



الفصل السادس

قضايا نهاية الحياة والإنعاش

أ.د. جمال الجارالله

أستاذ طب الأسرة وأخلاقيات الطب

كلية الطب- جامعة الملك سعود

1442 هـ

قضايا نهاية الحياة والإنعاش

الحالة الأولى:

مريض يبلغ من العمر 84 عاماً ويعاني من الأمراض الآتية:

1- داء السكري من النوع الثاني

2- ارتفاع ضغط الدم

3- متلازمة أديسون

4- مرض الكلى المزمن (المرحلة الرابعة)

مع إعتلال دماغي يوريمي (Uremia encephalopathy)

5- سرطان القولون مع انتشاره في الكبد والرئتين، وربما الدماغ ولم يتم التأكد لأن أولياء المريض رفضوا الفحوص التأكيدية)

6- ورم البروستاتا الحميد

7- اعتلال في الوعي أو هذيان (قد يكون بسبب جلطة دماغية محتملة) مع رفض أولياء المريض عمل تصوير بالرنين المغناطيسي

قرر الأطباء عدم الإنعاش، لكن عائلته رفضت ذلك رفضاً قاطعاً وطلبوا عمل كل شيء حتى الإنعاش القلبي الرئوي.

الحالة الثانية :

طفل عمره ثلاث سنوات يعاني من مرض الورم العصبي الليفي (NEUROFIBROMATOSIS) من النوع الأول ، أدخل المستشفى بسبب التهاب حاد وشديد في الجهاز التنفسي وكما أنه يعاني من تأخر شامل في النمو العقلي يماثل طفل عمره 3-4 شهور حصل له توقف في القلب والتنفس ، واستعيدت الدورة الدموية، بعد إجراء الإنعاش القلبي الرئوي (CPR). حصل له بعد ذلك نوبات صرع حادثة بعد الإنعاش القلبي الرئوي ، وتم السيطرة عليها بالأدوية .

تحسن الالتهاب في الجهاز التنفسي، وتم إخراج أنبوبة التنفس، وبقي على التنفس الصناعي غير الباضع (Noninvasive) باستخدام الكمامة، ولم يمكن فطامه منها.

قرر الأطباء عدم الإنعاش، ولكن عائلة المريض رفضت ذلك رفضاً قطعياً

الحالة الثالثة:

مريض يبلغ من العمر 75 عاماً يعاني من الأمراض الآتية:

1- داء السكري

2- داء ارتفاع الضغط الدموي

3- شلل نصفي سفلي (بعد حادث مروري قبل 15 سنة) أدى إلى إصابة الحبل الشوكي.

4- تقرحات الفراش

أدخل المستشفى بسبب صدمة إنتانية (Septic Shock) وأحتاج إلى المنفسة (ventilator) التي وضعت ، ثم أجريت له عملية فتحة القصبة الهوائية (Tracheostomy) ، وهو الآن يتنفس من خلالها باستخدام المنفسة ، ومن الصعب فطامه عنها ، المريض يتواصل من خلال الإشارات مع بقاء وعيه كاملاً أختلف الأطباء في تفعيل قرار عدم الإنعاش.

حصل له التهاب رئوي، وقرر الطبيب المناوب بدء إعطائه مضادات حيوية، قبل إحالته إلى العناية المركزة. طبيب العناية المركزة المناوب، كان يرى عدم البدء بإعطائه المضادات الحيوية، لأن وضعه الصحي سيء.

سنناقش هذا الموضوع من خلال المحاور الآتية:

أولاً: حفظ النفس كأحد الضرورات الخمس

ثانياً: التداوي وعلاقته بالإنعاش

ثالثاً: حالات الأمراض في الواقع ومآلاتها

رابعاً: الإنعاش القلبي الرئوي

خامساً: قرار عدم الإنعاش

سادساً: عدم جدوى التدخل الطبي

سابعاً: حالات المرضى مع أجهزة الإنعاش

ثامناً: علاج الأعراض عند قرب نهاية الحياة

تاسعاً: فتاوى حول الإنعاش

عاشراً: رفع الأجهزة بعد وضعها

حادي عشر: إذن المريض وأوليائه

ثاني عشر: مسؤولية اتخاذ القرار

ثالث عشر: التوجيه المسبق (وصيه المريض قرب وفاته)

رابع عشر: التغذية والإرواء قرب نهاية الحياة .

خامس عشر: الإسبات التلطيفي

سادس عشر: التزامم على الأجهزة

سابع عشر: التكلفة المادية

أولاً: حفظ النفس كأحد الضرورات الخمس

حرص الدين الإسلامي الحنيف على حفظ النفس البشرية، وعدها علماء الشريعة من المقاصد الضرورية التي جاءت الشريعة الإسلامية السمحة لحفظها وصيانتها. وقد أحاط الإسلام النفس البشرية بسياج متين يحفظها أو يحرم التعدي عليها، ويتجلى ذلك في الأمور الآتية:

أ. وضع النفس البشرية في منزلة عالية والتشجيع على من أزهقها، وأثنى على من أحيها قال تعالى " مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا " (المائدة:32)

ب. تحريم الإنتحار والوعيد الشديد لمن قتل نفسه قال تعالى " وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا " (النساء: 29)

وقال رسول الله صل الله عليه وسلم " من قتل نفسه بحديدة جاء يوم القيامة وحديدته في يده يتوجأ بها في بطنه في نار جهنم خالدًا مخلدًا أبداً ، ومن قتل نفسه بسهم فسمه في يده يتحسأه في نار جهنم خالدًا مخلدًا " متفق عليه.¹

ت. تحريم الاعتداء على النفس البشرية قال تعالى " وَمَنْ يَقْتُلْ مُؤْمِنًا مُتَعَمِّدًا فَجَزَاؤُهُ جَهَنَّمُ خَالِدًا فِيهَا وَغَضِبَ اللَّهُ عَلَيْهِ وَلَعَنَهُ وَأَعَدَّ لَهُ عَذَابًا عَظِيمًا " (النساء: 93)

ث. وجوب القصاص قال تعالى " وَلَكُمْ فِي الْقِصَاصِ حَيَاةٌ يَا أُولِي الْأَلْبَابِ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ " (البقرة: 179)

ومن هنا ندرك قدسية الحياة الإنسانية من وجهة نظر الإسلام ، وتحريم الإعتداء عليها . ومن هنا نعلم أيضاً أن أحد أولويات الرعاية الطبية حفظ النفس البشرية بدفع ما يضرها قبل وقوعه ، ورفعها حين وقوعه .

ثانياً: التداوي وعلاقته بالإنعاش

ذكرنا في الفصل الرابع أن جمهور الفقهاء صرفوا أحاديث الأمر بالتداوي إلى الإباحة أو الندب وليس إلى الوجوب. والسؤال الذي يطرح هنا ، وفي هذا السياق، هو: متى يكون التداوي واجباً، فيجب عندئذ الاستمرار في العلاج، ومن ذلك الإنعاش؟

لقد مر معنا كلام شيخ الإسلام بن تيمية رحمه الله وهو قوله عن التداوي: "... وقد يكون منه ماهو واجب، وهو مايعلم أنه يحصل به بقاء النفس لاغيره" (انظر ص 24)، ويؤيد ذلك مجمع الفقه الإسلامي الدولي،

¹ أخرجه البخاري (5778)، ومسلم(109). الدرر السنية <https://dorar.net/hadith/sharh/40054>

مضيفاً إليه الوجوب عند خوف تلف عضو من الأعضاء أو عجزه، أو كان المرض ينتقل إلى غيره. (ص 24).

وقد يتبادر إلى الذهن أنه مادام التداوي ليس واجباً فيمكن التوقف عن الاستمرار فيه أو الامتناع عنه، لكن هذا من جهة المريض. أما من جهة الطبيب، فالأصل أن يبذل وسعه في تقديم العلاج الطبي للمريض، والاستمرار فيه. فهل هذا على إطلاقه؟ أم هناك استثناءات؟ وهل قضية الأمر بعدم الإنعاش أو رفع أجهزة الإنعاش داخلية في هذا الاستثناء؟

وسنحاول الإجابة عن هذه الأسئلة - بإذن الله - بعد الحديث عن واقع الأمراض التي تتطلب الإنعاش وتصوير موضوع أجهزة الإنعاش.

ثالثاً: حالات الأمراض في الواقع ومآلاتها

يمكن تقسيم الأمراض من حيث مآلاتها إلى أربعة أنواع:

أ. الأمراض الخطيرة المميتة خلال فترة قصيره حيث تؤدي إلى الوفاة خلال فترة قصيرة، قد تكون سنوات قليلة أو أشهر أو حتى أسابيع، ومن أمثلتها أمراض السرطان في مراحلها الأخيرة أو حينما تكون قد انتشرت في أجزاء أخرى من الجسم، أو تلك الأنواع التي تعرف بأنها أشد خطورة وأسرع فتكا مثل سرطان البنكرياس.

ب. المرضى الذين يتعرضون لمضاعفات شديدة في الأجهزة الحيوية من الجسم، كالقلب والرئتين (فتؤثر على التنفس والدورة الدموية) مباشرة أو بطريقة غير مباشرة نتيجة لأمراض مزمنة. كداء السكري مثلاً حيث يتعرض هؤلاء المرضى لمرات عديدة من التنويم في المستشفيات حتى يصلوا إلى مرحلة متقدمة من المرض ومضاعفاته، ويقترّبون من وضع المرضى في النوع الأول (أ)

ج. المرضى الذين يعانون من أمراض تتصاعد حدتها ببطء ولا تؤثر بالضرورة على الأجهزة الحيوية في الجسم، ومن أمثلتها الخرف (Dementia)، والتهاب المفاصل (Osteoarthritic) وإذا قدمت لهؤلاء المرضى، خدمات ترميضية جيدة فإنهم يستمرون حتى يطعنون في السن (يهرمون)، أو حتى يعانون من أمراض أخرى كالتهاب الجهاز التنفسي، وغيرها من الأمراض التي قد تؤدي بهم إلى الوفاة.

ح. المرضى الذين ليس لديهم أمراض تؤدي إلى إدخالهم إلى المستشفيات، ويكتفي بعلاجهم في العيادات، لكنهم في النهاية سيواجهون الموت فجاءة لسبب من الأسباب، مثل النوبات القلبية، أو غيرها.

وكما هو مشاهد فإن النوع (أ) لا يوجد حوله خلاف كبير حيث أن حال المرضى معروف أنه سيؤدي إلى الوفاة، ومن ثم يقبل كثيرون بإصدار أمر عدم الإنعاش في حالة توقف القلب والدورة الدموية والتنفس. وقد يكون الأمر كذلك بالنسبة لنوع (ب) عند تأثر الأجهزة الحيوية في الإنسان تأثراً كبيراً، يصعب أو يستحيل

معه العودة إلى وضع طبي مستقر أو يتأرجح فيه المريض بين الحياة والموت، وإن كان بدرجة أقل من النوع^{2(أ)}

ولا يكاد يجادل أحد في أنه يجب إنعاش المرضى بالنسبة للمصنف المذكور في (ج)، و(د)

و هناك تصنيف آخر اقترحه الدكتور ياسين العرابي للحالات غير القابلة للشفاء الى الحالات الآتية :

أولاً : المرضى المصابون بأمراض عضال ولا علاج لها و يعرف عنها تفاقمها التدريجي الذي ينتهي بالوفاة خلال فترة تقرب أو تبعد . ومثال ذلك السرطان المنتشر الذي لا علاج له، والذي يعرف طبيياً من الحالات المشابهة أنه سينتهي بالوفاة خلال مدة أشهر.

ثانياً : المرضى المنومون في قسم العناية المركزة والذين فشلت معهم كل الوسائل العلاجية المتوفرة في تحسين حالتهم الصحية فانتهى بهم الحال إلى حالة شبه نهائية. و هؤلاء هم أقرب للموت منهم للحياة وهم في حالة احتضار. ومثال ذلك المريض المصاب بتسمم شديد في الدم والذي لم تفد معه أجهزة التنفس الإصطناعي والغسيل الكلوي والأدوية المختلفة في وقف تطور المرض (وهذا ما يسمى طبيياً حالة فشل الأعضاء المتعددة).

ثالثاً : المرضى المصابون بأمراض عصبية شديدة أدت إلى عجزهم التام عقلياً على نحو لا أمل طبيياً في تحسنهم. ومثال ذلك الشيخ الهرم المصاب بالخرف الشديد على نحو لا يعرف فيه من حوله ولا يقدر على أداء حاجاته ولا يتحكم بالبول و الغائط.

رابعاً : المرضى المصابون بالحالات النباتية المستمرة ويُقصد بذلك إصابة قشرة المخ إصابة بالغة دائمة مع بقاء بعض وظائف جذع الدماغ سليمة. فمثل هذا المريض في حالة غياب تام عن الوعي والإدراك إلا أنه يتنفس و يهضم الطعام ويفتح عينيه ويغلقهما و لذلك فإنه يعيش حياة أقرب إلى حياة النبات منها إلى حياة الإنسان. وتشاهد مثل هذه الحالات في بعض ضحايا الحوادث.

ولا يدخل في مفهوم الحالات غير القابلة للشفاء حالات الموت الدماغي . و يعرف الموت الدماغي بأنه تعطل جميع وظائف الدماغ تعطلاً نهائياً لا رجعه فيه.³

رابعاً: الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)

² Tsang JYC. The DNR order: what does it mean?. *Clinical Medicine Insights: Circulatory, Respiratory and Pulmonary Medicine*,2010;4:15-23

³ العرابي، ياسين. مؤتمر أخلاقيات الطب الإسلامية. جدة

هو إجراء إسعافي يهدف إلى إيصال الدورة الدموية إلى الدماغ، بينما يتم إستعادة الدورة الدموية بشكل تلقائي، إن أمكن ذلك، عند شخص توقف قلبه عن الخفقان. وهذا هو الإنعاش القلبي الرئوي الأساسي (Basic CPR) ويشمل: الضغط على الصدر، وإعطاء التنفس عن طريق الفم (من الفم الى الفم) أو استخدام مضخة التنفس اليدوية (Ambo bag)، والتي يمكن توصيلها بأنبوب الأكسجين في حالة وجوده.

أما الإنعاش القلبي الرئوي المتقدم، والذي يقدم في المستشفيات غالباً وفي بعض سيارات الإسعاف المجهزة لذلك الغرض فيشمل إضافة الى الإنعاش الأساسي، جملة من الإجراءات التي تتطلب وجود أجهزه خاصة وهي :

1- جهاز التنفس الصناعي (المنفسه)

2- جهاز مزيل الرجفان بالصدمة الكهربائية (Defibrillator)

3- جهاز منظم ضربات القلب (Pacemaker)

4- أدوية متقدمة تستخدم لتمشيط القلب، ورفع ضغط الدم

وهكذا يتضح لنا أن الذي يحتاج إلى الإنعاش القلبي الرئوي هو المريض الذي توقف قلبه، فلم يعد ينبض تلقائياً كما كان، مما يؤدي إلى توقف سريان الدم في أجزاء جسمه، ومنها القلب والدماغ، كما قد يتوقف التنفس لديه فلا يتنفس تلقائياً مما يحرم جسمه الأوكسجين وهي المادة الحيوية لإبقائه حياً.

وإذا انقطعت الدورة الدموية بشكل كامل عن الدماغ لعدة دقائق (من 4-6) دقائق، فإن هذا سوف يؤدي إلى تلف خلايا المخ وقد يؤدي إلى الوفاة الدماغية الكاملة أو أجزاء من الدماغ.⁴

إذن فالغرض من الإنعاش هو إيصال الدم محملاً بالأكسجين إلى الأجزاء الحيوية من الجسم وفي مقدمتها الدماغ، ريثما تعود الدورة الدموية إلى تلقائيتها.

حقائق حول الإنعاش القلبي الرئوي

من المهم معرفة بعض الحقائق المتعلقة بالإنعاش القلبي الرئوي وحالاته.

وأول هذه المعلومات أن نسبة نجاحه في المعدل لم تتعد 17%، هذا في داخل المستشفيات والتي تنتهي بخروج المريض من المستشفى سليماً معافى. وأما نسبة نجاحه على المدى القصير، وعودة نبض القلب فقد وصلت 44%⁵

وأما العوامل التي تؤثر في نجاح الإنعاش القلبي الرئوي فهي كالآتي :

⁴ American Heart Association. www.heart.org.

⁵ Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2003;58(3):297-308. doi:10.1016/s0300-9572(03)00215-6.

1- إذا كان توقف القلب بسبب أمراض شرايين القلب التاجية (CAD) أو بسبب جرعة زائدة من أدوية وعقاقير أو بسبب أثارها السيئة، وكذلك وجود المريض في العناية المركزة.

2- : الإصابة بالسرطان سواء كان منتشرًا أو غير منتشر والإصابة بالإنتانات (الإخماج) حال توقف القلب ، والخرف والإصابة بفشل كلوي حاد، وبقاء المريض ملازمًا للسريير .أما العمر أو الجنس، فليس لها اي ارتباط بنتائج الإنعاش القلبي الرئوي.

وفي مراجعة للدراسات التي نُشرت خلال ثلاثين سنة، وجد الباحثون أن نسب نجاح الإنعاش لم تتغير خلال هذه المدة، لكن الإنعاش ينقذ حياة الأفراد مع أنه غير مناسب للحالات المزمنة المنهكة، وأن نسب النجاح تقل كلما زادت فترة الإنعاش لمدة ثلاثين دقيقة أو أكثر والعكس صحيح .

كما أن الإصابة بمضاعفات الإنعاش قد حدثت بنسب متفاوتة، فمثلاً حدث كسر الأضلاع بنسبة (32%) وإصابات الدماغ الشديدة المستمرة بنسبة (1.6%) ومما لوحظ في هذه الدراسة أن نسبة نجاح الإنعاش نقصت من 16.2% لدى المرضى دون سن السبعين الى (12.4) لدى من هم فوق السبعين⁶.

وفي مقال علمي نشر حديثاً، وجد أن نسبة نجاح الإنعاش خارج المستشفى لا تتعدى 6,4%، مقارنة بإجرائه في المستشفى حيث ترتفع النسبة إلى 17,6%⁷. ورصد في دراسة أخرى نسبة أعلى (32.2%) من نجاح الإنعاش ، وخروج المريض من المستشفى⁸.

وفي مراجعة منهجية للدراسات حول نسب فائدة الانعاش القلبي الرئوي مقارنة بين مرضى السرطان وغيرهم، وجد أن واحد من عشرة (10%) من مرضى السرطان يمكن ان يؤدي الانعاش القلبي الرئوي الى خروجهم من المستشفى أحياء. أما الذين كانوا في العناية المركزة فلم تتجاوز النسبة إثنان في المائة⁹.

وعطفاً على ماسبق ، يأتي سؤال مهم وهو: ماالغاية من إجراء الإنعاش؟ . هل هو إعادة الدورة الدموية إلى تلقائيتها أم أن الغايه هو أن نبقى الدورة الدموية تصل للأعضاء الحيوية في الإنسان بما يسمح بعلاج المرض الأصلي الذي يعاني منه، وجميع الأسباب المؤدية الى توقف القلب .

⁶ Schendeider AP, Nelson DJ, and Brown DD. In-hospital cardiopulmonary resuscitation: A 30-year review. J Am Board Fam Pract 19913;6:91-101.

⁷ Cooper JA, Cooper JD, and Cooper JM. Cardiopulmonary resuscitation: history, current practice, and future direction. Circulation 2006;114:2839-2849.

⁸ Zoch TW, Desbiens NA, DeStefano F, Stueland DT, Layde PM. Short- and Long-term Survival After Cardiopulmonary Resuscitation. Arch Intern Med. 2000;160(13):1969–1973. doi:10.1001/archinte.160.13.1969.

⁹ Ontario Health Technology Assessment Series; Vol. 14: No. 15, pp. 1–38, December 2014.

والواضح أنه يجب أن نأخذ الحالة بجميع معطياتها السريرية وليس التركيز على الإنعاش بحد ذاته فحسب¹⁰، مما يعني ضرورة تقدير حالات الإنعاش وحالات الأمراض الأخرى التي يعاني منها المريض ، كما يجب تقدير المنظور الشفائي للمرض الأصلي على المدى القريب والبعيد ، وكذلك حالات الإنعاش على المدى القريب والبعيد.¹¹

والمعروف أن الإنعاش القلبي الرئوي تكون فائدته أكبر في حال التوقف المفاجئ للتنفس أو القلب مع وجود سبب يمكن معالجته كقصور أو جلطة الشريان التاجي .بينما تقل فائدته، أو تنعدم اذا كان توقف القلب أو التنفس هو نتيجة تداعيات ومضاعفات مرض أصاب عضواً أو أعضاء حيوية أخرى .

خامساً: قرار عدم الإنعاش (Do Not Resuscitate(DNR))

بعد أن تبين لنا المقصود بالإنعاش القلبي الرئوي، ومتى يحتاج إليه ، ومآلاته ، يجدر بنا أن نتحدث عن الأمر بعدم الإنعاش؟

المقصود المباشر لقرار عدم الإنعاش **DNR** ، هو: عدم البدء في إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي، عند توقف القلب في الحالات التي تتطلب مثل هذا الأمر . ويعني ذلك عدم إجراء الضغط على الصدر، وإستخدام أنبوب التنفس، وغيرها من إجراءات الإنعاش ، ولايعني على الإطلاق إيقاف الإجراءات الأخرى التي تتطلبها حالة المريض، قبل حدوث توقف القلب. وهنا يجب الأستمرار في القيام بكل الإجراءات الطبية الأخرى المناسبة لحالة المريض قبل توقف القلب، مثل إعطائه الأدوية المناسبة، وإجراء التحاليل المخبرية والأشعة وغيرها ، وعلاج الأمراض الطارئة كالإلتهابات والانتانات (الاخماج) (Infections)، بل وحتى العمليات الجراحية الطارئة أو الضرورية لحالة المريض كل هذه يمكن إجراؤها كونها مناسبة لحالة المريض ما عدا هذا الإنعاش القلبي الرئوي.¹²

ويمكن إيقاف هذا الأمر أو تعليقه، مثلاً لإجراء عملية جراحية تتطلبها حالة المريض، ومن ثم إعادتها بعد زوال أثر التخدير عن المريض. ولا يدخل في الأمر بعدم الإنعاش إجراءات أخرى، مثل تغذية المريض ورعايته الرعايه الطبية والتمريضية المطلوبة.

Clark JD, and Dudzinski DM. The Culture of Dysthanasia: Attempting CPR in Terminally Ill Children. ¹⁰
Pediatrics 2013; 131 (3) 572-580.

Bishop JP, Brothers KB, Perry JE, AND Ahmad A. Reviving the conversation around CPR/DNR. *THE American j* ¹¹
of Bioethics 2010; 10:61-67.

¹² Breault, Joseph L. "DNR, DNAR, or AND? Is Language Important?." *The Ochsner journal* vol. 11,4
(2011): 302-6.

Hiraoka E, Homma Y, Norisue Y, et al. What is the true definition of a "Do-Not-Resuscitate" order? A Japanese perspective. *Int J Gen Med.* 2016;9:213-220. Published 2016 Jun 29. doi:10.2147/IJGM.S105302

وهناك مصطلح آخر يفضله البعض وهو عدم محاولة الإنعاش (Don't attempt resuscitation) وهو لا يختلف عنه، إلا في إضافة كلمة محاولة، وهو الفرق بين عبارة " لا تنعش ،وعبارة "لا تحاول الإنعاش " وفي المفهوم معناهما واحد ، إلا أن عدم المحاولة توحى بعدم الجدوى ، فلماذا نحاول القيام بإجراء نعلم سلفاً أنه غير مجدٍ. وقد وجد في دراسة حديثة، أن استخدام هذا المصطلح، زاد من نسبة تنفيذ أوامر عدم الإنعاش.¹³

التصوير الواقعي لقرار عدم الإنعاش DNR

يحصل الخلط في كثير من الأحيان عند الحديث عن قضايا نهاية الحياة بين الأمور الآتية وهي :

- 1/ موت الدماغ
- 2/ الأمر بعدم الإنعاش DNRorder أرفع أجهزة الإنعاش (Withdrawal of lifesupport)
- 3/ الحالة النباتية (Persistent vegetative state)
- 4/ القتل الرحيم أو القتل بدافع الشفقة (Ethunasia)

وسبب الخلط هو هذا التداخل بين هذه الحالات وقصور فهم واقع كل حالة من هذه الحالات .

فموت الدماغ الذي يعرف بعلاماته وحقيقته موت جذع الدماغ، وبالرغم من صلته برفع أجهزة الإنعاش، إلا أنها ليست من حالات الأمر بعدم الإنعاش، إلا إذا حدث وأن مريضاً وضع تحت الأمر بعدم الإنعاش، ثم حصل له مضاعفات من ضمنها موت الدماغ .

أما الحالة النباتية ، فالذي يحدث أن يصاب الجزء الأعلى من الدماغ إصابة بالغة بحيث تحلل قشرة الدماغ ، ويؤدي ذلك إلى غيبوبة طويلة، لكن جذع الدماغ في حالة سليمة، ويصبح المريض غير مدرك لما حوله، ولا يتفاعل مع حوله، وقد يستمر هذا الوضع أشهر أو ربما سنوات طويلة¹⁴، فلا يدخل ضمن دائرة الأمر بعدم الإنعاش ، إلا في حالات محدودة معينة.

وأما القتل الرحيم (القتل بدافع الشفقة) فالمقصود به أن يقدم الطبيب على إعطاء المريض عقاراً يعلم أنه سيؤدي إلى وفاته (القتل الرحيم الإيجابي أو بالفعل) أو يمنعه مما فيه بقاء حياته قاصداً (القتل الرحيم السلبي

¹³Fan, SY., Wang, YW. & Lin, IM. Allow natural death versus do-not-resuscitate: titles, information contents, outcomes, and the considerations related to do-not-resuscitate decision. *BMC Palliat Care* **17**, 114 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0367-4>

¹⁴ Bender A, Jox RJ, Grill E, Straube A, Lulé D. Persistent vegetative state and minimally conscious state: a systematic review and meta-analysis of diagnostic procedures. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(14):235-242. doi:10.3238/arztebl.2015.0235

أو عدم الفعل) مع ملاحظة أنه لا يوجد في هذه الحالة توقف للقلب مثلما هو الواقع في حالات عدم الإنعاش، وهو محرم قطعاً بنوعيه ، ولذا سيتركز الحديث في هذا الفصل عن الأمر بعدم الإنعاش فحسب، دون الدخول في تفاصيل الموضوعات الأخرى إلا عند الحاجة.

ونحن هنا أمام حالة مريض استقبل فيه المرض إما لكون هذا المرض بطبيعته غير قابل للشفاء ومن النوع الذي يستقبل بسرعة، كبعض أنواع السرطانات الشديدة الإستفحال، أو عند أنتشار السرطان في أجزاء حيوية من الجسم لا يمكن بحال استرجاعها إلى وضعها السليم ، وإما لوجود مرض يؤثر على القلب والرئتين ، والأعضاء الحيوية الأخرى، ولا يمكن أسترجاع وظائفها وعودتها الى وضعها السليم ..

فمثل هذه الحالات هي التي توضع تحت الأمر بعدم الإنعاش، بحيث لاتوضع أجهزه الإنعاش في هذه الحالات لغلبة الظن بعدم جدواها ، وقلة فرص نجاحها ، وربما ضررها على المريض ايضاً.

مالمعيار الذي على أساسه يحدد قرار عدم الإنعاش ؟

إذا كان المعيار الذي على أساسه يحدد الأمر بعدم الإنعاش هو عودة القلب إلى نبضه والدورة الدموية إلى وضعها بفعل الأجهزة فحسب، فإن هذا المعيار وحده لا يكفي لاتخاذ القرار ، بل يجب أن يتخذ القرار بناء على مدى إمكانية عودة المريض إلى وضع طبيعي يسمح له بمغادرة المستشفى ، مستغنيا عن هذه الأجهزة، وإذا لم تتحقق هذه الغاية أو غلب على الظن أنها لن تتحقق ، فإنه قد يسوغ اصدار هذا الأمر لأنه لافائدة من الإنعاش في هذه الحالة ،أو أن فائدته محدودة جداً، أو ربما أحدث ضرراً للمريض ، كما يحدث في حالات معينة أن تكسر الأضلاع وتنفذ إلى الأحشاء ، وقد يحدث النزف البالغ الذي لا يمكن السيطرة عليه ،آخذين في الاعتبار المرض أو الأمراض الأصلية التي أصيب بها هذا المريض . ولايدخل في هذا الباب الحالات التي لايتحقق فيها أوصاف المرض المستفحل الذي لا يرجى برؤه.

وهناك معيار مهم آخر، وهو مدى قدرة الانسان أن يعيش وأن يبقى حيا معتمدا على وظائف أعضائه دون الحاجة الى مساعدة أدوية أو أجهزة دعم الوظائف الحيوية كالأدوية الرافعة للضغط أو المنفسة وجهاز غسيل الكلى .وكلما زادت الحاجة لأكثر من تدخل كالحاجة لجهاز الغسيل والمنفسة فكلما صعب الأمر، وقلت جدوى هذه التدخلات

ويتضح هنا أنه لايدخل في هذا الاعتبار من كان صحيحاً وتعرض لحادث عارض أدى إلى توقف قلبه، فهذا يجب إنعاشه لأنه لا يوجد سبب للأمر بعدم الإنعاش، إذ لا يوجد مرض أصلي مستعص على العلاج.

ومن المفيد تحديد الغرض من العلاج في كل مرحلة .فإذا كان الغرض متوجها نحو إبراء الداء فيجب بذل كل ما يمكن لتحقيق هذا الغرض .وإذا لم يكن ذلك ممكناً أو متعذراً لأسباب عملية ومنطقية، فإن على الفريق الطبي العمل على منع حدوث المضاعفات، وإذا تعذر ذلك ،فعلينهم أن يبذلوا كل جهد لتخفيف الأعراض التي يعاني منها المريض، كالألم وارتفاع درجة الحرارة والتقيؤ، وغيرها من الأعراض ،وقد يشمل ذلك العناية التلطيفية(Palliative care). فهذا التدرج في تحديد الغرض من العلاج للعلاج لشفاء المرض (مثل التعافي من حادث السير) أو السيطرة على المرض (مثل معالجة الداء السكري بالانسولين) الى العلاج

التلطيفي بحيث يحول دون التدخلات عديمة الفائدة، أو قليلة الجدوى (مثل حالة السرطان المنتشر المتقدمة)، ويكون التركيز على إجراء التدخلات المفيدة.

سادسا: عدم جدوى التدخل الطبي

هنا سؤال يطرح وهو: هل هناك حالات يكون فيها التدخل الطبي غير مجد، أو أن يكون ضرره أكثر من نفعه؟

والإجابة المنطقية الواقعية على هذا السؤال هو "نعم" فهناك حالات وأوضاع يكون فيها التدخل الطبي غير ذي جدوى أو أن يكون مضرًا بالمريض أكثر مما هو نافع له.

ومن هذه الحالات على سبيل المثال : مريض يحتاج الى تدخل جراحي لكن حالته الصحية، تجعله غير مناسب للتخدير العام، وأنه يعرضه لمخاطر كبيرة، فهنا يعرض الجراح عن الإجراء الجراحي، حتى لاتحدث مضاعفات، هي أشد من المرض الأصلي ، أو أن تكون هناك مخاطرة بموت المريض عند القيام بالإجراء الجراحي. وكذا الحال عندما يكون ضرر العلاج الكيميائي أكثر من نفعه(وذلك في حالات محددة وقد تكون استثنائية).

والأصل أن على الطبيب أن لايقوم بأي إجراء يغلب على ظنه أنه ضار بالمريض، أو أنه سيؤدي الى مضاعفات خطيره إنطلاقاً من القاعدة الشرعية المعروفة " لا ضرر ولا ضرار"¹⁵ . وليس لأحد ان يوجب على الطبيب أن يقوم بالإجراء الطبي، بل قد يكون محلاً للمساءلة في هذه الحالة.

لكن المشكلة أن مفهوم عدم جدوى العلاج مفهوما غير محدد على وجه الدقة .

وهناك من حاول تعريفه بأنه: "محاولة لتحقيق نتيجة ممكنة، ولكن المنطق أو التجربة توحى بأن تحققها غير محتمل للغاية، ولا يمكن أن يكون ذلك بشكل منهجي"¹⁶ . لكن هذا التعريف يظل غير واضح وقابل للتفسيرات المختلفة، ورغم المحاولات الكثيرة لو ضع مفهوم مستقر لتعريف عدم الجدوى إلا أن ذلك ووجه بكثير من النقد والاستدراك واثار الكثير من الأسئلة ولم يسلم من النقد.¹⁷

¹⁵ حديث نبوي، سبق تخريجه،ص 41

¹⁶ Schneiderman LJ. Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *J Bioeth Inq.* 2011;8(2):123-131. doi:10.1007/s11673-011-9293-3

¹⁷ Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: response to critiques. *Ann Intern Med.* 1996;125(8):669-674. doi:10.7326/0003-4819-125-8-199610150-00007

Swetz KM, Burkle CM, Berge KH, Lanier WL. Ten common questions (and their answers) on medical futility. *Mayo Clin Proc.* 2014;89(7):943-959. doi:10.1016/j.mayocp.2014.02.005

ويزداد الأمر تعقيدا وصعوبة عند نهاية الحياة، والأمر بعدم الإنعاش، فالمسألة نسبية وتقديرية كما أن أحوال المرضى، خاصة في الحالات الحرجة، تتغير سريعا وعلى مدار الساعة وأحيانا خلال دقائق أو ثوان تحدث تغيرات، قد تؤثر على القرارات المتعلقة بجدوى التدخل الطبي .

وقد قسم بعض الباحثين عدم الجدوى إلى أربعة أقسام من عدة نواح وهي :

1- الناحية الفسيولوجية

والمقصود فيها أن يكون التدخل غير مؤثر وفعال فيما يقصد من تغيير فسيولوجي، ومن أمثلتها الإنعاش القلبي الرئوي عندما لا يؤدي إلى إعادة نبض القلب .

2- الناحية الكمية: والمقصود بها درجة احتمالية إحداث أثر مفيد ينعكس على صحة المريض إجمالا، ويعيده إلى حياة فيها وعي أكثر واعتماد أقل على الأجهزة، ومثال ذلك عندما تكون الوفاة وشيكة الحدوث، ويدرك الطبيب أن المريض ميت لامحالة، وقريباً.

3- عدم الجدوى النوعية: حيث تكون نوعية الحياة وجودتها بعد التدخل متدنية. ومن أمثلتها الإنعاش لشخص لديه ما يعرف بالحياة النباتية ، فنوعية الحياة مع وجودها متدنية في هذه الحالة. وكذلك الحال إذا قرر الأطباء أن إعطاء العلاج الكيماوي لمريض السرطان غير مجد في حالته، بل قد يضره. وهذه محل إشكال كبير، لأنها عرضة للاجتهاادات، ويصعب تعريفها على وجه الدقة.¹⁸

وهذا ما قد يغلب جانبه بعض الأطباء كما وجد في بعض الدراسات¹⁹، وقد نختلف معهم عند التفصيل.

¹⁸ Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med.* 1990;112(12):949-954. doi:10.7326/0003-4819-112-12-949

Rubulotta F, Rubulotta G. Cardiopulmonary resuscitation and ethics. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2013;25(4):265-269. doi:10.5935/0103-507X.20130046

Moratti S. The development of "medical futility": towards a procedural approach based on the role of the medical profession. *J Med Ethics.* 2009;35(6):369-372. doi:10.1136/jme.2008.027755

¹⁹ White, B., Willmott, L., Close, E., Shepherd, N., Gallois, C., Parker, M. H., Winch, S., Graves, N., & Callaway, L. K. (2016). What does "futility" mean? An empirical study of doctors' perceptions. *The Medical Journal of Australia*, 204(8), 318.e1–318.e5.

وبالرغم من هذه الصعوبات ، فاتخاذ القرار رغم صعوبته ليس مستحيلا، إذ لابد في مرحلة من المراحل من اتخاذ قرار بشأن الاستمرار في العلاجات أو التوقف عنها.

فالتدخل يمكن أن يتوقف بناء على الأمور الآتية:

1. أن الفريق الطبي من خلال معرفته بحالة المريض ووضعه الصحي ، يدرك أن التدخل لن يكون مفيدا بل قد يكون ضارا.
2. أن يتوصل إلى هذا الاستنتاج ليس بمجرد الرغبة او اليأس أو إثارا للراحة وإنما بناء على رأي علمي موثوق محايد وذو مصداقية.
3. وعلينا أن نفرق بين حق المريض في رفض الإجراءات الطبية ، وبين حقه في طلبها، فالأول مكفول والثاني قابل للأخذ والرد.²⁰

فليس كل مايمكن تقديمه من أنواع العلاجات يجب تقديمه.

وهناك حالات لايجسن فيها إجراء الإنعاش ومنها: عندما تكون وفاة المريض وشيكة جدا وظاهرة العلامات والدلائل ولا رجعة فيها، أو عندما يعرضه الإنعاش لخطر مميت كانتقال العدوى، أو وجود وصية نافذة منه بعدم الإنعاش(على الأقل عند من يرى ضرورة نفاذ هذه الوصية).²¹

ومن هنا نرى أنه لابد من تقييم حالة المريض من جميع النواحي ، وتقدير مدى جدوى التدخلات العلاجية بما تطمئن إليه النفس قبل اتخاذ القرار.

وبالرغم من أن بعض الدراسات بينت أن الأطباء قد لا يجيدون التنبؤ بمآلات الأمراض، ومع وجود شكوك حول قدرة الأطباء على تقدير مآلات أحوال المرضى فيما يتعلق بحدوث الوفاة²²، إلا أن هناك دراسات أخرى بينت أن أصحاب الاختصاص والخبرة يستطيعون ذلك بقدر جيد يوثق به²³

²⁰ Moratti S. The development of "medical futility": towards a procedural approach based on the role of the medical profession. *J Med Ethics*. 2009;35(6):369-372. doi:10.1136/jme.2008.027755

²¹ American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.PART 2: Ethical Aspects of CPR and ECC.Circulation. 2015;132:S313–S314,<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000307>

²² Gwilliam B, Keeley V, Todd C, et al. Prognosticating in patients with advanced cancer--observational study comparing the accuracy of clinicians' and patients' estimates of survival. *Ann Oncol*. 2013;24(2):482-488. doi:10.1093/annonc/mds341.

²³ Berge KH, Maiers DR, Schreiner DP, et al. Resource utilization and outcome in gravely ill intensive care unit patients with predicted in-hospital mortality rates of 95% or higher by APACHE III scores: the

وقد يكون من المفيد الإفادة من بعض النماذج العملية التي يمكن تطبيقها في هذه الحالات، ومنها النموذج الذي اقترحه بعض الباحثين ، وهو نموذج مبني على مايفضله المريض من تدخلات، ومدى تقييمه لأثرها عليه، وماالغرض النهائي من هذه التدخلات ،ليبقى دور الطبيب أن يقدر مدى فرص نجاح هذه التدخلات وخطورتها، وأعبائها على المريض ،وماإذا كانت ستحقق الغرض منها. وبهذا يمكن حفظ حرية المريض في اتخاذ القرار، وتحقيق مصلحته ودفع الضرر عنه، وحرية الطبيب في قراره أيضا دون ضغوط من أي نوع.²⁴

وهناك من وضع معيارا بخر للامتناع عن علاج المريض عند نهاية الحياة ، حيث إذا غلب على الظن أن المريض لن يعود إلى حال يكون معها قادرا على أداء التكاليف الشرعية(أي يسقط عنه التكليف) فإنه يسوغ عندئذ التوقف عن علاجه. وهذا المعيار يحتاج إلى مزيد من التجلية والنقاش.²⁵

سابعا: حالات المرضى مع أجهزة الإنعاش

يمكن تلخيص حالات المرضى مع أجهزة الإنعاش في الحالات الآتية:

الحالة الأولى: عند عودة أجهزة المريض من التنفس وانتظام ضربات القلب وعودتها للعمل تلقائياً. فيتحتّم رفع أجهزة الإنعاش دون شك.

الحالة الثانية: توقف القلب والتنفس تماماً وعدم استجابتها لهذه الأجهزة بصورة نهائية وقطعيه(الموت الجسدي الطبيعي).. وهنا تكون الوفاة قد تحققت فعلاً بكل علاماتها .. فهنا يجوز رفع هذه الاجهزه ولاخلاف في ذلك.

الحالة الثالثة: حالة موت الدماغ. فإذا تم تشخيص موت الدماغ ، جاز رفع أجهزة الإنعاش عند عدد من الفقهاء المعاصرين (وسياتي تفصيل ذلك في فصل موت الدماغ)

relationship with physician and family expectations. *Mayo Clin Proc.* 2005;80(2):166-173. doi:10.4065/80.2.166.

Chu, C., Anderson, R., White, N. et al. Prognosticating for Adult Patients With Advanced Incurable Cancer: a Needed Oncologist Skill. *Curr. Treat. Options in Oncol.* **21**, 5 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11864-019-0698-2>.

Glare P, Virik K, Jones M, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ.* 2003;327(7408):195-198. doi: [10.1136/bmj.327.7408.195](https://doi.org/10.1136/bmj.327.7408.195).

²⁴ Jox RJ, Schaidler A, Marckmann G, Borasio GD. Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *J Med Ethics.* 2012;38(9):540-545. doi:10.1136/medethics-2011-100479

²⁵ Padel Aa, & Mohiuddin A. Ethical obligations and clinical goals in end-of-life care; Deriving a quality of-of-life construct based on Islamic concept of accountability before God (Taklif). *The American Journal of Bioethics*, 2015;15;3-13.

الحالة الرابعة: مريض بحاجة الى اجهزة الانعاش وقد تأثر الجزء العلوي من الدماغ تأثراً بالغاً وميئوس من علاجه، لكن جذع دماغه مازال حياً. فهذه الحالة النباتية، وهناك خلاف في عدم جواز رفع الاجهزه عنه هذه الحالات²⁶.

الحالة الخامسة: مريض مصاب بامراض لا يرجى شفاؤها، وقد تأثرت الأجهزة الحيوية في جسمه تأثراً بالغاً، ثم توقف قلبه وقد ينعش فيستجيب للانعاش لكنه سيبقى معتمداً على هذه الأجهزة حتى تحين وفاته، ويغلب على الظن أنه لن يفيق من غيبوبته، ولكن قد تعود بعض أجهزة جسمه الحيوية لأخرى إلى عملها وقد لا تعود.

وقد يقدر تحت هذه الحالة وفي الحالة الرابعة الحاجة إلى استخدام هذه الأجهزة لمرضى آخرين يغلب على الظن استفادتهم منها أكثر، وهو ما يعرف بموضوع التزاحم على الأجهزة وسناقشه فيما بعد وهذه الصورة هي يتعلق بها الأمر بعدم الانعاش و التوجيه المسبق.

وبما أن كثيراً من الأمور هي تقديرية واحتمالية، ويوجد اختلافات متعددة بين المرضى فهناك طريقة يتبعها البعض وهو إعطاء المريض الدعم الكامل لفترة معينة، كالانتظار مدة 72 ساعة على الأقل، فان لم يتحسن المريض من الناحية العصبية، أو ظهرت مضاعفات مرضية فينتقل الفريق الطبي من الغرض العلاجي الى الغرض التلطيفي.²⁷

الحالة النباتية

تتميز هذه الحالة بأن المريض في حالة يقظة لكنه لا يدرك ما حوله تماماً، وذلك نتيجة لاصابة في قشرة الدماغ، حيث قد يفتح المريض عينيه ويحركهما، كما أن لديه اثاره حركية (motor arousal) . لكن المريض مع هذا غير مدرك لما حوله. وفي هذه الحالة يبقى جذع الدماغ سليماً حيث ينبض القلب تلقائياً، وكذلك التنفس ، ويبقى ضغط الدم طبيعياً، مع حاجة المريض إلى العناية التمريضية. وهناك شروط مسبقة لابد من تحققها قبل تشخيص هذه الحالة.

وقد يبقى المريض في هذا الوضع لعدة أسابيع أو سنوات، ولهذا جاء التفريق بين نوعين من الحالة النباتية وهما:

1. الحالة النباتية المستمرة، وذلك إذا ستمت لأربعة أسابيع أو أكثر.

²⁶ الطريقي، عبدالله بن محمد. رفع الأجهزة الطبية عن المريض. 1426 هـ.

²⁷ 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2015;132:S84–S145.

Mulder M, Gibbs HG, Smith SW, et al. Awakening and withdrawal of life-sustaining treatment in cardiac arrest survivors treated with therapeutic hypothermia*. Crit Care Med. 2014;42(12):2493-2499. doi:10.1097/CCM.0000000000000540.

2. الحالة النباتية الدائمة، وذلك إذا استمرت بحيث لا يتوقع عودة الإدراك إلى الأبد، ولا يحكم بأنها دائمة إلا بعد مرور اثني عشر شهرا (إذا كان سببها إصابة رضية (Traumatic)) وستة أشهر إذا كانت بأسباب أخرى²⁸

ثامنا: علاج الأعراض عند نهاية الحياة

يتعرض المرضى عند نهاية الحياة لأعراض متباينة بعضها خفيف وبعضها قد يكون شديدا. ومن الواجب الأخلاقي في رعاية المرضى في هذه المرحلة أن يسعى الطبيب لتخفيف هذه الأعراض ما استطاع إلى ذلك سبيلا مراعيًا في ذلك تحقيق المنفعة ودفع الضرر والموازنة بين المنافع والأضرار. ونستعرض هنا أهم هذه الأعراض:

علاج الألم

يتعرض المرضى المصابون بأمراض مميتة، خاصة السرطانات، إلى الألم قد تكون شديدة وأحيانا فظيعة يصعب على المريض تحملها. ومن هنا لا يجد الأطباء مناصا من معالجة هذه الآلام بطرق مختلفة، ومنها العقاقير والأدوية، فتخفيف آلام المرضى واجب مهني، وشرعي، وأخلاقي، وإنساني.

ويعتمد تقييم الطبيب لشدة هذه الآلام على تقييم المريض، وأحيانا يلجأ الأطباء إلى بعض المقاييس التي تساعد في تحديد شدة الألم. وعلاج الآلام - من حيث الأصل - وتخفيف معاناة المريض ضرورة، ولا إشكال فيه من الناحية الأخلاقية، خاصة عندما تستخدم الوسائل المباحة أصلا، والتي لا تشكل خطورة على المريض.

إلا أن الحاجة لا استخدام عقاقير أقوى في تأثيرها من حيث تخفيف الآلام، وفي نفس الوقت تسبب آثارا جانبية خطيرة، أو أنها تؤثر على الناحية العقلية عند المريض، وخاصة المورفين ومشتقاته، الذي يؤدي إلى تشوش الذهن، كما أنه منوم، وهناتثور حولها الأسئلة الأخلاقية.

و من الضروري استخدام هذه الأدوية، بحكمة وحذر، بحيث تستخدم أقل الجرعات التي تؤدي إلى التحكم بالألم دون إحداث مضاعفات مأمكن ذلك، مع مراعاة عوامل الخطورة التي تؤدي إلى تلك المضاعفات²⁹.

²⁸ Working Party of the Royal College of Physicians. The vegetative state: guidance on diagnosis and management. *Clin Med (Lond)*. 2003;3(3):249-254. doi:10.7861/clinmedicine.3-3-249.

²⁹ Jungquist C R., Quinlan-Colwell A, Vallerand A, et al. ASPMN Guidelines American Society for Pain Management Nursing Guidelines on Monitoring for Opioid-Induced Advancing Sedation and Respiratory Depression: Revisions. *Pain Management Nursing* 2020; 21: 7-25

وإذا أمكن التحكم بالألم بأدوية غير منومة فهذا هو الأولى والأفضل، فالغرض الأساسي هو التحكم في الألم وليس التنويم أو الإسبات.³⁰ كما يمكن اتباع منهاج تسلسلي يسهل اتخاذ القرار في هذه الحالات³¹

ومن القضايا الأخلاقية التي أثرت حول الأدوية المنومة تأثيرها على الجهاز التنفسي، خاصة عند نهاية الحياة، مما جعل الأطباء يترددون في استخدامها بجرعات عالية خوفا من تأثيرها على الجهاز التنفسي وتعجيل الوفاة، رغم الحاجة إليها. لكن الدراسات الحديثة تكاد تجمع على أن تأثيرها على الجهاز التنفسي محدودا، ولا يمكن أن تعجل بوفاة المريض³²، بل ربما أطالت فترة الاحتضار.³³

صعوبة التنفس

وهو من الأعراض المزعجة جدا للمريض ولل فريق الطبي المعالج. وتحتاج إلى البحث عن سببها أولا ومن ثم معالجتها. ومن الأدوية المهمة في علاجها وتخفيفها، مشتقات الأفيون، كالمورفين، والذي ان استخدم بطريقة ملائمة وحذره لا يؤثر على الجهاز التنفسي تأثيرا سلبيا كما كان سائدا في الماضي.³⁴

الذهيان (Delirium)

³⁰ Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):1532-1548. doi:10.1097/CCM.0000000000003259

Durán-Crane A, Laserna A, López-Olivo MA, et al. Clinical Practice Guidelines and Consensus Statements About Pain Management in Critically Ill End-of-Life Patients: A Systematic Review. *Crit Care Med*. 2019;47(11):1619-1626. doi:10.1097/CCM.0000000000003975

³¹ Ibid

³² Verberkt CA, van den Beuken-van Everdingen MHJ, Schols JMGA, et al. Respiratory adverse effects of opioids for breathlessness: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2017;50(5):1701153. Published 2017 Nov 22. doi:10.1183/13993003.01153-2017

³³ Bakker J, Jansen TC, Lima A, Kompanje EJ. Why opioids and sedatives may prolong life rather than hasten death after ventilator withdrawal in critically ill patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008;25(2):152-154. doi:10.1177/1049909108315511

³⁴ Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP. Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. *J Palliat Med*. 2012;15(1):106-114. doi:10.1089/jpm.2011.0110 & Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JS, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax*. 2002;57(11):939-944. doi:10.1136/thorax.57.11.939 & Gallagher R. Killing the symptom without killing the patient. *Can Fam Physician*. 2010;56(6):544-e212.

قد يكون الأنسب التحكم فيه بالطرق غير الدوائية بدلا من استخدام الأدوية التي تسبب مضاعفات، ومن ذلك تقليل الاسباب (التنويم)، وتقليل الازعاج، وخفض الأضواء وغير ذلك ما يعيد للمريض شيئا من الإدراك والتأقلم³⁵

التهيج (Agitation)

يفضل في هذه الحالات تحديد حركة المريض والحد من حريته قبل اللجوء إلى الأدوية، وهنا يفضل استخدام التنويم الخفيف، وليس العميق، حتى لانعرضه لمزيد من المضاعفات.³⁶

تاسعا: فتاوى حول الإنعاش

وردت فتاوى كثيرة حول الإنعاش شكلت ركيزة أساسية للمرجعية الشرعية لإباحة الأمر بعدم الإنعاش، نذكر هنا أبرزها والبقية نفردها في ملحق.

ومن أبرز هذه الفتاوى، فتوى اللجنة الدائمة للافتاء بالمملكة العربية السعودية وهي الآتية:

حكم الإنعاش في حالة وفاة المريض أو عدم صلاحيته للإنعاش أو أنه غير قابل للعلاج

س : ورد إلينا شرح ضابط التوعية الإسلامية بمستشفى القوات المسلحة بالشمالية الغربية ، بتاريخ 13 / 3 / 1409 هـ ، المبني على خطاب نائب رئيس الأطباء بمستشفى القوات المسلحة بالشمالية الغربية ، المؤرخ في 12 / 3 / 1409 هـ والذي يطلب فيه فتوى حول عدم تنفيذ إجراءات الإنعاش في النقاط والأحوال التي ورد ذكرها في دليل سياسة العمل والإجراءات المرفقة ، نأمل من فضيلتكم التكرم باتخاذ ما ترونه لإصدار فتوى بجواز هذه النقاط من عدمها ، وإشعارنا لئتم على ضوء ذلك العمل بموجبه في مستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية . هذا والله يحفظكم والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

هذا والحالات التي وردت في دليل سياسة العمل والإجراءات هي التالية:

أولا : إذا وصل المريض متوفى.

³⁵ Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2018;46(9):1532-1548. doi:10.1097/CCM.0000000000003259

³⁶ Ibid

ثانيا : إذا كان ملف المريض مختوما بعلامة عدم عمل إجراءات الإنعاش بناء على رفض المريض أو وكيله في حال عدم صلاحية المريض للإنعاش.

ثالثا : إذا قرر ثلاثة أطباء : أن من غير المناسب إنعاش المريض عندما يكون من الواضح أنه يعاني من مرض مستعص غير قابل للعلاج ، وأن الموت محقق.

رابعا : إذا كان المريض في حالة عجز أكيد عقليا أو جسميا أو كليهما ، وفي حالة خمول ذهني مع مرض مزمن مثل السكتة الدماغية المسببة للعجز أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة أو مرض القلب والرئتين المزمن الشديد أو أمراض الهزال وتكرار توقف القلب والرئتين.

خامسا : إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعص على العلاج عقب تعرضه لتوقف القلب والرئتين لأول مرة.

سادسا : إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجد وغير ملائم لوضع معين حسب رأي الأطباء الحاضرين ، فإن رأي المريض الذاتي لا يهم ، والأطباء غير ملزمين بإجراء إنعاش القلب والرئتين ولا يحق لذوي المريض طلب هذا النوع من العلاج إذا كان غير مجد.

ج: وبعد دراسة اللجنة للاستفتاء أجابت بما يلي:

أولا :إذا وصل المريض وهو متوفى فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

ثانيا :إذا كانت حالة المريض غير صالحة للإنعاش بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات - فلا حاجة أيضا لاستعمال جهاز الإنعاش.

ثالثا :إذا كان مرض المريض مستعصيا غير قابل للعلاج ، وأن الموت محقق بشهادة ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات - فلا حاجة أيضا لاستعمال جهاز الإنعاش.

رابعا :إذا كان المريض في حالة عجز ، أو في حالة خمول ذهني مع مرض مزمن ، أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة ، أو مرض القلب والرئتين المزمن ، مع تكرار توقف القلب والرئتين ، وقرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات ذلك - فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

خامسا :إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعص على العلاج بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات - فلا حاجة أيضا لاستعمال جهاز الإنعاش ، لعدم الفائدة في ذلك.

سادسا :إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجد ، وغير ملائم لوضع معين حسب رأي ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات - فلا حاجة لاستعمال آلات الإنعاش ، ولا يلتفت إلى رأي أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها ، لكون ذلك ليس من اختصاصهم.

وبالله التوفيق ، وصلى الله على نبينا محمد وآله وصحبه وسلم.

اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء

الرئيس	نائب رئيس اللجنة
عبد العزيز بن عبد الله بن باز	عبد الرزاق عفيفي

فتوى مجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي:

القرار الرابع: بشأن موضوع حكم إيقاف العلاج عن المريض الميؤوس من برئه
بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على من لا نبي بعده، نبينا محمد، وعلى آله وصحبه، أما بعد:
فإن المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته الثانية والعشرين المنعقدة بمكة المكرمة،
في المدة من 21-24 رجب 1436هـ التي يوافقها 10-13 مايو 2015م نظر في: (حكم إيقاف العلاج عن
المريض الميؤوس من برئه)؛ كالمريض الذي يعاني من سرطان متقدم ومنتشر أو أي حالة يقرر الأطباء
أنه لا يوجد أي أمل في شفائها، وبعد أن استمع أعضاء المجمع إلى الأبحاث المقدمة في الموضوع، وبعد
مناقشة مستفيضة، واستحضر ما يلي:

1- المحافظة على حياة الإنسان فريضة واجبة، وهي من أعظم كليات الشريعة ومقاصدها.
2- أن الأخذ بالأسباب والتداوي بالعلاج المباح أمر مشروع، قامت على مشروعيته وطلبه الأدلة
الشرعية.

3- إن أكثر الأمراض التي كان يظن أو يجزم بأنها ميؤوس من شفائها أصبحت الآن في نظر الأطباء
مقدوراً على علاجها وتمكناً منها، وبعض هذه العلاجات صارت أشبه بالقطعي مع تقدم الطب؛ لذا ينبغي
للطبيب وأهل المريض ومن حوله أن يدخلوا عليه الأمل وعدم اليأس.

قرر مجلس المجمع ما يلي:

أولاً: يؤكد المجلس على قرار المجمع الفقهي في دورته العاشرة المنعقدة بمكة المكرمة في 28 صفر
1408هـ 21 أكتوبر 1987م ومضمونه جواز رفع أجهزة الإنعاش إذا ثبت موت الدماغ ثبوتاً قطعياً.
ثانياً: إذا ظن الطبيب المختص أن الدواء ينفع المريض ولا يضره أو أن نفعه أكثر من ضرره، فإنه يشرع
له مواصلة علاجه، ولو كان تأثير العلاج مؤقتاً؛ لأن الله سبحانه قد ينفعه بالعلاج نفعاً مستمراً خلاف ما
يتوقعه الأطباء.

ثالثاً: لا يجوز إيقاف العلاج عن المريض إلا إذا قرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقافات أن العلاج يلحق
الأذى بالمريض ولا تأثير له في تحسن حالته، مع أهمية الاستمرار في رعاية المريض المتمثلة في تغذيته
وإزالة الآلام أو تخفيفها قدر الإمكان.

رابعاً: تعجيل وفاة المريض بفعل تنتهي به حياته، وهو ما يسمى بالقتل الرحيم محرم شرعاً بأي صورة
كان سواءً أكان يطلب من المريض أم قرابته.

وصل اللهم على نبينا محمد، وعلى آله وصحبه وسلم]

وهناك فتوى أخرى مماثلة ستضاف الى الملحق، وقد نتطرق لبعضها حسب السياق.

ماذا نستخلص من هذه الفتاوى؟

واضح أن جميع الحالات التي عرضت للاستفتاء عنها في هذه الفتاوى هي حالات لمرضى ميؤوس من شفائهم بسبب أمراض لا يرجى برؤها ، وهذه الأمراض هي السبب الرئيس في اليأس من شفائهم - حسب معطيات الطب الحديث - مع حاجة هؤلاء المرضى إلى الإنعاش عند توقف القلب ، وبالتالي فالفتاوى هنا تتحدث عن أحكام الإنعاش، وما إذا كان الأمر بعدم الإنعاش أو إيقافه بعد البدء فيه جائزا من الناحية الشرعية. وقد وردت في هذه الفتاوى أيضاً عبارات تدل على أن هؤلاء المرضى معتمدون على الأجهزة اعتمادا كليا أو أن علاجهم متعذر، أو أنه غير ذي جدوى، أو أن لديهم أمراضا مستعصية على العلاج أو أن الأطباء قرروا عدم جدوى العلاج أو التدخل الطبي. وفي الحقيقة أن هذه هي الأحوال أو الحالات التي يتعلق بها موضوع الإنعاش ورفع أجهزته.

وتناولت الفتاوى موضوعات أخرى مثل التزام على الأجهزة، والعجز المادي وعدم القدرة على دفع تكاليف العلاج لمرضى ميؤوس من شفائه وموضوع استئذان أولياء المريض في إيقاف أجهزة الإنعاش ، وعلاج الآلام بالأدوية التي تؤثر على جهاز التنفس.

وهذه الفتاوى في مجملها تجيز رفع أجهزة الإنعاش أو عدم القيام به في مثل هذه الحالات المذكورة . وهناك أمور محددة أو حالات خاصة سيتم التطرق لها في مواضعها انطلاقا من هذه الفتاوى.

كما نفيد بأن غلبة الظن بنفع العلاج توجب إعطائه حتى ولو كان النفع مؤقتا ، وأنه لا بد من اتفاق ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات على عدم جدوى العلاج، واتخاذ القرار بشأن إيقافه. وتضيف أيضا بأنه لا تعلن وفاة المريض إلا بعد التحقق من حصولها دون شك.

لقد فتحت هذه الفتاوى مجالا للنظر في موضوع الإنعاش بما لم يكن متاحا في السابق مما سهل مهمة الأطباء في اتخاذ القرارات، كما سهل اصدار سياسات عدم الإنعاش ومنها الدليل الوطني لعدم الإنعاش.³⁷

عاشرا: رفع أجهزة الانعاش بعد وضعها

قد يحدث أن يتأخر قرار عدم الانعاش في حالات معينة ، ولأسباب مختلفة فتوضع للمريض أجهزة الانعاش ويكون المريض في حالة ميؤوس من شفائها وقد تعطلت أجهزة حيوية في جسمه، ويغلب على الظن أنه له يعود مرة أخرى، وسينتهي به الأمر إلى الوفاة .. فهل يسوغ في هذه الحالة رفع هذه الأجهزة؟

الحقيقة أن هذه من أصعب القرارات ، إذ كيف يمكن رفع أجهزة وضعت على المريض، ومعلوم في الغالب أنه سيموت عند رفع هذه الأجهزة؟

وإذا كان الواقع العملي أن رفع الأجهزة لا يختلف عن عدم وضعها من حيث الأصل، إلا أنه يصعب اتخاذ هذا القرار من الناحية النفسية سواء بالنسبة للطبيب أو بالنسبة لأهل المريض.

وقد يتيقن الطبيب أو يغلب على ظنه غلبة راحة أن بقاء المريض على أجهزة الإنعاش لا جدوى منه ،فيمكن في هذه الحالة رفع الأجهزة، طالما ان جسم المريض لا يستجيب لهذه الأجهزة فتصبح عديمة الفائدة أو أنها ضارة به. خاصة إذا تم اعطاؤها للمريض من قبل، و لم يستفد منها.

حادي عشر: إذن المريض وأوليائه:

من المفارقات العجيبة أن موضوع عدم الإنعاش هو الإجراء الطبي الوحيد الذي يستأذن المريض وأوليائه في عدم إجرائه . إذا لا يوجد إجراء طبي آخر له هذه الصفة.

ومن الطبيعي أن يقال أن الطبيب عندما يرى عدم الحاجة أو الضرورة لإجراء طبي أو عدم فائدته أو ضرره على المريض، فليس مطلوباً منه أن يستأذن المريض أو أوليائه في ذلك . فمثلاً عند إصابة مريض ما بالتهابات سببها فيروسي، ويقرر الطبيب عدم الحاجة إلى إعطاء مضادات حيوية، مثلاً، فليس مطلوباً منه أن يستأذن المريض في عدم اتخاذ هذا الإجراء، إذا لافائدة منه، بل قد يحمل ضرراً على المريض أو على الآخرين عند حدوث مقاومة البكتيريا لهذه المضادات.

والسبب وراء استئذان المريض وأوليائه في عدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي هو أن موضوع الإنعاش يتعلق بنهاية الحياة ،ويحمل أهمية خاصة بالنسبة للمريض وأوليائه، وبالتالي يصعب على المريض أو أوليائه قبول مثل هذا القرار لأول وهلة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فهناك تغليب مبدأ الاستقلالية الذاتية، وحرية الاختيار (Autonomy) لدى المريض وأوليائه في اتخاذ القرارات، مما يدعو إلى تأكيد حقهم في ذلك، ويدعو إلى الميل مع قرارهم بالموافقة أو الرفض³⁸. وهذا التغليب لمبدأ الاستقلالية الذاتية ، هو نفسه الذي أدى إلى قبول رفض العلاج النافع ، ومنه الإنعاش ،حتى وإن أدى إلى الضرر أو الوفاة،وهو نفسه الذي أدى إلى قبول الموت بدافع الشفقة والمساعدة على الانتحار.

وأما الفتاوي الشرعية التي صدرت في موضوع رفع أجهزة الإنعاش فهي تعطي الحق للطبيب في اتخاذ القرار وليس لأهل المريض وذويه الإعتراض على القرار، حيث يعتبر القرار قراراً طبياً ليس لهم دخل فيه. والذي نراه، وكما يعمل به في بعض سياسات عدم الإنعاش هو أن يشرك المريض وأوليائه في القرار، وتبين لهم الأمور الآتية:

أ. ماذا يعني عدم الإنعاش ولماذا يتخذ مثل هذا القرار.

ب. العلاقة بين الإنعاش وإجرائه والاضرار المحتملة والمنافع إن وجدت.

ت. التأكيد على الغرض من الرعاية الصحية في هذه المرحلة،ومايمكن تحقيقه.

ث. تقديم الخيارات الأخرى والبدائل المناسبة ومآلات كل منها.

وأثناء ذلك يعطى المرضى وذويهم وقتا كافيا لمناقشة هذا الأمر، حتى تتولد لديهم قناعة، ولا يكون اتخاذ القرار من جانب واحد مدعاة للشكاوى والنزاعات. ويفضل أن يخطروا بالأمر فحسب، دون تحميلهم التبعات النفسية والاجتماعية لاتخاذ هذا القرار الخطير.

رفض المريض للعلاجات

قد يحدث ان يرفض المريض او أولياؤه الإجراءات الطبية عند نهاية الحياة، إما بسبب عدم قناعتهم بنفعها، أو أنها تشق على المريض، أو لمثلها من الأسباب. فما الموقف من هذا الرفض؟

لقد قررنا سابقا في فصل الإذن الطبي أن من حق المريض ان يرفض الإجراءات الطبية طالما أن لديه أهلية كاملة لاتخاذ القرارات ولا إشكال في ذلك. ويبقى السؤال عن رفض المريض عندما يكون الإجراء دافعا للمهلكة أو يحول دون فقد منفعة أعضاء حيوية. وهنا يكون الاجتهاد فبعض الفتاوى والأنظمة تجيز للطبيب التصرف وبعضها **قد لاتجيزه³⁹** (الدليل السعودي)

واجب الرعاية وغايتها

من المهم جدا لمن يتولى رعاية المرضى في هذه الفترة الحرجة ان يبذل الجهد في رعاية المريض وأن لاينصرف عنه بحجة أن لديه أمرا بعدم الإنعاش. ويتأكد هذا الواجب عندما يكون لدى المريض معاناة من أي نوع كان. ومن هنا بدأ التوجه إلى التركيز على الغاية من الرعاية الطبية في هذه المرحلة بدل التركيز على عدم الإنعاش. ومن شأن هذا الأمر أن يجعل الرعاية الطبية أكثر شمولية وأكثر إيجابية، وأدعى للقبول من جانب المريض وأهله بدل النظرة السلبية لعدم الإنعاش، و اتهام الطبيب بأنه سينصرف على علاج المريض في هذه المرحلة.⁴⁰

ثاني عشر: مسؤولية القرار وضوابطه

لاشك أن اتخاذ القرارات في هذه المرحلة من حياة المريض مسؤولية كبيرة تقع على عاتق الفريق الطبي. ومن هنا وجب عليه أن يتخذ القرار بأكبر قدر من المسؤولية، والذين يتخذون هذه القرارات يعرفون حجم المسؤولية عليهم، كما يدركون حجم الأمانة التي أنيطت بهم. ومن هنا يصبح الالتزام بضوابط هذه القرارات أمرا في غاية الأهمية، ومن هذه الضوابط ما يأتي:

1. الأصل أن دور الطبيب تقديم الرعاية الطبية في جميع المراحل حسب احتياج المريض، و حسب قدرات الطبيب وإمكاناته.

2. عدم الامتناع عن تقديم العلاج أو إيقافه، حتى يتيقن أو يغلب على ظنه ظنا غالبا أن العلاج في هذه المرحلة غير نافع أو أنه ضار بالمريض.

39. هناك فتوى لمجمع الفقه التابع لرابطة العالم الإسلامي تجيز ذلك (قرار رقم 67 (7/5) في دورته السابعة المنعقدة بجدة في المملكة العربية السعودية من 7-12 ذي القعدة 1412 الموافق 9-14 ايار (مايو) 1992م)، وكذلك نظام مزاولة المهن الصحية في المادة التاسعة عشرة.

40 Arabi YM, Al-Sayyari AA, Al Moamary MS. Shifting paradigm: From "No Code" and "Do-Not-Resuscitate" to "Goals of Care" policies. *Ann Thorac Med.* 2018;13(2):67-71. doi:10.4103/atm.ATM_393_17.

3. الالتزام بما نصت عليه الفتاوى والسياسات في مجال الإنعاش، فلا يكون القرار منفرداً، ولا مبنياً على مجرد رغبة أو رؤية شخصية.

4. إذا كان الطبيب في شك من أمره ولم يترجح لديه شيء، فعليه أن يستمر في الإنعاش، ثم يعيد تقييم الوضع.

ويمكن أن تضاف ضوابط أخرى أكثر تحديداً ومنها مايلي:

أ. وذلك بجواز الامتناع عن البدء عن العلاجات إذا ترجحت سلامة المريض لو ترك دون علاج

ب. عندما يكون نفع العلاج في دفع الهلاك منعماً أو نادراً أو غير مترجح في حالة مريض معين⁴¹

ثالث عشر: التوجيه المسبق أو " وصية الحي قرب وفاته * " (Living will)

التوجيه المسبق أو وصية الحي قرب وفاته، هي وثيقة مكتوبة، يقرر فيها المريض أثناء حياته وهو بكامل قواه العقلية وفي صحته، عدم رغبته في بعض الإجراءات الطبية أو منع الأطباء من القيام بها عندما يصبح مستقبلاً غير قادر على التعبير عن رغباته أو اتخاذ قرار بشأن العلاجات الطبية، وذلك عند تشوش ذهنه أو فقدانه للذاكرة أو الوعي.⁴² وتعتبر هذه الوصية- في الدول التي قننتها - نافذة لا يجوز لأحد أن يغيرها أو يحول دون الالتزام بها وهي تعبر عن الاستقلالية الذاتية وحرية الإختيار. و تنطلق فكرة هذه الوصية من مبدأ أخلاقي يقول بالحق في الموت، كما هو الحق في الحياة، ولذلك تم قبوله في الغرب أخلاقياً وقانونياً.

وتختلف هذه الوصية في صورتها عن الوصية الشرعية، حيث أن الوصية الشرعية لا تنفذ إلا بعد وفاة الموصي فقط.

والنوع الثاني من انواع التوجيه المسبق هو الوكالة حيث يوكل الإنسان في صحته، وهو في كامل قواة العقلية شخصاً (قد يكون محامياً أو أحد افراد أسرته) ليتخذ القرارات المتعلقة بصحته مستقبلاً عندما لا يكون قادراً على اتخاذ هذه القرارات وقد أصبح معمولاً بالغرب، ويحمل الصفة القانونية النافذة، ومع ذلك فنسبة استخدامها لا تتجاوز 10% من الحالات⁴³

41 عنقاوي، طارق بن طلال. احكام قرارات العلاجات المساندة للحياة: دراسة فقهية للقرارات الطبية المصيرية حول الإنعاش والعناية المركزة. المجلد الثاني:ص 1041-1043.

42 Ebrahim AFN.The living will (Wasiyah).FIMA year Book,2005;6:19-27.

* ترجمت كلمة (living) بمعنى الحي لأنها أضبط في نظري، فهي وصية لأمر يتعلق بما قبل الوفاة من حي. وقد ايدني في ذلك استانا الدكتور السيد محمد على البار حفظه الله(تواصل شخصي)

43 Mentzelopoulos SD,etal.The ethical challenges of resuscitation.Intensive Care Med.2018;44:703-716.

ولا يوجد تقنين للتوجيه المسبق في كل الدول الغربية ، فهناك تفاوت بينها، فبينما هي مقننة في أسبانيا و هولندا وبريطانيا وبلجيكا وفنلندا، لا نجدتها كذلك في فرنسا وإيطاليا والنرويج⁴⁴. ومع أنها أيضا مقننة كذلك في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا⁴⁵، ومع وجود بواذر لقبولها في دول آسيوية مثل اليابان⁴⁶، وكوريا الجنوبية، وهونج كونج⁴⁷، فإنه مازال هناك تباين في التطبيقات ولا يعرف عنها أو لا يوثقها إلا القليل من الناس⁴⁸.

ومن شأن التوجيه المسبق الموثق والموقع من المريض، أن يحول دون تعرض المرضى لإجراءات طبية في الأيام الأخيرة من حياتهم، قد تكون فائدتها قليلة، حيث أن لديهم أمراضا مميتة، غير عكسية (irreversible)، و من ثم يحصلون على رعاية تتناسب مع رغباتهم⁴⁹

ومن الصور الأخرى لمثل هذه الوصية ما يعرف بالتخطيط المسبق للرعاية الصحية (Advance care planning)، ويقصد بأنه أن يتفق المريض مع الطبيب على التشارك في تحديد القرارات الطبية عند قرب

⁴⁴ Cogo S B, and Launardi V L. Advance directives: A documentary analysis in the global context. *Texto Conexto Enferm*, 2018;27(3);e1880014.

⁴⁵ CHARLES P. SABATINO. The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy *The Milbank Quarterly*, Vol. 88, No. 2, 2010 (pp. 211–239

Roertson G. Advance directives. *The Canadian*

Encyclopedia <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/advance-directives>

تم الدخول 7 يونيو 2020

⁴⁶ Akabayashi, A., Slingsby, B.T. & Kai, I. Perspectives on advance directives in Japanese society: A population-based questionnaire survey. *BMC Med Ethics* 4, 5 (2003). <https://doi.org/10.1186/1472-6939-4-5>

⁴⁷ So-Sun Kim, Won-Hee Lee, JooYoung Cheon, Jung-Eun Lee,² KiSun Yeo,² and JuHee Lee Preferences for Advance Directives in Korea *Nursing Research and Practice* Volume 2012, Article ID 873892, 7 pages doi:10.1155/2012/873892.

Chan CWH, Wong MMH, Choi KC, et al. Prevalence, Perception, and Predictors of Advance Directives among Hong Kong Chinese: A Population-based Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):365. Published 2019 Jan 28. doi:10.3390/ijerph16030365

Chan CW, Wong MM, Choi KC, Chan HY, Chow AY, Lo RS, et al. What Patients, Families, Health Professionals and Hospital Volunteers Told Us about Advance Directives. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2019;6:72-7.

⁴⁸. Gamertsfelder E M ,et al. Prevalence of Advance Directives among Older Adults Admitted to Intensive Care Units and Requiring Mechanical Ventilation. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(4), 34–41. And,

Yaday K N,etal. Prevalence of Advance Directives in the United States: A Systematic Review. *Am J respir crit care med*,2017;195:A4633.,And,

Andreasen P,Fin-stoveri UH,Delien L,etal. Advance directivis in European long-term care facilities: A cross-sectional survey. *BMJ supportive and palliative Care*,2018-001743.

⁴⁹ Fritz Zoë, Slowther Anne-Marie, Perkins Gavin D. Resuscitation policy should focus on the patient, not the decision *BMJ* 2017; 356 :j813. & Silveria M,etal. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. *N Engl J Med* 2010; 362:1211-1218

نهاية الحياة مسبقاً، وعادة ما يكون هذا النوع من التواصل ديناميكياً، وتفاعلياً، وقابلًا للنقاش والتغيير بين وقت وآخر للوصول للقرار الأنسب⁵⁰.

والواضح أن وجود التخطيط المسبق للرعاية بالنسبة للمرضى، يؤثر في نوعية الإجراءات التي يتعرضون لها عند نهاية الحياة، مثل عدم الإنعاش، وحتى عدم التنويم في المستشفى، واستخدام دور الرعاية الأخرى⁵¹، وهو يحقق رغبة المريض، ويحول دون تعرضه لما لا يريد من التدخلات الطبية⁵².

والسؤال الذي يطرح نفسه: هل يمكن أنه يكون التوجيه المسبق سائغاً من الناحية الشرعية؟

وحسب علمنا، لم تصدر فتاوى حول هذا الموضوع من الناحية الشرعية، ولم يناقش في المجامع الفقهية حتى الآن، فهو مفهوم جديد لم يكن معروفاً من قبل، ولا زال غير شائع في المجتمعات الإسلامية.

وقد وجدت رأيين مختلفين حول هذا الموضوع أحدهما لا يجيز التوجيه المسبق ووصية الحياة، عطفاً على كونها لا تدخل ضمن الوصية المعتبرة شرعاً والتي تنفذ بعد وفاة الموصي، ولأن الحياة و الموت بيد الله سبحانه وتعالى فهو الذي يهبهما، وهو الذي يسلبهما. وقد تحمل هذه الوصية في ثناياها استعجال للموت والأجل، وهو أمر محرم في الشريعة الإسلامية دون شك، ولأن التشريع الإسلامي اعتبر تمنى الموت من المكروهات، حيث جاء ذلك على لسان النبي صلى الله عليه وسلم بقوله: " لا يَتَمَنَّيَنَّ أَحَدُكُمْ الْمَوْتَ مِنْ ضَرِّ أَصَابِهِ، فَإِنْ كَانَ لَا بُدَّ فَاعِلًا، فَلْيَقُلْ: اللَّهُمَّ أَحْيِنِي مَا كَانَتْ الْحَيَاةُ خَيْرًا لِي، وَتَوَفَّنِي إِذَا كَانَتْ الْوَفَاةُ خَيْرًا لِي"⁵³.

كما ان التوجيه المسبق قد يناقض التوكل على الله، مع حرمة امتناع المسلم عن الطعام والشراب المؤدي إلى هلكته⁵⁴.

أما الرأي الثاني فيرى أن التوجيه المسبق يمكن أن يستدل عليه بفعل الرسول صلى الله عليه وسلم في مرض موته، حيث روى البخاري رحمه الله عن عائشة رضي الله عنها قالت: ((لدنا رسول الله صلى الله عليه وسلم فأشار أن لا تلدونى فقلنا: كراهية المريض للدواء. فلما أفاق قال: ألم أنهكم أن لا تلدونى، لا يبقى منكم أحد إلا أد غير العباس فإنه لم يشهدكم))⁵⁵.

فيمكن أن يقال أنه رفض للعلاج في وقت أدرك صلى الله عليه وسلم بأنه مفارق للحياة، فيشبه التوجيه المسبق من هذه الناحية⁵⁶.

⁵⁰ Mentzelopoulos S D, etal. Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Med*, 2018; 44: 703-716.

⁵¹ Brinkman-stoppelenburg A, Rietjens JAC, and Van derHeide A. The effect of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 2014; 28: 1000-1025.

⁵² Cavalieri TA . Ethical issues at the end of life. *J Am Osteopath Assoc*. 2001; 101(10): 616-622.

⁵³ صحيح البخاري (رقم 5671) المصدر: الدرر السنية <https://www.dorar.net/hadith/sharh/5691>

⁵⁴ Ebrahim AF. THE LIVING WILL (WASIYYAT AL-HAYY): A STUDY OF ITS LEGALITY IN THE LIGHT OF ISLAMIC JURISPRUDENCE. *FIMA Year Book*. 2005-2006: P19-30

⁵⁵ مسلم بن الحجاج . المسند الصحيح المختصر . بَابُ كَرَاهَةِ التَّدَاوِي بِاللَّدْوِدِ . م: 2213 ، ج 4 ص 1733

⁵⁶ Chamsi-Pasha H, Albar MA. Ethical Dilemmas at the End of Life: Islamic Perspective. *J Relig Health*. 2017; 56(2): 400-410. doi:10.1007/s10943-016-0181-3.

ويطرح احد الباحثين بديلا إسلاميا عن التوجيه المسبق يتلخص في أن يسجل المريض رفضه لتلك التدخلات التي لا طائل من ورائها أو أنها عديمة الجدوى، مع بقاء الرعاية التلطيفية ، أو في حالة موت الدماغ حيث يمكنه أن يوصي بنزع أجهزة الانعاش في هذه الحالة.⁵⁷

أما الدكتور طارق عنقاوي فقد فصل القول فيها على النحو الآتي:

فقد فرق بين السبب المؤدي الى فقدان القدرة على اتخاذ القرار من حيث كونه سببا مؤقتا أو لايرجى زواله مطلقا أو عن قرب.

ففي الحالة الأولى يرى أنه لا يحكم بزوال الأهلية، فيعتبر قراره المسبق نافذا، إلا في حالات معينة وذلك عندما تغيير الأحوال، فهنا قد نحتاج إلى قرار جديد ينظر فيه من قبل أولياء المريض.

أما الحالة الثانية فإذا كان السبب لايرجى زواله مطلقا، فيرى أن القرار ليس نافذا وينتقل الإذن إلى أولياء المريض. أما إن كان السبب يطول بقاءه ، فيرجع للولي مع التزامه بقرارات المريض حتى يترجح ان السبب لايرجى زواله مطلقا.⁵⁸ وفي رأبي أن الموضوع بحاجة إلى مزيد من البحث من الناحية الشرعية ليصبح أكثر وضوحا.

رابع عشر: التغذية والإرواء (إعطاء السوائل) عند نهاية الحياة

لا يسوغ بحال إيقاف الغذاء عن المريض، حتى في لحظات حياته الأخيرة، حتى وإن كانت حالته ميئوساً منها. ذلك انه الغذاء ليس كالدواء، فالغذاء حاجة اساسية لحياة لانسان لاتستقيم إلا بها. كما أن الغذاء- في الغالب- مقطوع بنفعه، وليس كالدواء.

صحيح أن المريض قد يكره الغذاء اثناء مرضه، ولهذا يترك له حرية الاختيار ، كما جاء في توجيه النبي صلى الله عليه وسلم: " لا تكرهوا مرضاكم على الطعام فإن الله يطعمهم ويسقيهم"⁵⁹ ويؤخذ بالتدرج والإقناع بدلا من الاكراه.

وقد يكون المريض غير قادر في هذه المرحلة على تناول الغذاء بالطرق المعتادة، فيمكن حينئذ مساعدته بالطرق الأخرى المعروفة كالأنبوبة الأنفية المعدية (Nasogastric Tube) أو غيرها من الوسائل المناسبة إلا إذا كان إعطاء الغذاء أو السوائل في حد ذاته ضاراً بالمريض ، فعندئذ يمكن إيقافه أو تقليله.

⁵⁷ Ebrahim AF. THE LIVING WILL (WASIYYAT AL-HAYY): A STUDY OF ITS LEGALITY IN THE LIGHT OF ISLAMIC JURISPRUDENCE. FIMA Year Book.2005-2006:P19-30.

⁵⁸ عنقاوي، طارق بن طلال. أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة. دراسة فقهية للقرارات الطبية المصرية حول الانعاش والعناية المركزة. ص 850-837

⁵⁹ على الحاكم وصححه الترمذي، والحديث حسنه والبيهقي والبخاري، في الكبير والأوسط الترمذي وابن ماجه والحاكم والطبراني رواه في السلسلة الصحيحة والألباني وحسنه في الزوائد الذهبي، ووافقه مسلم، شرط

خامس عشر: الإسبات النهائي (الإسبات التلطيفي) Terminal /palliative sedation

ويعنى به: إعطاء المريض، في المراحل النهائية من حياته، أو عندما يدنو أجله، أدوية وعقاقير منومة تؤدي إلى فقدان الوعي تماما حتى الوفاة. وبالرغم من الخلاف حول تعريفه، فهذا هو مفهومه العام.⁶⁰

وكان يسمى في الماضي بالإسبات النهائي، لأن الأدوية تعطى للمريض قبل موته فلا يعود الى وعيه إلى أن يموت، ثم استعويض عنه بالتلطيفي للإشارة إلى الغرض منه، وتلطيف مسماه في الوقت ذاته!

والغرض من الإسبات التلطيفي هو تخفيف الأعراض التي يشكو منها المريض في هذه المرحلة، والتي لا تستجيب للمعالجات التلطيفية المعتادة، مثل الألام المبرحة، وصعوبة التنفس، والهديان وغيرها. وقد يتبع ذلك حرمان المريض من الغذاء والسوائل.

والقضايا الأخلاقية المتعلقة بالإسبات التلطيفي يمكن إجمالها فيما يأتي⁶¹:

1. الأشكال حول الأضرار التي تحدث للمريض ومنها تثبيط الجهاز التنفسي، وفقدان الوعي التام.
2. التشابه بين المساعدة على الموت (القتل الرحيم) وبين الإسبات.
3. الأشكال الذي يثور حول ما إذا كان الإسبات سببا في تعجيل الوفاة.
4. إلى أي مدى يمكن الذهاب في علاج الأعراض التي يعاني منها المريض.⁶²

وسنناقشها تباعا هنا باختصار:

أما بالنسبة لأضرار فمن المعلوم أن الإسبات سيؤدي إلى فقدان الوعي وهو حاصل دون شك خاصة عند زيادة الجرعات لتخفيف الأعراض، ومحل الإشكال فيه أن المريض سيكون غير قادر على التواصل مع من حوله في لحظاته أو أيامه الأخيرة قبل أن يودع الدنيا. ومن الناحية الشرعية سيكون غير قادر على أداء عبادات مهمة كفريضة الصلاة، والذكر والدعاء، وربما نطق الشهادتين قبل الوفاة.

أما تثبيط الجهاز التنفسي فمتوقع حدوثه، وإن بنسبة محدودة، خاصة إذا روعي تحديد الجرعات الدوائية، مع أن الإسبات قد يستخدم أصلا لعلاج صعوبة التنفس. ومن هنا يمكن القول بأنه بالإمكان منع حدوثه، إذا روعيت نوعية الأدوية المعطاة وجرعاتها⁶³

⁶⁰ H Christof Muller-Busch*1,2, Inge Andres1 and Thomas Jehser Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience BMC Palliative Care 2003, 2:2(<http://www.biomedcentral.com/1472-684X/2/2>)

Daly p. palliative sedation. forgoing life-sustaining treatment. and aid-in-dying: what is the difference?.Theor Medical Bioeth,2015;36:197-213.

⁶¹ Raho j.Palliative sedation:A review of ethical debate>

⁶² Center of Bioethics university of Minnesota.End of life care: An Ethical review.2005

https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf.

⁶³ Groninger H, Vijayan J. Pharmacologic management of pain at the end of life. *Am Fam Physician*,2014;90(1):26-32.

أما التشابه بين الإصابات التلطيفي والمساعدة على الوفاة، فيرجع إلى الاعتقاد بأن الإصابات فعل يؤدي إلى الوفاة ، وبالتالي فهو لا يختلف عن المساعدة على الوفاة. لكن عند التدقيق سنجد بعض الفروق ومنها:

(أ) الغرض من الإجراء: بينما الغرض من الإصابات التلطيفي تخفيف الآلام والأعراض، بقدر ماتقتضيه ضرورة العلاج، فإن الغرض من القتل الرحيم أو المساعدة على الوفاة هو إنهاء الحياة قطعاً.

(ب) نية الطبيب: بينما تكون نية الطبيب في القتل الرحيم أو المساعدة على الوفاة إنهاء الحياة، نجد أن نيته في الإصابات التلطيفي تخفيف الأعراض، وتخفيف معاناة المريض. وإن كان هناك خلاف حول معرفة نية الطبيب في هذه الحالة.

(ج) المآلات: يؤدي القتل الرحيم والمساعدة على الوفاة إلى الموت بصورة قاطعة، وهو مالا يمكن الجزم بحصوله في الإصابات التلطيفي، هذا في الجملة، ولكن هناك نوع من الإصابات التلطيفي النهائي الذي لا يعود المريض بعده إلى الحياة. وهنا يحصل الالتباس: هل كانت الوفاة بسبب الإصابات التلطيفي أم بسبب المرض الأصلي؟⁶⁴

وهذا يقودنا إلى الإشكال المتعلق بتعجيل الوفاة. فبينما هو متحقق في القتل الرحيم والمساعدة على الوفاة، يثور السؤال: هل هو متحقق فعلاً في الإصابات التلطيفي؟

لقد أخذ هذا الموضوع مساحة واسعة من النقاش وأجريت دراسات تهدف إلى الإجابة عن هذا السؤال. وخلاصة القول حول هذه المسألة أن الإصابات التلطيفي لا يعجل بالوفاة، بل قد يكون سبباً في تأجيلها. وعلى أية حال فإن دراسات المقارنة لم تجد فرقاً بين المرضى الذين تم إسباتهم وبين الآخرين.⁶⁵ لكن يبقى أن هناك

⁶⁴ Olsen ML, Swetz KM, Mueller PS. Ethical decision making with end-of-life care: palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatments. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(10):949-954. doi:10.4065/mcp.2010.0201
Rietjens JAC, van Delden JJM, van der Heide A, et al. Terminal Sedation and Euthanasia: A Comparison of Clinical Practices. *Arch Intern Med.* 2006;166(7):749-753. doi:10.1001/archinte.166.7.749

Ten Have H, et al. Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 47, Issue 1, 123 - 136

Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckeaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(3):310-333. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004

Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care - a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care.* 2003;2(1):2. Published 2003 May 13. doi:10.1186/1472-684X-2-2

⁶⁵ Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol.* 2009;20(7):1163-1169. doi:10.1093/annonc/mdp048

Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, and et al. Palliative sedation in end-of life care and survival: A systematic review. *J Clin Oncol*, 2012;30:1378-1383.

Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckeaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(3):310-333. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004

Maltoni, Marco & Scarpi, Emanuela & Rosati, Marta & Derni, Stefania & Fabbri, Laura & Martini, Francesca & Amadori, Dino & Nanni, Oriana. (2012). Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.* 30. 1378-83. 10.1200/JCO.2011.37.3795.

شبهة في التعجيل بالوفاة، وإشكالية فقدان الوعي حتى نهاية الحياة. وهناك مشكلة أخرى وهي حرمان المريض خلال هذه الفترة من الغذاء والسوائل.⁶⁶

أما موضوع معاناة المريض عند قرب نهاية حياته، وهو السبب الرئيسي لإجراء الإسبات التلطيفي، الذي يهدف إلى تخفيف هذه المعاناة، فإن السؤال: إلى أي مدى يمكن الذهاب في تخفيف هذه المعاناة؟ صحيح أن تخفيف المعاناة قد يتحقق، لكن في المقابل فإن الثمن هو أن المريض لا يعود إلى وعيه أبداً. فهل يسوغ من الناحية الأخلاقية أن نسعى لتحقيق هذا الغرض حتى لو أدى إلى فقدان المريض وعيه حتى النهاية؟

وهناك مشكلة أخرى قد تضاف إلى هذه المشكلات وهي سوء استخدام الإسبات التلطيفي وتطبيقه على من لا تنطبق عليهم شروطه أو أنهم لا يحتاجونه.⁶⁷ وهذه بلا شك مشكلة لكن وجودها قد لا يؤثر في الحكم الأصلي.

بعد هذا التصوير لمشكلة الإسبات التلطيفي والذي أخذت به كثير من المجتمعات، يأتي السؤال: ما الحكم فيه من الناحية الشرعية؟

لم أجد، حسب ماطلعت عليه حتى الآن، من ناقش هذا الموضوع مناقشة مستفيضة يمكن أن نخلص منها إلى حكم شرعي واضح.

أما من ناحية المعاناة والآلام والأعراض من الناحية الشرعية، فيمكن أن ينظر إليه من زاويتين. الأولى: أن الأمراض والآلام والأعراض التي يعاني منها المريض فهي ابتلاء من الله سبحانه وتعالى وتجري بقدره، وفيها تكفير للذنوب ورفعة للدرجات يوم القيامة إن صبر المؤمن عليها واحتسب الأجر فيها. يقول الرسول صلى الله عليه وسلم: "عجبا لأمر المؤمن، إن أمره كله خير، فإن أصابته سراء شكر فكان خيراً له وإن أصابته ضراء شكر فكان خيراً له، وليس ذلك إلا للمؤمن"⁶⁸

ويقول عليه الصلاة والسلام: "مَا يُصِيبُ الْمُسْلِمَ مِنْ نَصَبٍ وَلَا وَصَبٍ وَلَا هَمٍّ وَلَا حَزَنٍ وَلَا أَذًى وَلَا غَمٍّ، حَتَّى السَّوْكَةُ يُشَاكُهَا إِلَّا كَفَّرَ اللَّهُ بِهَا مِنْ خَطَايَاهُ"⁶⁹.

ومن زاوية أخرى فإن طلب الدواء لرفع المعاناة وتخفيف الآلام مندوب إليه شرعاً، إذ هو نوع من التداوي وقد مر معنا في أحكام التداوي ما يغني عن الإعادة هنا. ويعني ذلك أنه يجوز للمؤمن، بل قد يجب عليه رفع هذه المعاناة، خاصة إذا كان رفعها سيمكّنه من أداء عبادته على الوجه الأكمل، ومن أهمها صلاة الفريضة.

لكن السؤال الذي يطرح هنا: هل يجوز أن تزال المعاناة بما يؤدي من الأدوية إلى ما يذهب العقل والإدراك أو يشوش الذهن، وهو أمر حاصل بسبب الإسبات التلطيفي؟

⁶⁶ Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*. 2008;36(3):310-333. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004

⁶⁷ Rainone F . Palliative sedation: Controversies and challenges, *Progress in Palliative Care* 2015 , 23:3, 153-162, DOI: [10.1179/1743291X15Y.0000000004](https://doi.org/10.1179/1743291X15Y.0000000004)

⁶⁸ صحيح مسلم (الرقم 2999): الدرر السنية <https://dorar.net/hadith/sharh/17864>

⁶⁹ متفق عليه. أخرجه البخاري (5640) واللفظ له، ومسلم (2572). الدرر السنية

<https://www.dorar.net/hadith/sharh/5674>

وأيهما يعتبر هنا: المصلحة المتحققة بزوال المعاناة، أم المفسدة الحاصلة بسبب ذهاب العقل والإدراك؟ وهذا أمر يحتاج فيه إلى الاجتهاد الجماعي من قبل المجامع الفقهية، ومراكز الإفتاء.

وأما نية الطبيب في أن يزيل معاناة المريض، لا أن يعجل بوفاته، فالنية معتبرة شرعا، ولاشك أن الطبيب مأجور شرعا إذا كانت نيته هي الأولى، ومأزور ومؤخذ شرعا إن كانت نيته هي الثانية. لكن يبقى الإشكال في ذهاب عقل المريض وإدراكه، خاصة إذا استمر هذا حتى وفاة المريض إذ سيفوت عليه القيام بما كان يستطيع القيام به من واجبات شرعية، كما يفوت عليه مصلحة أخرى وهي ذكر الله ونطق الشهادة حين وفاته. وهذه تحتاج إلى مزيد من البحث والاجتهاد الفقهي الجماعي الذي يوصل إلى حكم تطئن إليه نفس الأطباء والمرضى على حد سواء.

أما حرمان المريض من الغذاء والسوائل فهو أمر لايجوز شرعا كما مر معنا.

سادس عشر: التزام على الأجهزة

يحدث في بعض الأحيان، خاصة في أقسام الطوارئ والعناية المركزة، أن لا تتوفر أجهزة أو علاجات لكل المرضى الذين يقدمون للمراكز الطبية، فيحدث التزام على الأجهزة. ويتأكد هذا عند شح الموارد في البلاد ذات الموارد الشحيحة أو الفقيرة. وحتى في البلاد ذات الموارد الوفيرة، فقد تحدث بعض الكوارث أو الجوائح التي تستدعي استخدام هذه الأجهزة أكثر من ذي قبل، مما يؤدي إلى شحها وتزام المرضى عليها.

وهنا قد يجد الطبيب نفسه بين خيارات صعبة، إذ هو لا يستطيع أن يقدم الرعاية الطبية لكل المرضى وسيجد صعوبة في تحقيق العدالة عند تقديمها. والسؤال الذي يطرح هنا: كيف يميز الطبيب بين المرضى في مثل هذه الحالة، وما المعايير التي على أساسها يبني قراره؟

ونقرر في البدء أن هذا الوضع من أصعب الأوضاع التي يمكن أن يواجهها طبيبين مهما كانت المعايير التي سيستخدمها، خاصة إذا كان ذلك سيؤدي إلى أن يتضرر بعض المرضى لدرجة قد تصل إلى وفاة بعضهم.

فإذا تزامت الحقوق في هذه الحالة، فكيف يتخذ القرار؟

هنا يمكن وضع بعض المرجحات التي يمكن تطبيقها تحقيقا للمصلحة والعدل وعدم الإضرار وهي كالاتي:

1. الأسبقية: حيث يقدم من وصل إلى الطبيب أولا، فيعطى الأولوية في العلاج. ولا يكاد يوجد خلاف بين الأطباء حول هذا المرجح. ويمكن أن يستدل عليه بقول النبي صلى الله عليه وسلم: "لا يقيم الرجل الرجل من مجلسه ثم يجلس فيه"⁷⁰، فهنا أثبت الحق لصاحب الأسبقية.

2. الاحتياج الأكثر: حيث يقدم من هو أكثر حاجة للعلاج على غيره. وهذا أمر منطقي ومتعارف عليه أن المرضى إذا وصلوا إلى الطبيب، فإنه يقدم أكثرهم احتياجا للعلاج على وجه السرعة فيعطى الأولوية، ضمن نظام فرز للحالات يتم تطبيقه مع تفاوت في فعالية التطبيق.⁷¹

⁷⁰ صحيح مسلم (2177). الدرر السنينة <https://dorar.net/hadith/sharh/10712>

⁷¹ Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E: Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(50): 892-8. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0892

3. زيادة رجاء الحياة: فقد يتم التغاضي عن الأسبقية لوقت معين، فيقدم من ترجى حياته على من لا ترجى حياته بناء على المعايير العلمية الطبية وحسب تقدير الأطباء.

4. زيادة رجاء البرء: فنتم معالجة من يرجى برؤه على وجه التفضيل، خاصة إذا كان تأخير علاجه سيؤدي إلى ضرر كبير حسب تقدير الأطباء، وبناء على معايير علمية طبية.

ولايجوز التمييز في هذه الحالات بسبب السن، أو الإعاقة، أو لأنهم من فئة معينة، أو لأنه اتخذ قرار بشأنهم بعدم الإنعاش. فهذه وأمثالها لا تدخل ضمن المرجحات.

تزامم الحقوق مع شح الموارد

قد يحدث التزامم عند شح الموارد وذلك عندما لايتوفر بين يدي الطبيب من الإمكانيات مايكفي لعلاج المرضى كالم. وهذه من أكثر حالات التزامم صعوبة وأكثرها إزعاجا للطبيب.

وهنا يمكن للطبيب أن يستخدم المرجحات التي ذكرت سابقا. وعندئذ تساوي المرضى في المرجحات المذكورة كأن يصل المرضى كالم في وقت واحد، وقد تساوا في الاحتياج ورجاء البرء ورجاء الحياة، فهنا مرجح أخير يضطر الطبيب إلى اللجوء إليه، وهي القرعة.

ويمكن تعريف القرعة بأنها: " طريقة تتبع للتوصل إلى الحق المبهم عند التزامم ولا مميذ لأحدهما بكيفية معينة"، فهي تستعمل القرعة عند التزامم حين لا يمكن التمييز بين المتزاممين⁷². وقد ثبتت مشروعيتها في الكتاب والسنة، ورجح مشروعيتها جمهور الفقهاء.⁷³

وإذا تعين الحق أوردت المصلحة لأحدهم أو لمجموعة منهم فلاتجوز القرعة، إذ لا يلجأ إليها إلا عند الضرورة.

التزامم على أجهزة الإنعاش

يفرض واقع العناية المركزة في بعض الأحيان واقعا صعبا، بحيث لا تتوفر أجهزة كافية لعلاج كل المرضى بدءا من إمكانية توفر سرير، ومرورا بتوفر الأجهزة، والطاقت الطبية المدرب لعلاج الحالات الحرجة.

وهنا أيضا تستخدم نفس المرجحات السالفة الذكر، وبنفس الترتيب. وقد يكون لأجهزة التنفس الصناعي خصوصية، حيث أنها من أهم الوسائل المساندة للحياة، وإذا وضعت على المريض قد تبقى عليه لأسابيع وربما أشهر أو سنوات، علاوة على أن العلاج في العناية المركزة باهظ التكاليف.

وهنا يحتاج الأمر إلى بعض التفصيل على الوجه الآتي:

1. وصول المرضى دفعة واحدة: وهنا يقدم الأكثر احتياجا أولا

FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, *et al* Emergency department triage revisited *Emergency Medicine Journal* 2010;27:86-92.

⁷² اليوسف، صالح بن سليمان. مدى مشروعية القرعة والعمل بها في الفقه الإسلامي. مجلة كلية الشريعة بجامعة أسبوط. ع17، ج2: 184-189
⁷³ منصور، ياسر داود. أحكام القرعة في الفقه الإسلامي. رسالة ماجستير بكلية جامعة النجاح بنابلس. ص14-23. <https://2u.pw/Nc65B>

2. إذا وصل المرضى على دفعات، وسبق بعضهم ، فإذا جاء اللاحق وجد الأجهزة مشغولة بمن سبق، فهنا يأتي التفصيل في ثلاث حالات:

الأولى: أن لا يغلب على الظن وفاة السابق عند رفع الجهاز عنه، وإنما قد تحصل له مضاعفات فقط، فقد يسوغ رفعها عن السابق لكن بشروط وهي:

(أ) أن يكون العلاج مما يمكن إيقافه مؤقتاً، أو أن يكون علاجاً متقطعاً، أو أن هناك بديلاً يمكن استخدامه ريثما يتم انقاذ اللاحق مثل التنفس الصناعي غير الباضع (non-invasive)

(ب) أن لا يؤدي هذا الرفع إلى وفاة المريض أو تضرره ضرراً شديداً

(ت) أن تسمح حالة المريض بإعادة الأجهزة أو العلاجات مرة أخرى ليتم تدارك وضعه لاحقاً.

الثانية: أن يغلب على الظن أو يترجح وفاة المريض، فهنا لا يجوز الإيقاف.

الثالثة: أن يكون المريض ميؤوساً من شفائه ، فهنا يترجح موته بإيقاف العلاج أو رفع الأجهزة عنه. ولذا فالأصل إبقاؤها عليهن لأنه أسبق بالأولوية ولأن رفعها عنه فعل، وتركها عليه ليس فعلاً.⁷⁴

قلت: أما في حالة القرار بعدم الإنعاش للميتوس من شفائه السابق، وحصل له توقف في القلب والتنفس، فيسوغ عندئذ رفعها عنه، لتوضع على اللاحق والله أعلم.

سابع عشر: التكلفة المادية

يشكل التنويم في العناية المركزة واستخدام أجهزة الإنعاش، والأجهزة والأدوية المقدمة ضغطاً من حيث الكلفة المادية على الأنظمة والمؤسسات الصحية. وكلما ازدادت حاجة المريض إلى أنواع أكثر منها زادت كلفتها.

والسؤال هنا: هل نضع اعتباراً للكلفة المادية في قرارات الإنعاش والتنويم في العناية المركزة أم أنها لا تدخل في المعادلة على الإطلاق؟

أما الفلسفة النفعية المادية فتضعها في المعادلة الأخلاقية دون شك، وقد تغلبها لدرجة كبيرة بحيث يطغى ذلك حتى على حفظ النفس البشرية، انطلاقاً من أن العلاج مكلف على النظام الصحي، أو على المريض وأهله، وبالتالي يمكن إيقاف هذه العلاجات أو الامتناع عن تقديمها بصفة مبدئية.

أما من الناحية الشرعية، فالمعروف أن حفظ المال أحد الضرورات الخمس التي حفظتها الشريعة الإسلامية، لكن حفظ النفس مقدم عليها، فمتى كان العلاج مؤدياً إلى حفظ النفس البشرية، فالأصل أن يبذل المال من أجله مهما كانت الكلفة.

ويبقى السؤال إذا كان حفظ النفس بهذا العلاج أمراً مشكوكاً فيه أو أن الظن يغلب على أنه لن يكون نافعا فهل نستمر فيه مهما كانت الكلفة المادية؟ وقد يكون الحال أن الإمكانيات للعلاج محدودة أو أن هناك تزامناً على هذه العلاجات. وهنا يصبح الأمر محل اجتهاد وتقدير، وقد يتأكد إيقاف العلاج لأن كلفته باهظة ونفعه مشكوك فيه. فقد جاء في فتوى اللجنة الدائمة للفتاوى بالمملكة العربية السعودية عند سؤالها عن طفلة أصيبت

74 ينظر: الطريقي، عبدالله بن محمد. التزام على الأجهزة الطبية. الطبعة الأولى 1426 هـ (2005 م) عنقاري، طارق بن طلال. أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة. ج 2 ص 889-923.

بحدوث سيارة وأصبحت معتمدة على جهاز التنفس اعتمادا تاما وأن تكاليف العلاج باهظة جدا. هنا جاءت الفتوى بجواز نزع جهاز التنفس عنها(الفتوى رقم 15964 بتاريخ 1414/4/13 هـ).

والاستمرار في علاج لانفع فيه يتناقض مع مقصد حفظ المال، كما يمكن أن يتناقض مع حفظ النفس عند التزاحم⁷⁵.

أما عند رجاء الشفاء او بقاء الحياة يجب بذل الجهد والمال لتحقيق الرعاية الطبية، ولايجوز اعتبار التكلفة المادية سببا لايقاف العلاج، حتى لو كان المريض كبيرا في السن أو لديه إعاقة.