وفاته، فرفع الأجهزة عنه ليس إماتة؛ ولا يصلح سندًا لوقف علاج عن مريض حي، فمرجع ذلك أحكام التداوي والجدوى (انظر الفصل 45 في القرار، والفصل 42 في الجدوى).

وصرحت جهات فقهية وطبية إسلامية بالتحريم:

- **المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية:** نص الدستور الإسلامي للمهنة الطبية على أن الطبيب لا يزهق الحياة ولو دفعته الرحمة، لأن ذلك ليس من الأسباب المشروعة للقتل، وأنه لا يتخذ في أي حال إجراءً إيجابيًا لإنهاء حياة المريض. ونص في المقابل على أنه إذا ثبت علميًا أن الحياة لا يمكن استعادتها فلا جدوى من إبقاء المريض في حالته بوسائل الإنعاش الاستثنائية [24]. فجمع النص بين تحريم الإماتة ومشروعية ترك ما لا يجدي، وهو عين التمييز الذي يقوم عليه هذا الفصل.
- **دار الإفتاء المصرية:** قررت في الفتوى رقم 639 أن القتل الرحيم «بنوعيه» المسؤول عنهما «انتحار أو قتل للنفس التي حرم الله قتلها إلا بالحق، وهو حرام شرعًا»، وأنه من الكبائر [28].

وأما في المملكة فقد أجازت فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء ترك الإنعاش في حالات مخصوصة؛ وهي من باب ترك ما لا يجدي لا من باب الإماتة (انظر الفصل 41).

3-4 رفض العلاج وحجبه وسحبه

ليس كل امتناع عن التداوي انتحارًا، ولا كل علاج واجبًا. فحكم الرفض يتبع مرتبة العلاج الشرعية في حق هذا المريض: فإن كان غالب النفع وتركه يفضي إلى التلف فقد يبلغ التداوي الوجوب، وإن ضعف نفعه أو غلب ضرره اختلف الحكم [16]. وقد يجب الإذن بالعلاج ديانة في الحالات المستعجلة، مع بقاء السؤال عن سلطة الطبيب على المريض الرافض محكومًا بالقرار 184 (10/19) والمادة التاسعة عشرة كما حُرّرا في الفصل 5 [29].

وفي الحجب والسحب جرت الأدبيات الفقهية على أن السحب أدق وأحوج إلى الاحتياط [12]. والذي يرجحه الفصل أن التفريق معتبر في التنزيل من جهة التوثيق والرأي الثاني والمراجعة، لا من جهة أن السحب ممتنع لذاته؛ فما لم يجب ابتداءً لم يجب استدامة، وتفصيل ذلك في الفصل 42.

3-5 جدول التكييف الفقهي للصور الرئيسة

الصورة	التكييف	المستند
إعطاء مادة بقصد إحداث الوفاة	قتل عمد؛ ولا يبيحه رضا المريض ولا باعث الشفقة	﴿ولا تقتلوا النفس...﴾؛ حديث جندب
توفير الطبيب وسيلة	قتل للنفس من جهة المريض،	﴿ولا تقتلوا أنفسكم﴾؛ ﴿ولا

CC BY-NC-ND 4.0

الصورة	التكييف	المستند
ليستعملها المريض	وإعانة وتسبب من جهة الطبيب	﴿تعاونوا على الإثم والعدوان﴾
تقرير أو إحالة موجهان إلى جهة منفذة	إعانة على محرم بعلم بالغرض	﴿ولا تعاونوا على الإثم والعدوان﴾
رفض مريض قادر علاجًا	يُبحث في مرتبة العلاج وأهلية المريض؛ وليس قتلًا لمجرد احتمال الوفاة	القرار 67 (5/7)؛ الفصل 5
ترك علاج غير مجدٍ أو سحبه	ترك ما لا ينفع؛ بتقرير المختصين والتوثيق	القرار 67 (5/7)؛ الفصلان 41 و42
التهدئة التلطيفية المتناسبة	علاج مشروع بضوابطه	القرار 67 (5/7) في تخفيف الآلام؛ الفصل 43
رفع الأجهزة بعد ثبوت الوفاة	ليس إماتة؛ المحل ميت	القرار 17 (5/3)؛ الفصل 45

رابعًا: الركن النظامي

4-1 عجز المادة التاسعة عشرة ودلالته

نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ، هو المرجع المباشر. وقد جعل المنظم حظر إنهاء الحياة عجزًا للمادة التاسعة عشرة، بعد تقرير أصل الرضا واستثناء الطوارئ. وهذا نص العجز، ونص المادة كاملة وتحليلها في الفصل 5 (المبحث رابعًا):

> «ولا يجوز بأي حال من الأحوال إنهاء حياة أي مريض ميؤوس من شفائه طبيًا، ولو كان بناءً على طلبه أو طلب ذويه» [30].

وللنص أربع دلالات:

1. **موضع الحظر دال على معناه.** جاء الحظر ذيلًا لمادة الرضا لا في باب العقوبات؛ فالرضا شرط لمشروعية العمل الطبي، لكنه لا ينشئ مشروعية لإنهاء الحياة. وهذا يوافق التكييف الفقهي: الرضا يعمل نفيًا لا إثباتًا.
2. **العموم.** لفظ «أي مريض» و«بأي حال من الأحوال» يمنع التخصيص بجنسية المريض أو بلده أو بطلبه أو بموافقة أسرته.
3. **طلب ذويه لا يغير الحكم.** فلا ينشئ طلب الأسرة، ولا اتفاقها مع المريض، سلطة على إنهاء حياته.
4. **حدود النص.** يحظر النص إنهاء الحياة، ولا يجعل كل قرار تعقبه وفاة إنهاءً لها. فترك ما لا يجدي، واحترام الرفض المعتبر، وعدم الإنعاش المستوفي لضوابطه، خارجة عن الحظر بأدلتها في فصولها.

CC BY-NC-ND 4.0

وتسند اللائحة التنفيذية اشتراط موافقة المريض البالغ العاقل إلى قرار هيئة كبار العلماء رقم (119) [31]؛ فاشتراط الرضا في النظام السعودي مستند إلى قرار شرعي، ولا يلزم منه جواز كل ما يرضاه المريض.

4-2 المسؤولية المترتبة

قد يرتب الفعل الواحد مسؤوليات متعددة: مهنية، ومدنية، وتأديبية، وجزائية؛ وتفصيل المواد 26–31 في الفصل 10 (المبحث رابعًا). ويُصحح هنا خطأ شائع: القول إن «عقوبة القتل الرحيم في السعودية السجن ستة أشهر». فالمادة الثامنة والعشرون تعاقب على مخالفات مهنية محددة، وتبدأ بعبارة «مع عدم الإخلال بأي عقوبة أشد منصوص عليها في أنظمة أخرى» [30]. أما إنهاء حياة المريض عمدًا فجناية على النفس، تخضع أحكامها للشريعة وما يقرره القضاء المختص. ولا تكون موافقة المريض أو أسرته حصانة لمن فعله.

4-3 ما لا يدخل في الحظر

الإطار السعودي نفسه ينظم صورًا من ترك التدخل خارج باب إنهاء الحياة. فالسياسة الوطنية لعدم الإنعاش تجعل قرار عدم الإنعاش طبيًا جماعيًا بضوابط محددة، ويُبسط رقمها وتاريخها وقواعدها في الفصل 41. وقرار ترك العلاج غير المجدي يُتخذ بتقرير طبي موثق، وتفصيله في الفصل 42. ووجود هذه الأطر دليل على أن المنظم يفرق بين «إحداث الموت» و«ترك ما لا يجب»، كما يفرق بينهما الفقه.

4-4 التشريعات الأجنبية: خريطة محدثة حتى تاريخ القطع

الغرض من العرض المقارن ثلاثي: بيان اختلاف المراكز القانونية تحت عبارة «المساعدة على الموت»، وتوفير مادة لاختبار حجة المنحدر، وتصحيح أوصاف شائعة. والمعيار الفاصل: من يباشر الفعل الأخير؟ وقد أحصت مراجعة منشورة في 2025 اثنتي عشرة دولة ذات تشريع وطني أو إقليمي حتى مايو 2025، ولاحظت أن القتل الرحيم يغلب على حالات المساعدة على الموت حيث يُجاز مع الانتحار بمساعدة [32].

أنظمة تجيز أن ينفذ الطبيب الفعل (وأكثرها يجيز التناول الذاتي أيضًا)

الدولة	الأساس ووقته
هولندا	قانون 2002 [22]
بلجيكا	قانون 2002، ولا حد أدنى للسن منذ 2014 [22]
لوكسمبورغ	قانون 2009 [22]
كولومبيا	حكم المحكمة الدستورية 1997، وقواعد الإجراء 2015 [22]
كندا	قانون 2016، وتعديل 2021 بمسارين [21]
إسبانيا ونيوزيلندا	تشريع وطني [32]
أستراليا	قوانين الولايات الست، ثم إقليم العاصمة

CC BY-NC-ND 4.0

الدولة	الأساس ووقته
	(نفاذ 3 نوفمبر 2025)، ثم الإقليم الشمالي (أُقر في 27 أغسطس 2026، ويبدأ العمل به في 2028) [23]
الأوروغواي	القانون رقم 20.431، صدر في 24 أكتوبر 2025، ولائحته في أبريل 2026 [33، 34]
فرنسا	القانون رقم 2026-794 وتاريخ 18 أغسطس 2026؛ الأصل فيه التناول الذاتي، ويجوز أن يعطي الطبيب أو الممرض المادة لمن عجز جسديًا؛ وتطبيقه موقوف على لوائح تنفيذية [35، 36]

أنظمة لا تجيز إلا التناول الذاتي

الولاية	ملاحظة
سويسرا	المادة 115 من قانون العقوبات (1942) لا تجرّم المساعدة على الانتحار إلا بدافع أناني؛ فهو غياب تجريم لا قانون إباحة، ولا تجيز القتل بطلب [22]
ألمانيا	أبطلت المحكمة الدستورية في فبراير 2020 حظر خدمات المساعدة على الانتحار؛ والقتل بطلب باقٍ على التجريم [22]
النمسا	تشريع يقتصر على المساعدة على الانتحار [32]
الولايات المتحدة	14 ولاية قضائية (13 ولاية ومقاطعة كولومبيا)، منها مونتانا بحكم قضائي (2009) لا بتشريع [22]، وآخرها نيويورك في 2026 [37]
إيطاليا	حكم المحكمة الدستورية 242/2019 برفع العقاب عن المساعدة على الانتحار بشروط، منها أن يكون المريض قائمًا على علاج داعم للحياة، بلا تشريع وطني [38]

وذكرت المراجعة نفسها دولًا أخرى في طور النقاش التشريعي أو القضائي حتى مايو 2025، منها البرتغال وأيرلندا [32].

تصحيح أوصاف شائعة

الوصف الشائع	التصحيح
«سويسرا لديها قانون يبيح القتل الرحيم»	غياب تجريم للمساعدة على الانتحار بغير دافع أناني، ولا إباحة للقتل بطلب [22]

CC BY-NC-ND 4.0

الوصف الشائع	التصحيح
«ألمانيا أباحت القتل الرحيم»	حكم 2020 يخص المساعدة على الانتحار فقط [22]
«الولايات الأمريكية أباحت القتل الرحيم»	التناول الذاتي فقط
«بريطانيا أباحت المساعدة على الموت»	لم يصدر قانون في إنجلترا وويلز ولا في اسكتلندا حتى تاريخ القطع، ورُفض مشروع إنجلترا وويلز الجديد في قراءته الثانية بعده [39، 40، 41]

4-5 مستجدات 2025–2026: المملكة المتحدة وتوابع التاج وكندا

إنجلترا وويلز. لم يستكمل مشروع قانون البالغين المصابين بمرض نهائي (نهاية الحياة) مراحله في مجلس اللوردات قبل انتهاء دورة 2024–2026، فسقط ولم يصر قانونًا. ثم قُدّم مشروع جديد في 17 يونيو 2026 لدورة 2026–2027، وحُددت قراءته الثانية في 11 سبتمبر 2026 [39]. ثم رفضه مجلس العموم في قراءته الثانية في 11 سبتمبر 2026 بـ 286 صوتًا مقابل 270، وهو مستجد بعد تاريخ القطع (تاريخ الاطلاع 30 سبتمبر 2026م) [41].

اسكتلندا. رفض البرلمان الاسكتلندي مشروع المساعدة على الموت في التصويت النهائي في مارس 2026 [40].

توابع التاج. أقر برلمان جزيرة مان تشريعًا في مارس 2025، وامتنعت الحكومة البريطانية عن التوصية بالموافقة الملكية عليه حتى تُضاف ضمانات، فعُدّل وأُعيد للموافقة الملكية في يونيو 2026 [40، 42]، ولم يثبت لدى الفصل صدورها حتى تاريخ القطع. ونال قانون جيرزي الموافقة الملكية في 9 يوليو 2026، ويُتوقع بدء الخدمة في العام التالي [43]. وجيرزي وجزيرة مان من توابع التاج، لا جزء من المملكة المتحدة.

كندا والمرض النفسي. لا يستحق المساعدة الطبية على الموت من كان المرض النفسي حالته الطبية الوحيدة حتى 17 مارس 2027 [44]. وأوصت اللجنة البرلمانية المشتركة الخاصة في تقريرها لعام 2026 باستبعاد هذه الفئة استبعادًا غير محدد المدة [45]، ولم يصدر حتى تاريخ القطع تشريع يغير الموعد.

4-6 المريض الأجنبي وطلب السفر إلى جهة منفذة

تتكرر في المنشآت السعودية ثلاث صور: مقيم أجنبي من بلد يجيز المساعدة على الموت يطلب تقريرًا يستوفي به شروطها، ومريض يطلب إحالة إلى جهة منفذة في الخارج، ومريض يعلن نيته السفر لهذا الغرض. ويحكمها ما يلي:

1. **النظام إقليمي في المنشأة.** عجز المادة التاسعة عشرة يحكم كل عمل طبي يُجرى في المملكة، أيًّا كانت جنسية المريض، ولفظه عام (انظر المطلب 4-1). فلا يُجرى فيها فعل مميت ولا توصف فيها مادة لهذا الغرض.
2. **التقرير الموجَّه والإحالة ممتنعان.** كتابة تقرير يُصاغ لاستيفاء شروط جهة منفذة، أو إحالة المريض إليها، أو تعبئة نماذجها، إعانة مقصودة على محرم؛ ولا يغير الحكمَ وقوعُ

CC BY-NC-ND 4.0

الفعل الأخير خارج البلاد أو إباحته هناك، إذ العبرة بحكم الفعل الـذي يباشـره الطـبيب هنـا وقصده.

3. **حق المريض في معلوماته باقٍ.** تمكين المريض من نسـخة ملفـه وتقـاريره المعتـادة حق له تنظمه أحكام حقوق المريض والسجلات والبيانات (انظر الفصلين 6 و7)، وهـو أداء حق لا فعل موجه إلى غرض محرم. والفرق بين الأمرين في المضـمون والصـياغة: ملخص سريري معتاد لاستمرار الرعاية، لا شهادة بأن المريض «يستوفي معايير» جهة منفذة.
4. **الرعاية لا تنقطع.** يبين الطبيب موقفه بوضـوح واحـترام، ويعـرض خطـة رعايـة بديلـة، ويبقى متاحًا. والسفر قرار المريض، ولا يملك الطبيب منعه، ولا يملك أن يكون شريكًا في غرضه.
5. **الشروط الأجنبية ليست واحدة.** يشترط بعض الأنظمة الجنسـية أو الإقامـة، كفرنسـا والأوروغواي [33، 35]، ولا تتضمن المادة 115 السويسرية شرطًا كهـذا [22]. ولا يـدخل في عمل الطبيب السعودي تقويم أهلية المريض لأي من هذه الأنظمة.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 عشرة أسئلة لتحرير الطلب

لا يُحكم على الحالة من اسمها، بل بتفكيكها:

1. ما الفعل المطلوب تحديدًا؟
2. من يباشر الفعل الأخير؟
3. هل للفعل استطباب علاجي؟
4. ما القصد: تخفيف عرض أم إحداث الموت؟
5. ما السبب المباشر المتوقع للوفاة: المرض أم الفعل؟
6. هل يرفض المريض تدخلًا أم يطلب فعلًا؟
7. هل وراء الطلب عرض مستعصٍ أو خوف أو اكتئاب أو شعور بالعبء؟
8. هل العلاج القائم ما يزال يحقق هدفًا معتبرًا؟
9. هل المريض قادر على هذا القرار، وما أثر رضاه في الحكم؟
10. ما البدائل المتاحة فعلًا، وهل عُرضت؟

5-2 مسار الاستجابة لطلب الموت في المنشأة

الخطوة	المحتوى	المسؤول
1. الاستقبال	الإصغاء دون استنكار ولا وعد؛ وتوثيق نص الطلب وسياقه	من تلقى الطلب
2. التحرير	الاحتمالات الخمسة في المطلب 1-2	الطبيب المعالج
3. السلامة	تقويم خطر إيذاء النفس عند القرائن (الفصل 27)	الطبيب المعالج والطب النفسي

CC BY-NC-ND 4.0

الخطوة	المحتوى	المسؤول
4. الأعراض	تقويم عاجل للألم وسائر الأعراض واستشارة الرعاية التلطيفية (الفصل 43)	الفريق المعالج
5. النفس والمعنى	تقويم الاكتئاب واليأس، ودعم نفسي وروحي	الطب النفسي والدعم الروحي
6. الأسرة	لقاء أسري، ودعم مقدمي الرعاية، ومعالجة الشعور بالعبء	الفريق والخدمة الاجتماعية
7. الأهداف	مناقشة أهداف الرعاية، والتوجيهات المسبقة، وعدم الإنعاش إن طلبه المريض (الفصلان 40 و41)	الطبيب المعالج
8. البيان	بيان الموقف من الطلب بوضوح ولطف، مع التأكيد أن الرعاية مستمرة	الطبيب المعالج
9. التوثيق والمراجعة	توثيق الأسس والبدائل وموعد المراجعة؛ ولجنة الأخلاقيات عند النزاع (الفصل 13)	الطبيب المعالج

5-3 دليل القرار

البوابة	سؤال الضبط	الخطأ الشائع	الإجراء العملي
معنى الطلب	ماذا يطلب المريض تحديدًا؟	معاملة «أريد أن أموت» طلبًا مستقرًا لفعل مميت	حرر الطلب قبل أي حكم ووثق سياقه
الفعل المطلوب	من يباشر الفعل الأخير، وما سبب الوفاة المتوقع؟	توحيد الصور لاشتراكها في النتيجة	كيّف بالقصد والسببية والاستطباب لا بالاسم
القدرة والنفس	هل هو قادر؟ وهل يؤثر اكتئاب أو هذيان؟	إسقاط الأهلية لمخالفة التوصية، أو تجاهل الاضطراب القابل للعلاج	قوّم للقرار المحدد وعالج السبب ثم أعد التقويم
حكم العلاج	ما مرتبة هذا العلاج شرعًا في حق هذا المريض؟	إطلاق «ميؤوس منه» بلا معيار، أو إيجاب كل تدخل ممكن	طبّق القرار 67 (5/7) على الحالة الفردية
نطاق النصوص	هل النص المستشهد	الاستدلال بقرار	التزم نطاق كل قرار

CC BY-NC-ND 4.0

البوابة	سؤال الضبط	الخطأ الشائع	الإجراء العملي
	به صادر في هذه المسألة؟	أجهزة الإنعاش على سحب علاج عن حي	
الرضا	هل الرضا شرط للتدخل أم منشئ لمشروعية المحظور؟	«المريض وافق» تبريرًا لفعل محظور	الرضا يعمل نفيًا لا إثباتًا
الأسرة	هل تبيّن قيم المريض أم تطلب فعلًا؟	تنفيذ رغبة الأسرة أو تحميلها عبء القرار	القرار طبي موثق، والأسرة تُشرك ولا تُحمَّل
التسكين والتهدئة	هل الجرعة متناسبة مع عرض موثق؟	جرعة تصمم للوفاة باسم التسكين أو التهدئة، أو حرمان من علاج مستطب	عاير وتدرج ووثق
الإحالة والسفر	هل المطلوب نسخة ملف أم تقرير موجه؟	صياغة تقرير يستوفي شروط جهة منفذة، أو الامتناع عن تسليم الملف	سلّم الملف المعتاد، وامتنع عن التقرير الموجه والإحالة
عدم التخلي	هل استمرت الرعاية بعد رفض الطلب؟	الانسحاب أو التأخير	لا مشاركة في المحظور ولا تخلٍّ عن الرعاية

سادسًا: الحالات التطبيقية

تُحلل الحالات الأربع الآتية بالبوابات الخمس والأركان الأربعة كما في الفصل 4. وتجمعها قاعدة واحدة: أن تحرير الطلب أول الطريق، وأن رفض الفعل المحظور لا يعني ترك صاحبه.

الحالة الأولى: سرطان منتشر وطلب «إبرة تنهي كل شيء» بتأييد الأسرة

الوقائع. رجل في الثامنة والخمسين مصاب بسرطان البنكرياس المنتشر إلى الكبد والعظام، منوّم في جناح الأورام منذ أسبوع. ألمُ في ظهره لم ينضبط رغم جرعات متقطعة من المورفين، وليلتان لم يذق فيهما النوم. وفي منتصف الليل قال للطبيب المقيم: «أعطني إبرة تنهي كل شيء»، وأيده ابنه الأكبر قائلًا: «لا نريده أن يتعذب أكثر». والمريض واعٍ متماسك التفكير، والأسرة قد أنهكها التناوب على مرافقته.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا حالة إسعافية، ولكن الألم غير المضبوط يستدعي تدخلًا عاجلًا الليلة. الأمن: لا خطر ظاهر على غيره؛ ويُسأل عن أفكار إيذاء النفس. القدرة على القرار: المريض قادر في الظاهر، مع أثر محتمل للألم والأرق. صاحب الصفة: المريض في قراراته العلاجية، ولا يملك هو ولا أسرته طلب فعل محظور. السؤال المطلوب تقريره: ما المطلوب فعلًا؟ أهو إحداث الموت، أم الخلاص من ألم لم يُعالج كما ينبغي؟

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الطبي. الألم لم ينضبط لأن العلاج متقطع لا منتظم، ولا خطة لنوبات الألم الاختراقي، ولم يُقوَّم ألم العظام العصبي. فالمتاح لم يُستنفد بعد: تسكين منتظم بمعايرة، وجرعات إنقاذ، ومسكنات مساعدة، واستشارة الرعاية التلطيفية، وتقويم للعلاج الإشعاعي المسكن. وتفصيل ضبط الألم السرطاني المستعصي في الفصل 43 (الحالة 43/1). ثم إن الأرق والإنهاك يزيدان الطلب حدة. ويجب تقويم الاكتئاب لاحقًا، بعد ضبط الألم، لأن الاكتئاب واليأس من أقوى منبئات الرغبة في التعجيل بالموت [2].

الركن الأخلاقي. الإحسان إلى هذا الرجل الليلة أن يُزال ألمه، لا أن يُزال هو. وتأييد الابن يستوجب مزيد انتباه لا تسهيلًا؛ فالشعور بالعبء وإنهاك مقدمي الرعاية من أكثر الدوافع الموثقة [17، 18]. واحترام المريض يقتضي أن يُؤخذ كلامه بجدية، لا أن يُقال له «هذا حرام» ثم يُغلق الباب.

الركن الفقهي. المطلوب فعل يُقصد به إحداث الوفاة ويكون سببها المباشر، فهو إزهاق مقصود لنفس معصومة، ولا يبيحه رضا المريض ولا طلب الأسرة ولا باعث الشفقة. وحديث الرجل الذي جزع من جرحه فبادر بنفسه نص في أن شدة الألم لا تبيح تعجيل الموت [25]. وفي المقابل يوجب القرار 67 (5/7) الدأب في تخفيف آلامه [16]، فالتسكين الفعال هنا مطلوب شرعًا.

الركن النظامي. عجز المادة التاسعة عشرة صريح: لا يجوز إنهاء حياة المريض الميؤوس من شفائه «ولو كان بناءً على طلبه أو طلب ذويه» [30]. ولا تمنع المادة شيئًا من التسكين المستطب، بل تقصير الطبيب في ضبط الألم قد يكون خطأ مهنيًا مستقلًا.

القرار المهني الموزون. لا تُعطى أي مادة بقصد إنهاء الحياة، ويُشرح للمريض وابنه بوضوح أن الطلب لا يُجاب، وأن الألم سيعالج بجدية، وأن الرعاية لن تنقص، ويُبدأ الليلة تسكين منتظم بمعايرة وجرعات إنقاذ، ويُطلب تقويم الرعاية التلطيفية صباحًا، ويُعقد لقاء أسري خلال يومين، ويُقوَّم الاكتئاب بعد ضبط الألم؛ لأن الطلب ناشئ في الغالب عن ألم لم يعالج كما ينبغي، والفعل المطلوب محظور شرعًا ونظامًا. ويُعاد النظر إذا تحول الطلب إلى رفض تدخل بعينه، فينتقل إلى باب الرفض (الفصل 5)، أو طلب عدم الإنعاش، فيُبحث بضوابطه (الفصل 41)، أو بقي عرض مستعصٍ رغم العلاج الأمثل، فتُبحث التهدئة التلطيفية (الفصل 43)، أو ظهرت أفكار إيذاء النفس، فيُفعّل مسار السلامة (الفصل 27).

الدرس. أول جواب عن «أعطني إبرة تنهي كل شيء» أن تسأل: ما الذي لم نعالجه بعد؟

الحالة الثانية: تصلب جانبي ضموري وطلب وصفة للتناول الذاتي

الوقائع. امرأة في السابعة والأربعين مصابة بالتصلب الجانبي الضموري منذ ثلاث سنوات، تتواصل بجهاز تتبع العين، وتستعمل جهاز تنفس غير باضع ليلًا. قرأت عن قوانين المساعدة على الموت في ولايات أمريكية، فكتبت لطبيب الأعصاب: «أريد وصفة دواء أحتفظ به في البيت، أتناوله بنفسي حين يأتي الاختناق». وزوجها يدعمها في كل قرار، ولكن أحدًا لم يناقش معها قط ما سيحدث عند تدهور التنفس.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقرة. الأمن: يُسأل عن أفكار إيذاء النفس وعن وسائل متاحة في البيت. القدرة على القرار: التفكير سليم في الظاهر؛ ويُتحقق من موثوقية وسيلة التواصل ومن غياب الاكتئاب المؤثر. صاحب الصفة: المريضة في قبول التدخلات ورفضها، ولا تملك إلزام

CC BY-NC-ND 4.0

الطبيب بفعل محظور. السؤال المطلوب تقريره: هل الطلب طلب وسيلة للموت، أم خوف من لحظة الاختناق لم يُعالج؟

الركن الطبي. الخوف من الاختناق شائع في هذا المرض، وكثيرًا ما يكون هو المحرك الحقيقي للطلب. وله جواب طبي: خطة استباقية مكتوبة لضيق النفس الحاد، وأدوية جاهزة لتخفيف الضيق والقلق، وتدريب الزوج على استعمالها، وشرح أن الوفاة في هذا المرض تحدث في الغالب بتدرج يمكن تسكينه. ثم يُفتح معها حديث القرارات القادمة: التهوية الباضعة وفغر الرغامى، أتريدها أم لا؟

الركن الأخلاقي. احترام استقلالها يعني احترام حقها في أن ترفض التهوية الباضعة أو تقبلها، لا أن تُلزم الطبيب بوصفة غايتها الموت. ولو استُجيب لطلبها لحمل ذلك رسالة ضمنية خطيرة: أن الاعتماد على الآخرين وفقد الوظيفة مسوغان لإنهاء الحياة؛ وهي رسالة تمس كل من يعيش بإعاقة شديدة.

الركن الفقهي. المريضة هي المباشرة للفعل الأخير، والطبيب يوفر الوسيلة عالمًا بالغرض؛ فالفعل من جهتها قتل للنفس، ومن جهته إعانة وتسبب: ﴿وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ﴾. وسلامة أهليتها لا تجعل الإعانة مشروعة. أما رفضها التهوية الباضعة فمسألة تداوٍ تُبحث بمرتبة العلاج ونفعه وعبئه في حقها [16].

الركن النظامي. وصف دواء لغرض إنهاء الحياة داخل في عجز المادة التاسعة عشرة [30]. وقرارها في قبول التهوية أو رفضها يُوثق بضوابط الإذن والتوجيهات المسبقة (انظر الفصلين 5 و 40).

القرار المهني الموزون. لا توصف المادة، بل توضع خلال أسبوع خطة استباقية مكتوبة لأزمات ضيق النفس، مع أدوية جاهزة وتدريب الزوج، وتُحال إلى الرعاية التلطيفية، ويُفتح حوار موثق عن التهوية الباضعة وعدم الإنعاش والتوجيه المسبق، ويبقى لها حق قبول التدخلات أو رفضها بضوابطه؛ لأن الوسيلة المطلوبة محظورة، إذ هي إعانة على قتل النفس، والخوف الذي وراءها له علاج. ويُعاد النظر إذا ظهر اكتئاب مؤثر، فيُعالج ويُعاد التقويم، أو تعذر التواصل الموثوق، فيُرجع إلى التوجيه المسبق الموثق (الفصل 40).

الدرس. كثيرًا ما يكون وراء طلب الوسيلة خوف من لحظة بعينها، وجوابه خطة لتلك اللحظة.

الحالة الثالثة: طلب الموت مع اكتئاب شديد بعد فقد الزوج

الوقائع. امرأة في الرابعة والستين مصابة بسرطان الثدي النقيلي، تتلقى علاجًا هرمونيًا وموجهًا يضبط المرض منذ سنة. توفي زوجها قبل شهرين، وصارت تقلل الأكل، وتقول لطبيبة الأورام: «لا أريد العلاج، أريد أن ألحق به، ليتكم تعطونني ما ينهي حياتي». تنام ساعات قليلة، وقد انسحبت من بناتها، وتقول إنها «عبء على الجميع». ولا تاريخ لها في محاولات إيذاء النفس.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقرة جسديًا. الأمن: يلزم تقويم عاجل لخطر الانتحار. القدرة على القرار: موضع الشك الرئيس؛ فالاكتئاب قد يؤثر في تقديرها لمستقبلها وقيمتها. صاحب الصفة: المريضة، مع إشراك بناتها بإذنها. السؤال المطلوب تقريره: أهو قرار مستقل مستقر، أم عرض من أعراض اضطراب قابل للعلاج؟

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الطبي. هنا تجتمع علامات اكتئاب شديد بعد فقد: انعدام المتعة، والأرق، ونقص الأكل، والانسحاب، واليأس، والشعور بالعبء. وقد ارتبطت الرغبة في التعجيل بالموت ارتباطًا قويًا بالاكتئاب واليأس [2، 3]. ومرضها مضبوط بالعلاج، فإيقافه قرار جوهري قد لا تكون منه رجعة.

الركن الأخلاقي. احترام الاستقلال يقتضي أن يُؤخذ كلامها بجدية، ولكنه لا يقتضي أن يُعامل اختيارًا نهائيًا قبل أن يُعالج ما قد يكون شكّله. فأهليتها القانونية قد تبقى، مع نقص في قدرتها الفعلية على الاختيار الحر [9].

الركن الفقهي. طلب إحداث الموت محظور في كل حال. وأما إيقاف العلاج فحكمه تابع لمرتبته: علاج نافع يضبط مرضًا مهلكًا قد يبلغ الوجوب في حقها [16]. وتمني الموت لضر نزل منهي عنه [26]؛ وفي الحديث توجيه يصلح مدخلًا للدعم الروحي بلطف، لا وسيلة للوعظ واللوم.

الركن النظامي. لا يُنفذ الطلب بحال [30]. ويُتبع مسار تقويم خطر الانتحار وحدود السر في نظام الرعاية الصحية النفسية كما في الفصل 27. ولا يُعتمد رفضها العلاج قبل التحقق من أهليتها لهذا القرار (انظر الفصل 5).

القرار المهني الموزون. يُجرى تقويم نفسي عاجل في اليوم نفسه يشمل خطر الانتحار وخطة الأمان، ويُبدأ علاج الاكتئاب ودعم الحزن، وتُشرك البنات بإذنها، ويستمر العلاج الهرموني ما لم ترفضه رفضًا ثابتًا بعد التقويم، ولا يُعتمد قرار جوهري لا رجعة فيه حتى يتضح أثر الاكتئاب في قدرتها ويعاد التقويم بعد الاستجابة للعلاج؛ لأن الطلب مرتبط باضطراب قابل للعلاج، ومرضها الأصلي مضبوط. ويُعاد النظر إذا ثبت بعد علاج الاكتئاب موقف مستقر من تدخل بعينه، فينتقل التحليل إلى باب رفض العلاج (الفصل 5)؛ أما طلب إحداث الموت فيبقى محظورًا في كل حال.

الدرس. طلب الموت إذا اقترن باكتئاب عولج سببه أولًا، ولم يُعامل قبل ذلك قرارًا نهائيًا.

الحالة الرابعة: مقيم أجنبي يطلب تقريرًا للقتل الرحيم في بلده

الوقائع. مهندس بلجيكي في الثانية والخمسين يعمل في الرياض منذ سنوات، مصاب بورم دبقي أرومي عاود النمو بعد الجراحة والعلاج الإشعاعي الكيميائي. أخبر طبيبة الأورام أنه عزم على العودة إلى بلجيكا ليطلب القتل الرحيم، وطلب منها تقريرًا ينص على أن «معاناته غير محتملة ومرضه غير قابل للشفاء»، وأن تعبئ نموذجًا أرسلته جهة هناك، مع توصية لطبيب بعينه. وقدرته على القرار سليمة، وأعراضه العصبية تتزايد ببطء، وزوجته معه.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر. الأمن: لا خطر ظاهر؛ ويُسأل عن الاكتئاب وأفكار إيذاء النفس. القدرة على القرار: سليمة الآن، وقد تتأثر مع تقدم الورم. صاحب الصفة: المريض في معلوماته وسفره وقراراته العلاجية. السؤال المطلوب تقريره: ما الذي يجوز للطبيبة تقديمه: نسخة الملف، أم تقرير موجه، أم إحالة؟

الركن الطبي. المرض متقدم، ولكن قد يبقى للمريض وقت يستفيد فيه من علاج ثانٍ أو رعاية تلطيفية جيدة. ويحتاج إلى خطة لأعراض متوقعة: النوبات، والصداع، والتغيرات المعرفية. ولا بد من تقويم مخاوفه: ما الذي يخشاه تحديدًا؟ أهو فقد التفكير؟ أم الاعتماد على زوجته؟

الركن الأخلاقي. يستحق المريض الصدق والاحترام، لا أن يُهوَّن من قراره ولا أن يُوعظ. وللطبيبة أن تمتنع عن المشاركة فيما تعده محظورًا، من غير أن تتخلى عنه أو تحجب عنه ملفه. والتمييز بين نسخة الملف والتقرير الموجه هو الذي يحفظ حق المريض وضمير الطبيبة معًا.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الفقهي. كتابة تقرير يُصاغ لاستيفاء شروط جهة منفذة، أو تعبئة نموذجها، أو التوصية بمنفذ، إعانة مقصودة على قتل النفس: ﴿وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ﴾. ولا يغير الحكمَ وقوعُ الفعل الأخير في بلد يبيحه؛ فالعبرة بحكم الفعل الذي تباشره الطبيبة وقصدها. أما تسليم الملف فأداء حق للمريض لا يتوقف على غرضه، والغرض المحرم يتحمله صاحبه.

الركن النظامي. عجز المادة التاسعة عشرة يحكم العمل الطبي في المنشأة بلا تفريق بين مواطن ومقيم [30]. وحق المريض في الحصول على نسخة من سجله تنظمه أحكام حقوق المريض والسجلات والبيانات (انظر الفصلين 6 و7). وبلجيكا تجيز القتل الرحيم بقانون منذ 2002 [22]، لكن تقويم استيفاء المريض لشروطها ليس من عمل الطبيبة ولا من اختصاص منشأتها.

القرار المهني الموزون. يُسلَّم المريض نسخة ملفه وملخصًا سريريًا معتادًا بصياغة وصفية محايدة دون حجب أو تأخير، ويُمتنع عن التقرير الموجه وتعبئة النموذج والتوصية بمنفذ، مع بيان السبب بهدوء، وتُعرض خطة رعاية بديلة: علاج ثانٍ إن ناسب، واستشارة الرعاية التلطيفية، وخطة للأعراض المتوقعة، وتقويم للمزاج، دون تدخل في قراره بالسفر؛ لأن التقرير الموجه إعانة على محرم، وتسليم الملف حق للمريض. ويُعاد النظر إذا طلب إحالة إلى جهة علاجية أو تلطيفية في بلده لاستمرار الرعاية، فتُكتب بالصيغة المعتادة، أو ظهر اكتئاب مؤثر، فيُعالج.

الدرس. للمريض ملفه كاملًا، وليس له على الطبيب أن يكتب ما يُراد به إنهاء حياته.

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
سرطان منتشر بألم غير منضبط، والمريض يطلب «إبرة تنهي كل شيء» بتأييد ابنه	لا تُعطى مادة بقصد إنهاء الحياة؛ تسكين منتظم بمعايرة الليلة، وتقويم تلطيفي صباحًا، ولقاء أسري، وتقويم الاكتئاب بعد ضبط الألم	الطلب ناشئ في الغالب عن ألم لم يعالج كما ينبغي، والفعل المطلوب محظور شرعًا ونظامًا	تحول الطلب إلى رفض تدخل أو طلب عدم إنعاش، أو بقي عرض مستعص رغم العلاج الأمثل، أو ظهرت أفكار إيذاء النفس
تصلب جانبي ضموري، والمريضة تطلب وصفة تتناولها بنفسها عند الاختناق	لا توصف المادة؛ خطة استباقية مكتوبة لأزمات ضيق النفس مع أدوية جاهزة، وإحالة تلطيفية، وحوار موثق عن التهوية الباضعة وعدم الإنعاش والتوجيه المسبق	الوسيلة المطلوبة إعانة على قتل النفس، والخوف الذي وراءها له علاج	ظهر اكتئاب مؤثر فيُعالج، أو تعذر التواصل الموثوق فيُرجع إلى التوجيه المسبق الموثق
طلب الموت مع اكتئاب شديد بعد فقد الزوج، ومرض	تقويم نفسي عاجل يشمل خطر الانتحار وخطة الأمان، وعلاج	الطلب مرتبط باضطراب قابل للعلاج، ومرضها	ثبت بعد علاج الاكتئاب موقف مستقر من تدخل بعينه فيُبحث

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
السرطان مضبوط	الاكتئاب ودعم الحزن، واستمرار العلاج الهرموني، ولا قرار جوهري لا رجعة فيه قبل إعادة التقويم	الأصلي مضبوط	في باب الرفض؛ أما طلب إحداث الموت فمحظور في كل حال
مقيم أجنبي يطلب تقريرًا موجهًا ونموذجًا وتوصية لطلب القتل الرحيم في بلده	تسليم الملف وملخص سريري وصفي محايد دون تأخير، والامتناع عن التقرير الموجه والنموذج والتوصية، وعرض خطة رعاية بديلة	التقرير الموجه إعانة على محرم، وتسليم الملف حق للمريض	طلب إحالة إلى جهة علاجية أو تلطيفية في بلده فتُكتب بالصيغة المعتادة، أو ظهر اكتئاب مؤثر فيُعالج

مواقف متكررة

أسرة تطلب «زيادة المورفين حتى ينتهي». يُبيَّن للأسرة بلطف أن الجرعة تُعاير للراحة لا للوفاة، وأن الطلب بهذا القصد محظور. ثم يُسأل عما يزعجها حقًا: أهو ألم ظاهر، أم تنفس صاخب، أم طول الاحتضار؟ فيُعالج العرض الفعلي، ويُشرح لها مسار الاحتضار. الضابط: الهدف العرض لا العمر (انظر الفصل 43).

أسرة تعترض على تهدئة تلطيفية عميقة وتسميها «قتلًا بطيئًا». يُثبت الفريق أن العرض مستعصٍ وأن البدائل جُربت، ويبدأ بأقل مستوى مؤثر، مع التدرج والمراقبة والتوثيق. والدليل الحديث لا يسند القول بأن التهدئة المطبقة وفق الإرشادات تقصّر الحياة تقصيرًا معتبرًا [4]. فإن جاوز الطلب ما تقتضيه السيطرة على العرض خرج الفعل من بابه. وتفصيله في الفصل 43.

طلب الأسرة فصل جهاز التنفس عن مريض حي لا يستوفي معايير موت الدماغ. لا يُفصل الجهاز بطلب الأسرة وحده، ولا يُستدل بالقرار 17 (5/3)، لأنه فيمن ثبتت وفاته. وإنما السؤال: هل ما تزال التهوية تحقق هدفًا طبيًا معتبرًا؟ فإن ثبت فقد جدواها بتقرير ثلاثة أطباء مختصين، على ما تشترطه الفتوى في رفع أجهزة الإنعاش (انظر الفصل 41)، مع التوثيق، كان تركها تركًا لما لا ينفع، لا إماتة. وتفصيله في الفصل 42.

مريض قادر يرفض علاجًا منقذًا. والرفض ليس طلب قتل رحيم، ولا يُعامل معاملته. فيُحرَّر سببه، ويُبصَّر المريض بخطورة الترك وبحكم التداوي في حقه، ويُوثق ذلك. وتحليل هذه الصورة كاملًا في الفصل 5 (الحالة 5/1).

مريض على تغذية أنبوبية مع مضاعفات متكررة. لا يجوز إيقاف التغذية بقصد التعجيل بالوفاة، ولا تجب استدامتها آليًا لمجرد أنها تُسمّى «غذاء»؛ فهي تدخل يخضع لميزان المنفعة والعبء. وتفصيله في الفصل 44.

CC BY-NC-ND 4.0

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. القتل الرحيم فعل يقصد به الطبيب إحداث وفاة المريض ويكون سببها المباشر، والانتحار بمساعدة الطبيب توفير وسيلة يباشر بها المريض الفعل الأخير؛ والفارق بينهما فيمن يباشر الفعل الأخير [14].
2. تقسيم القتل الرحيم إلى «إيجابي» و«سلبي» مرفوض؛ لأنه يُدخل ترك العلاج غير المجدي واحترام الرفض في اسم القتل، والوفاة فيهما من المرض.
3. «أريد أن أموت» واقعة سريرية تُحرر قبل الحكم عليها. والدوافع الموثقة رسميًا وجودية وعلائقية في الغالب، ويرتبط الطلب ارتباطًا قويًا بالاكتئاب واليأس [2، 17، 18].
4. القتل الرحيم محرم شرعًا، والانتحار بمساعدة الطبيب إعانة على محرم، ولا يبيحهما رضا المريض ولا باعث الشفقة؛ وهذا ما صرحت به جهات فقهية وطبية إسلامية [24، 28].
5. عجز المادة التاسعة عشرة يحظر إنهاء حياة أي مريض ميؤوس من شفائه ولو بطلبه أو طلب ذويه [30]، ولا يمتد إلى ترك ما لا يجدي أو احترام الرفض المعتبر.
6. البيانات الحديثة لا تسند بعض صور المنحدر الزلق الشائعة، كالاقتصادية والنفسية، وتسند الاتساع في الحجم والمعايير والحجة العلائقية [18، 19، 20].
7. التشريعات الأجنبية اتسعت في 2025–2026، ولم يصدر قانون في إنجلترا وويلز ولا اسكتلندا حتى تاريخ القطع، ورفض مجلس العموم المشروع الجديد في 11 سبتمبر 2026 [39، 40، 41].
8. التقرير الموجه والإحالة إلى جهة منفذة إعانة ممتنعة، وتسليم الملف حق للمريض.

التوصيات

للممارس: أن يستقبل طلب الموت بالإصغاء لا بالاستنكار، وأن يحرره بالأسئلة العشرة، وأن يعالج أسبابه القابلة للعلاج قبل كل شيء، وأن يقوّم الاكتئاب وخطر إيذاء النفس. وأن يبين موقفه من الطلب بوضوح ولطف، ويبقى حاضرًا في الرعاية. وأن يميز في طلبات الأجانب بين نسخة الملف والتقرير الموجه.

للمنشأة: أن تعتمد مسارًا مكتوبًا للاستجابة لطلب الموت يشمل الرعاية التلطيفية والطب النفسي والخدمة الاجتماعية والدعم الروحي. وأن تضع سياسة للتهدئة التلطيفية بضوابطها. وأن توجه قسم السجلات إلى تسليم الملفات دون صياغة تقارير لأغراض محظورة. وأن تتيح لجنة الأخلاقيات عند النزاع (انظر الفصل 13).

للتعليم والبحث: أن تُعلَّم المصطلحات الدقيقة ويُهجر «القتل الرحيم السلبي». وأن يُدرَّب طلاب العلوم الصحية على محادثة «أريد أن أموت». وأن تُجرى دراسات سعودية عن انتشار الرغبة في التعجيل بالموت لدى المرضى النهائيين ودوافعها، وأثر الرعاية التلطيفية المبكرة فيها.

CC BY-NC-ND 4.0

ثامنًا: الخاتمة

تكشف معضلة القتل الرحيم أن السؤال «هل يجوز إنهاء حياة المريض؟» تسبقه أسئلة أدق منه: ماذا يطلب المريض؟ ولماذا؟ وهل هو قادر؟ وهل يمكن علاج معاناته؟ وهل العلاج القائم ما يزال مستطبًا؟ ومن يباشر الفعل الأخير؟ فإذا حُررت هذه الأسئلة تبين أن ما جُمع تحت اسم واحد صور مختلفة: بعضها محرم لا يبيحه الرضا، وبعضها مشروع بضوابطه.

ورفض إنهاء الحياة ليس رفضًا للرحمة، بل توجيه لها إلى المعاناة لا إلى من يعاني. وأصدق جواب عن طلب الموت، يا أخي الطبيب، ليس محاضرة في الحكم، بل رعاية تجعل ما بقي من الحياة، مهما قصر، محتملًا مصون الكرامة. وبهذا يلتقي حكم الشرع ونص النظام وواجب الطبيب في موضع واحد: لا مشاركة في إزهاق النفس، ولا تخلٍّ عن صاحبها.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. عرّف القتل الرحيم والانتحار بمساعدة الطبيب، وبيّن المعيار الفاصل بينهما وأثره في تصنيف الأنظمة الأجنبية.
2. لماذا يرفض الفصل مصطلح «القتل الرحيم السلبي»؟ وما البديل الذي يقترحه؟
3. ماذا تقول بيانات أوريغون وكندا عن دوافع طالبي المساعدة على الموت؟ وكيف تغير هذه البيانات طريقة الاستجابة لطلب الموت؟
4. مريض يقول لك: «لا أريد أن أعيش هكذا». اذكر الاحتمالات الخمسة لمعنى طلبه، والسؤال الذي تبدأ به لكل احتمال.
5. فرّق فقهيًا بين حكم قتل المريض بإذنه ابتداءً وأثر الإذن في القصاص والدية، وبيّن المغالطة الناشئة عن الخلط بينهما.
6. ما دلالة موضع حظر إنهاء الحياة في عجز المادة التاسعة عشرة؟ وما حدود هذا الحظر؟
7. اختبر حجة المنحدر الزلق ببيانات هولندا وبلجيكا وكندا: ما الذي تسنده البيانات وما الذي لا تسنده؟
8. مقيم أجنبي يطلب منك تعبئة نموذج جهة منفذة في بلده ونسخة من ملفه. ما الذي تقدمه وما الذي تمتنع عنه، ولماذا؟

المراجع

[1] Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. JAMA. 2000;284(19):2460–2468. doi:10.1001/jama.284.19.2460

[2] Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA. 2000;284(22):2907–2911. doi:10.1001/jama.284.22.2907

CC BY-NC-ND 4.0

Wilson KG, Scott JF, Graham ID, et al. Attitudes of terminally ill patients [3] toward euthanasia and physician-assisted suicide. Arch Intern Med. 2000;160(16):2454–2460. doi:10.1001/archinte.160.16.2454

Makarem RA, Patil S, Baniowdeh O, et al. The principle of double effect in [4] palliative care: a systematic review of ethical, legal, and clinical perspectives. BMC Palliat Care. 2026;25:210. link.springer.com

Sumner LW. Assisted Death: A Study in Ethics and Law. New York: Oxford [5] University Press; 2011. cbhd.org

Keown J. Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against [6] Legalisation. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2018. doi:10.1017/9781107337909

Riisfeldt TD. Euthanasia and assisted suicide are compatible with [7] palliative care and are not rendered redundant by it. Camb Q Healthc Ethics. 2023;32(2):254–262. doi:10.1017/S0963180122000706

Boudreau JD, Somerville MA. Euthanasia and assisted suicide: a [8] physician's and ethicist's perspectives. Medicolegal and Bioethics. 2014;4:1–12. doi:10.2147/MB.S59303

Mendz GL, Kissane DW. Agency, autonomy and euthanasia. J Law Med [9] Ethics. 2020;48(3):555–564. researchonline.nd.edu.au

Horn R, Kerasidou A. The concept of dignity and its use in end-of-life [10] debates in England and France. Camb Q Healthc Ethics. 2016;25(3). pmc.ncbi.nlm.nih.gov

Yousuf RM, Mohammed Fauzi AR. Euthanasia and physician-assisted [11] suicide: a review from Islamic point of view. IIUM Medical Journal Malaysia. 2012;11(1). https://doi.org/10.31436/imjm.v11i1.556

Mohiuddin A, Suleman M, Rasheed S, Padela AI. When can Muslims [12] withdraw or withhold life support? A narrative review of Islamic juridical rulings. Glob Bioeth. 2020;31(1):29–46. https://doi.org/10.1080/11287462.2020.1736243

Ghaly M. Biomedical scientists as co-muftis: their contribution to [13] contemporary Islamic bioethics. Die Welt des Islams. 2015;55(3–4):286–311. https://doi.org/10.1163/15700607-05534p03

World Medical Association. WMA Declaration on Euthanasia and [14] Physician-Assisted Suicide. Adopted by the 70th WMA General Assembly, Tbilisi, October 2019. wma.net

American Medical Association. Code of Medical Ethics: Opinion 5.7 [15] (Physician-Assisted Suicide) and Opinion 5.8 (Euthanasia). code-medical-ethics.ama-assn.org

مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. iifa-aifi.org [16]

Oregon Health Authority, Public Health Division. 2025 Oregon Death with [17] Dignity Act Data Summary. Portland: OHA; 2026. oregon.gov

Health Canada. Sixth Annual Report on Medical Assistance in Dying in [18] Canada, 2024. Ottawa: Health Canada; November 2025. canada.ca

Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Jaarverslag 2025 [19]، مرفوعًا إلى البرلمان الهولندي برسالة وزيرة الصحة والرفاه والرياضة في 26 مارس 2026م. eerstekamer.nl

Federal Commission for the Control and Evaluation of Euthanasia [20] (Belgium). 2025 figures euthanasia Belgium. 26 February 2026. consultativebodies.health.belgium.be

Department of Justice Canada. Canada’s medical assistance in dying [21] (MAID) law: legislative background. justice.gc.ca

Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Assisted dying [22] around the world: a status quaestionis. Ann Palliat Med. 2021;10(3):3540–3553. doi:10.21037/apm-20-637

Australian Centre for Health Law Research, Queensland University of [23] Technology. End of Life Law in Australia: Voluntary Assisted Dying. end-of-life.qut.edu.au

المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. الدستور الإسلامي للمهنة الطبية (وثيقة الكويت)، الصادر عن المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي، الكويت، 6–10 ربيع الأول 1401هـ (12–16 يناير 1981م)، باب حرمة الحياة الإنسانية؛ ونصه الإنجليزي في: Islamic Code of Medical Ethics (Kuwait Document). In: Encyclopedia of Bioethics. encyclopedia.com [24]

صحيح البخاري، كتاب أحاديث الأنبياء، باب ما ذُكر عن بني إسرائيل، ح 3463؛ وصحيح مسلم، كتاب الإيمان، باب غلظ تحريم قتل الإنسان نفسه، ح 113. sunnah.com [25]

صحيح البخاري، كتاب المرضى، باب تمني المريض الموت، ح 5671؛ وصحيح مسلم، كتاب الذكر والدعاء والتوبة والاستغفار، باب كراهة تمني الموت لضر نزل به، ح 2680. sunnah.com [26]

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 [27]

دار الإفتاء المصرية. الفتوى رقم 639: حكم القتل الرحيم. أجاب عنها الدكتور علي جمعة محمد، 9 ديسمبر 2004م. dar-alifta.org [28]

CC BY-NC-ND 4.0

[29] 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

[30] 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 عشرة والثامنة والعشرون. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[31] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصحة؛ ولا سيما اللائحة 1/19. moh.gov.sa

[32] Sillitti P, Meier C, Blanc S, Jones L, Gamondi C. A public health perspective on assisted dying and its different modalities. Lancet Public Health. 2025;10(11):e1001–e1005. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00245-2

[33] República Oriental del Uruguay. Ley N° 20.431: Eutanasia. Promulgada el 24 de octubre de 2025. IMPO. impo.com.uy

[34] República Oriental del Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Decreto N° 76/026: Reglamentación de la Ley 20.431 sobre Muerte Digna. 15 de abril de 2026. gub.uy

[35] Loi n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l’aide à mourir. Journal officiel de la République française n° 192 du 19 août 2026. تاريخ الاطلاع: 3 أكتوبر 2026م. legifrance.gouv.fr

[36] Conseil constitutionnel (France). Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, Loi relative au droit à l’aide à mourir. conseil-constitutionnel.fr

[37] Petrie-Flom Center, Harvard Law School. New York Enacts Medical Aid in Dying. Bill of Health; 10 April 2026. petrieflom.law.harvard.edu

[38] Corte costituzionale (Italia). Sentenza n. 242/2019، decisa il 25 settembre 2019، depositata il 22 novembre 2019 (art. 580 del codice penale). cortecostituzionale.it

[39] House of Commons Library. Terminally Ill Adults (End of Life) Bill 2026-27. Research Briefing CBP-12181; 4 September 2026. commonslibrary.parliament.uk

[40] Institute for Government. What has happened to the assisted dying bill? Explainer; 2026. instituteforgovernment.org.uk

[41] The Pharmaceutical Journal. Assisted dying bill defeated in House of Commons. 11 September 2026 (تاريخ الاطلاع 30 سبتمبر 2026م). pharmaceutical-journal.com

CC BY-NC-ND 4.0

Humanists UK. Historic day! Jersey’s assisted dying law receives Royal Assent. July 2026. humanists.uk [42]

Government of Jersey. Assisted dying law granted Royal Assent. News release; 9 July 2026. gov.je [43]

Health Canada. Medical assistance in dying: overview (eligibility). Page modified 27 August 2025. canada.ca [44]

Parliament of Canada, Special Joint Committee on Medical Assistance in Dying (AMAD). Medical Assistance in Dying and Mental Disorder as the Sole Underlying Medical Condition: A Complex and Challenging Conversation Among Canadians. Report 1, 45th Parliament, 1st Session; 2026. parl.ca [45]