Arrasikhun International Journal, Volume 5, Issue 1, December 2019

ISSN: 2462-2508

أحكام الامتناع عن معالجة الأمراض الميؤوس من شفائها
دراسة فقهية مقارنة

باسم أحمد حميد — ماجستير الفقه وأصوله/جامعة المدينة العالمية –ماليزيا — basemhamid@gmail.com

د. الطيب المبروكي — أستاذ مساعد بقسم الفقه وأصوله/جامعة المدينة العالمية – ماليزيا — tayeb.mebrouki@mediu.edu.my

---

الملخص

يتناول هذا البحث أحكام الامتناع عن معالجة الأمراض الميؤوس من شفائها. وتتمثل إشكالية البحث في عدم وجود أحكام واضحة تستوعب الجوانب العملية المعقدة المختلفة لهذه النوازل، بما يتماشى مع الممارسة العملية للطب من حيث مسؤولية صنع القرار وما يمكن الامتناع عنه من المعالجات وما لا يمكن. ومن ثمّ فقد تمثلت أهداف البحث في تفصيل الحكم الفقهي للمعالجة والامتناع عنها، وبيان المصالح المعتبرة للامتناع عن معالجة الأمراض الميؤوس من شفائها. ومن ثمّ التركيز على الأحكام المتعلقة بالامتناع عن المعالجات الشائعة في الأمراض الميؤوس من شفائها، وخصوصاً مسائل الإنعاش والوسائل الداعمة للحياة، ومسألة التغذية الاصطناعية، وبعض الحالات الخاصة كاضطرابات الوعي المديدة. وقد سلك البحث المنهج الوصفي التحليلي والمنهج الاستقرائي والمنهج المقارن وذلك لتصوير المسائل المدروسة تصويراً دقيقاً وبيان ما ورد بشأنها من أحكام ثم الترجيح بينها. فتدرج البحث من عرض الأحكام العامة للمعالجة إلى علاقة المريض بالطبيب، ومن ثم إلى الأحكام العملية للامتناع عن المعالجة، وخصوصاً مسألة الإنعاش والتغذية الاصطناعية. وقد خلص البحث إلى نتائج كثيرة أهمها اختلاف حكم المعالجة حسب موقعها طلباً من المريض، أو تزويداً من العاملين في الميدان الطبي ومن ورائهم ولي الأمر ومن ينوب عنه. وتنسحب على كل فرع من تلك الفروع الأحكام الخمسة من الوجوب والاستحباب والإباحة والكراهة والتحريم. وقد أبرَزَ البحث التكييف الفقهي لكثير من الممارسات العملية كموافقة المريض على المعالجة والإذن المسبق ووصية الحياة والوكالة الطبية، والتي لها مصالح شرعية معتبرة تجعل استخدامها سائغاً مشروعاً. ثم خلص البحث إلى جواز الأمر بعدم بدء محاولة الإنعاش، وجواز الامتناع عن كافة المعالجات

ISSN: 2462-2508

العقيمة أو سحبها بعد بدئها، بما في ذلك الوسائل الداعمة للحياة والتغذية الاصطناعية بأنواعها المختلفة، وذلك في ضوء الضوابط الشرعية التي فصلها البحث.

الكلمات الدلالية: المعالجة– المرض– الإنعاش– التغذية الصناعية.

ABSTRACT

This paper delves into the Islamic jurisprudential rulings of abstaining from the treatment of incurable diseases. This emerging issue that has been researched before, but there is still a lack of clear verdicts that address the various complex practical aspects of these issues in the context of real-world practice of medicine. Hence, the objective of the research is to reach well-defined rulings on medical treatments and abstinence form them and to demonstrate the valid interests of abstaining from treatment. The papers had emphasis on incurable illnesses and certain issues such as resuscitation and life support, artificial nutrition and certain special cases such as prolonged consciousness disorders. The research followed the descriptive analytical, inductive and comparative approaches in order to accurately conceptualize the issues at hand and the The paper concludes there is difference of the rulings of conclude the likely provisions. treatment based on seeking it or providing it. As such, medical treatment may be obligatory, recommended, permissible, disliked or prohibited. The paper also highlights certain jurisprudential adaptation of some common practices such as informed consent, advance directives, the living will, and the medical power of attorney as they have legitimate benefits. Additionally, the paper concludes that it is permissible to have “Do Not Resuscitate” (DNR) order, abstinence from or withdrawal of futile treatments including life support measures and artificial nutrition within certain guidelines elaborated in the paper.

Keywords: treatment - disease – life support – artificial nutrition.

المقدمة:

بِسْمِ اللهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيم

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على معلم الناس الخير نبينا محمد وعلى آله وصحبه وذريته وأهل بيته الطيبين الطاهرين ومن استن بسنته واقتفى هديه إلى يوم الدين وبعد

إن الله عزّ وجلّ جعل البلاء في هذه الدار من أمره وقدره، وجعل الشفاء من أمره وقدره. ولذلك فقد كانت أحكام الداء والدواء من صميم الشريعة، فبذل أهل العلم في مختلف مراحل تطور الفقه جهداً جليلاً لإماطة اللثام عن تلكم الأحكام، فاحتوت كتب الفقه على نفيس ما كتبوه وبديع ما جمعوه. هذا وإن تعقد الحياة وتقدم العلوم في مختلف المجالات قد ترافَقَ بتشخيص مزيد من الأمراض. ثم إن الله فتح على عباده بتقدم المعارف واكتشاف أدوية وعلاجات جديدة ووسائل لدعم الحياة ومساندتها. ومع ذلك فإن كثيراً من الأمراض

ISSN: 2462-2508

بقيت عصية على المداواة والوسائل العلاجية المعروفة. وأصبح استخدام هذه الوسائل يشكل امتحاناً وبلاءً للمريض وأهله، ويتعداه إلى العاملين في ميدان الخدمات الطبية، بل ويشكل تداعيات خطيرة بما تحمله من أعباء اقتصادية وقانونية واجتماعية على المستوى الفردي والمؤسساتي.

لذلك كان حرياً بأهل العلم أن يقوموا بتجلية الأحكام للأنام على نحو يزول معه اللبس والأوهام، فيما استجد من نوازل الداء الذي يستعصي على الدواء وأنماط العلاجات التي يغلب على الظن أنها غير ذات جدوى وعلى الخصوص حكم الامتناع عن تلكم المعالجات.

والله ولي التوفيق

أهداف البحث:

1- بيان الأحكام التفصيلية للمعالجة والامتناع عنها.
2- بيان المصالح المعتبرة للامتناع عن معالجة الأمراض الميؤوس من شفائها.
3- بيان الأحكام الفقهية للمشكلات العملية في عملية المعالجة أو الامتناع عنها.

أهمية البحث:

تتجلى أهمية البحث في البنود الآتية:

1- تعريف العاملين في المجال الطبي بالجوانب الشرعية في هذه النوازل.
2- تقنين الأحكام الفقهية لتكون في متناول من يحتاجها من عموم الناس أو الهيئات الطبية المختصة.
3- إبراز عظمة الشارع وحكمته سبحانه بما يتجلى من شرع وسط يلائم الزمان والمكان على الدوام بمرونة وواقعية ترعى مصالح العباد والبلاد.

مشكلة البحث:

تتمثل إشكالية البحث في عدم وجود أحكام واضحة تستوعب الجوانب العملية المعقدة المختلفة لنوازل الأمراض الميؤوس من شفائها والتي تواجه الناس في الواقع العملي بما يتماشى مع الممارسة العملية للطب. وذلك من حيث الامتناع عن معالجة تلكم الأمراض ابتداء، أو إيقاف المعالجة بعد بدئها، وخصوصاً تغذية المريض، ومن يكون له حق اتخاذ القرار، وما يُصار إليه عند حدوث النزاع بين المريض وذويه. وتزداد الإشكالية

ISSN: 2462-2508

أهميةً في الغرب، حيث تكثر هذه النوازل، ولا تتوفر فتاوى تفصيلية عملية واضحة العبارة والمضمون باللغات المحلية.

أسئلة البحث:

1- ما حكم المعالجة والامتناع عنها بشكل عام؟
2- كيف يمكن التكييف الفقهي للممارسات العملية لعلاقة الطبيب بالمريض؟
3- ما الأحكام الفقهية الشائعة المتعلقة بالأمراض الميؤوس من شفائها؟

منهج البحث:

لقد استخدم الباحث في هذه الدراسة المناهج التالية:

أولاً: المنهج الوصفي التحليلي: وذلك بدراسة ظاهرة الأمراض الميؤوس من شفائها كما توجد في الواقع، ثم تحليل ما يتعلق بها من الجوانب العملية التي يواجهها الناس والتي هي جزء لا يتجزأ من مسائل البحث.

ثانياً: المنهج الاستقرائي: وذلك بتتبع أقوال الفقهاء في المدارس الفقهية المختلفة والمجامع الفقهية المعاصرة في المسائل المشابهة لمسائل البحث بما يمكن من التكييف الفقهي للنوازل التي هي محل البحث.

ثالثاً: المنهج المقارن: وذلك باستعراض الآراء الفقهية في المذاهب المختلفة، وقرارات المجامع الفقهية بشأن المسائل المدروسة، ومناقشتها.

رابعاً: المنهج الاستدلالي والاستنباطي: وذلك في إقامة الأدلة على الأحكام المستخلصة، والاجتهاد إلى الوصول إلى الحكم الراجح في كل مسألة.

مصطلحات البحث:

أولاً: الامتناع: الامتناع لغةً من المنع ومادته مَنَعَ. وفي القاموس المحيط: " الامتناع: الكفُّ عن الشيء".[1] وليس هناك من معنى اصطلاحي فقهي محدد للامتناع، وإن ورد فإنما يتوافق مع المعنى اللغوي. وفي هذا البحث يقصد بالامتناع عن المعالجة هو عدم الشروع فيها ابتداءً، أو الكفّ عنها وقطعها بعد إنشائها والشروع فيها.

[1] الفيروز آبادي، **القاموس المحيط**، مادة: "منع"، ط8 ، ج1 ، ص 706.

ISSN: 2462-2508

ثانياً: المعالجة: " عالجه عِلاجاً ومُعالجَة: زاوله ومارسه... وعالجَ المريضَ مُعالجة وعِلاجاً عاناه وداواه"[1].

والمعالجة جملة وسائل العناية بالحيوان أو النبات لاتّقاء الأمراض ومداواتها.[2] والعلاج كل ما يعالج به.[3]

ويشمل ذلك الوسائل الدوائية بالعقاقير، والتداخلات الجراحية وأي وسائل أو أجهزة تعين على ذلك.

ثالثاً: الشفاء: "(شفى) يدل على الإشراف على الشيء؛ يقال أشفى على الشيء إذا أشرف عليه. وسمي الشفاء شفاء لغلَبته للمرض وإشفائه عليه"[4]. وفي "(برأ) أصلان: أحدهما الخلق...والأصل الآخر: التباعد من الشيء ومزايلته، من ذلك البرء وهو السلامة من السقم... ومن ذلك البراءة من العيب والمكروه".[5]

فالبرء يعني السلامة من المرض مطلقاً، أما الشفاء فهو غلبته على المرض بزوال المرض مطلقاً، أو بانحسار المرض حتى تكون الغلبة للعافية مع بقاء المرض أو أصله كامناً دفيناً. فالشفاء إذن قد يكون كلياً أو جزئياً.

وسيجري البحث في مصطلح الشفاء أنه جزئي، بمعنى تفوقه على الداء وغلبة الصحة على المرض، والسلامة على السقامة، فتستمر وظائف البدن وتكون الحياة مستمرة دون زوال الداء بالكلية كما في معنى البرء.

الدراسات السابقة:

أولاً: أبحاث مجمع الفقه الإسلامي الدولي لمنظمة المؤتمر الإسلامي في دورته الثالثة بشأن أجهزة الإنعاش.[6]

---

[1] الزبيدي، **تاج العروس من جواهر القاموس**، مادة: "علج"، ج 3، ص 436.

[2] عمر، **معجم اللغة العربية المعاصرة**، مادة: "علج"، ط1، ص620.

[3] مجمع اللغة العربية، **المعجم الوسيط**، مادة: "علج"، ط4، ص1537.

[4] ابن فارس، **معجم مقاييس اللغة**، مادة: "شفى"، د.ط، ج 3 ، ص 199.

[5] ابن فارس، **معجم مقاييس اللغة**، مادة: "برأ"، د.ط، ج 1، ص 236.

[6] دورة المؤتمر الثالث لمجمع الفقه الإسلامي، منظمة التعاون الإسلامي، قرار رقم 17(5/3)، (عمان، 1986).

ISSN: 2462-2508

وتعلقت في تحقق الموت السريري[1]، أو الموت الدماغي لإمكانية سحب أجهزة الإنعاش[2]، ولم تبحث حكم ذلك إن لم تتحقق معايير الموت، فبذلك لم يتناول إلا جانباً ضيقاً من المواقف العملية وهو حالة الموت السريري أو الدماغي.

ثانياً: أبحاث المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته الثانية والعشرين، والمتعلقة بحكم إيقاف العلاج عن المريض الميؤوس من برئها [3]. ولم تتعرض تلكم الأبحاث للجوانب العملية من رغبة المريض أوليائه في الامتناع عن العلاج ابتداءً أو إيقافاً، وما الذي يصار إليه عند تنازعهم مع الفريق الطبي؛ ولم تبتّ الدراسات الأمر في أحكام أكثر المسائل إلحاحاً وإثارة للحيرة والإرباك، كمسألة التغذية وغيرها.

ثالثاً: دراسات المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث لأعمال الدورة الحادية عشرة [4]. وقد تعرضت إلى قضية وقف أجهزة الإنعاش في موت الدماغ، لكنها اقتصرت على ذلك ولم تتجاوزه إلى المسائل الأكثر إلحاحاً ك الحالات التي لم تصل إلى موت الدماغ لكنها تبقى عصية على المعالجة، ولم تتعرض للقضايا الأخرى كالتغذية وما إلى ذلك.

رابعاً: دراسات مجمع الإسلامي بالهند بشأن حقيقة الموت وفصل المنفسة عن المريض المعتمد عليها [5]. وقد بحثت مسألة وقف أجهزة الإنعاش، لكنها اقتصرت على وقف أجهزة الإنعاش في حالة الموت السرسري بعد الشروع في استخدامها ولم تناقش الامتناع عنها ابتداءً وإنشاءً، ولم تتطرق إلى الحالات الشائعة الأخرى الميؤوس من برئها والتي قد لا يكون المريض فيها معتمداً على أجهزة الإنعاش. ولم تناقش القضايا الأكثر تعقيداً وإلحاحاً كالتغذية.

---

[1] الموت السريري أو (الإكلينيكي) clinical death هو المصطلح الطبي المستخدم لوصف غياب الوظائف الحيوية بسبب توقف عمل القلب والتنفس. انظر: Bernat: *Ethical and Legal Issues in Neurology- The definition and criterion of death,* Ch 33, p. 437.

[2] إنعاش مصدر أنعشَ. ويعني محاولة إعادة الحياة والنّشاط إلى شخصٍ أو حيوانٍ فقد مظاهرهما من غرقٍ أو صدمةٍ أو إغماء، وذلك بتدليك القلب والتَّنفُّس الاصطناعيّ وعقاقير معيَّنة لإعادة الدَّورة الدَّمويَّة إلى الدِّماغ. انظر: (مختار، **معجم اللغة العربية المعاصرة**، ط 1، ص 2239).

[3] الدورة الثانية والعشرون للمجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي (مكة المكرمة، 2015 م).

[4] الدورة العادية الحادية عشرة للمجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث، مقر الرابطة الإسلامية بالسويد، البيان الختامي، (ستوكهولم، 2003 م).

[5] الندوة الفقهية السادسة عشرة لمجمع الفقه الإسلامي بالهند، قرار 68 (16/2)، (الهند، 2007).

ISSN: 2462-2508

خامساً: أبحاث مؤتمر الفقه الإسلامي الثاني (قضايا طبية معاصرة) المنعقد بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية[1]. وقد تناولت قضية الامتناع عن إسعاف المريض ووقف أجهزة الإنعاش؛ لكنها ركزت على جانب الطبيب ولم تتوسع في جانب المريض وأوليائه، واستفاضت في قضايا الإسعاف وأجهزة الإنعاش دون الولوج في القضايا الأكثر إلحاحاً كالتغذية وغيرها.

والذي يخلص إليه بعد هذا العرض السريع للجهود والدراسات السابقة أنه ما تزال هناك حاجة ماسة للاجتهاد في هذه المسألة والوصول إلى قول فصل فيها.

المبحث الأول: الأحكام الفقهية الخاصة بالمعالجة

المطلب الأول: مشروعية المعالجة عموماً

كما هو معلوم، فقد جاءت الشريعة المطهرة بتحصيل المصالح وتكميلها وتعطيل المفاسد وتقليلها. ولذلك كان حفظ النفس من أجل مقاصد الشريعة. ولقد شرع في الدين ما يحافظ على النفس إيجاداً، وصوناً بما يحقق ديمومتها واستمراريتها. والناظر في هذه الشرائع يرى أن المعالجة تطال كثيراً منها.

ثم إن الوسائل لها أحكام المقاصد. فإن كان حفظ النفس له تلك الأهمية، فإن الوسائل المفضية إلى ذلك من المعالجة تشاركها تلك الأهمية. ولذلك ترى في القرآن والسنة ما يشرع للناس التداوي وطلب الشفاء.

فمن القرآن العظيم: " وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ"[2]

ويمكن وصفه بأنه خبر أريد منه الأمر، وفيه إباحة لما ينفع وتحريم لما يضر. "وَلَا تَحْلِقُوا رُءُوسَكُمْ حَتَّىٰ يَبْلُغَ الْهَدْيُ مَحِلَّهُ ۚ فَمَن كَانَ مِنكُم مَّرِيضًا أَوْ بِهِ أَذًى مِّن رَّأْسِهِ فَفِدْيَةٌ مِّن صِيَامٍ أَوْ صَدَقَةٍ أَوْ نُسُكٍ"[3].

ووجه الاستدلال في الآية رخصة ارتكاب المحظور في شعيرة عظيمة، للتخفيف المريض ورفع الحرج وعدم التسبب في تأخير الشفاء.

---

[1] مؤتمر الفقه الإسلامي الثاني، قضايا طبية معاصرة (السعودية، وزارة التعليم العالي جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، السجل العلمي، المجلد الرابع، 2011 م).

[2] سورة الأعراف: جزء من الآية 157.

[3] سورة البقرة: جزء من الآية 196.

ISSN: 2462-2508

ومن السنة المطهرة أمر النبي ﷺ التداوي: "إن الله أنزل الداء والدواء، وجعل لكل داء دواء، فتداووا، ولا تتداووا بالحرام"[1]. وغير ذلك كثير مما لا يخفى على طالب العلم.

المطلب الثاني: مشروعية ترك المعالجة عموماً

وفيه قول النبي ﷺ: "يدخل الجنة من أمتي سبعون ألفاً بغير حساب، قالوا: من هم يا رسول الله؟ قال هم الذين لا يسترقون ولا يتطيرون ولا يكتوون وعلى ربهم يتوكلون"[2].

وقوله: "من اكتوى أو استرقى فقد برئ من التوكّل"[3].

مع أن الكيّ وسيلة علاج معروفة استعملها رسول الله ﷺ، فقد "رمي أبيّ يوم الأحزاب على أكحَله[4] فكواه رسول الله ﷺ"[5].

وفي حديث ابن عباس رضي الله عنهما إذ قال لعطاء [6]: "ألا أريك امرأة من أهل الجنة؟ قال: بلى، قال: هذه المرأة السوداء أتت النبي ﷺ فقالت: إني أُصرع وإني أتكشف فادع الله لي، قال: إن شئت صبرت ولك الجنة، وإن شئت دعوت الله أن يعافيك، قالت: أصبر، قالت: فإني أتكشف فادع الله أنْ لا أتكشف، فدعا لها"[7]. وعلق ابن حجر[8] في فتح الباري: "... فضل من يصرع، وأن الصبر على بلايا الدنيا يورث الجنة، وأن الأخذ

---

[1] أخرجه أبو داود في **السنن**، كتاب الطب، باب في الأدوية المكروهة، ج 10، ص23، رقم (3874)، وقال الأرناؤوط: صحيح لغيره.

[2] أخرجه مسلم في **صحيح مسلم**، كتاب الإيمان، باب الدليل على دخول طوائف من المسلمين الجنة بغير حساب ولا عذاب، ط1، ج1، ص198، رقم (218).

[3] أخرجه الترمذي في **السنن**، كتاب الطب، باب ما جاء في كراهية الرقية، ط1، ج3، ص573، رقم (2055) وقال حسن صحيح.

[4] الأكحل هو عرق في اليد. انظر: الفيروز آبادي، **القاموس المحيط**، مادة: "أم"، ط8، ج1، ص1052.

[5] أخرجه مسلم في **صحيح مسلم**، كتاب السلام، باب لكل داء دواء واستحباب التداوي، ط1، ج4، ص1730، رقم (2207).

[6] عطاء بن أسلم المكنى بأبي رباح. ولد باليمن عام 27 هـ وتوفي بمكة عام 125 هـ. كان مفتي الحرم بمكة. ولقي مئتين من الصحابة، وحدث عن عائشة وأم سلمة وأبي هريرة وابن عباس وغيرهم. انظر: (ابن سعد، الطبقات الكبرى، ج 2، ص 20- 22).

[7] أخرجه البخاري في **الصحيح**، كتاب المرضى، باب فضل من يصرع من الريح، ط1، ج5، ص2140، رقم (5328).

[8] شهاب الدين أبو الفضل أحمد بن علي العسقلاني ثم المصري الشافعي. ولد بالقاهرة وتوفي فيها (773- 852 هـ). لُقب بشيخ الإسلام وأمير المؤمنين في الحديث. صنف في علوم القرآن، وعلوم الحديث، والفقه، والتاريخ، وغير ذلك. واشتهر بفتح الباري في شرح صحيح البخاري. انظر: (الزركلي، الأعلام، ط 15، ط1، ص 178).

ISSN: 2462-2508

بالشدة أفضل من الأخذ بالرخصة لمن علم من نفسه الطاقة ولم يضعف عن التزام الشدة، وفيه دليل على جواز ترك التداوي"[1]. علماً أن داء الصرع هو من الأمراض التي قد تكون مهلكة تتسبب بالوفاة.

وحديث جابر[2] ﷺ قال: "استأذنت الحمى على رسول الله ﷺوقال: من هذه؟ قالت: أم مِلدم[3].

فأمر بها إلى أهل قباء، فلقوا منها ما يعلم الله فأتوه فشكوا ذلك إليه فقال: ما شئتم؟ إن شئتم دعوت الله فكشفها عنكم وإن شئتم أن تكون لكم طهوراً؟ قالوا: وتفعل يا رسول الله؟ قال: نعم. قالوا: فدعها" [4].

وفي الحديث دلالة واضحة على فضل الصبر على الداء مع إمكان تحقق العافية منه قطعاً لا ظنّاً.

إن تلك الأدلة جعلت مشروعية الامتناع عن المعالجة أمراً مستقراً متأصلاً في الفقه. فجاء في أقوال العلماء:

"الاشتغال بالتداوي لا بأس به إذا اعتقد أن الشافي هو الله تعالى، وأنه جعل الدواء سبباً، أما إذا اعتقد أن الشافي هو الدواء فلا"[5].

ومما يحسن نقله هنا:

...اعلم بأن الأسباب المزيلة للضرر تنقسم إلى مقطوع به كالماء المزيل لضرر العطش، والخبز المزيل لضرر الجوع، وإلى مظنون كالفصد والحجامة وشرب المسهل وسائر الطب، أعني معالجة البرودة بالحرارة ومعالجة الحرارة بالبرودة وهي الأسباب الظاهرة في الطب، وإلى موهوم كالكي والرقية، أما المقطوع به فليس تركه من التوكل بل تركه حرام عند خوف الموت، وأما الموهوم فشرط التوكل تركه، إذ به وصف رسول الله ﷺوآله المتوكلين، وأما الدرجة المتوسطة وهي المظنونة كالمداواة بالأسباب الظاهرة عند الأطباء ففعله ليس مناقضاً للتوكل بخلاف

---

[1] ابن حجر العسقلاني، **فتح الباري**، ط1، ص 121.

[2] جابر بن عبد الله الأنصاري الخزرجي السلمي، صاحب رسول الله ﷺ، شهد بيعة الرضوان، وآخر من شهد العقبة الثانية موتاً. روى علماً كثيراً عن النبي ﷺ وطائفة من الصحابة. توفي سنة 78 هـ. انظر:(الذهبي، سير أعلام النبلاء، ج4، ص 336).

[3] وهو لقب الحمى كما هو واضح من سياق الحديث.

[4] أخرجه أحمد في **المسند**، مسند جابر بن عبد الله، ط1، ج22، ص287، رقم (14393)، تحقيق الأرنؤوط، شعيب، وقال: رجاله رجال الصحيح وفي متنه غرابة.

[5] **الفتاوى الهندية**، د.ط، 354/5.

ISSN: 2462-2508

الموهوم، وتركه ليس محظوراً بخلاف المقطوع به، بل قد يكون أفضل من فعله في بعض الأحوال وفي حق بعض الأشخاص، فهو على درجة بين الدرجتين...[1]

"ولو أن رجلاً ظهر به داء فقال له الطبيب قد غلب عليك الداء فأخرجه فلم يفعل حتى مات لم يكون آثماً لأنه لم يتيقن أن شفاءه فيه"[2].

"والرجل إذا استطلق بطنه أو رمدت عيناه ولم يعالج حتى أضعفه ذلك وأضناه ومات منه لا إثم عليه. فرق بين هذا وبينما إذا جاع ولم يأكل مع القدرة حتى مات حيث يأثم، والفرق أن الأكل مقدار قوته مشبع بيقين فكان تركه إهلاكاً، ولا كذلك المعالجة والتداوي..."[3]

"ترك الدواء أفضل ونصّ عليه، وقدمه في الفروع وغيره، واختار القاضي ابن عقيل، وابن الجوزي وغيرهم: فِعله أفضل، وجزم به في الإفصاح، وقيل: يجب، زاد بعضهم: إنْ ظنّ نفْعُه"[4].

بل وقد أورد الذهبي نقل الإجماع على عدم وجوب التداوي.[5]

والخلاصة تعاضد الأدلة على مشروعية الامتناع عن المعالجة عموماً وكون هذا الأمر مستقراً في الفقه.

المبحث الثاني: حكم المعالجة في المدارس الفقهية

المطلب الأول: أقوال الفقهاء

أولاً: مذهب الأحناف: ذهب الأحناف إلى جواز التداوي مطلقاً. فجاء في الفتاوى الهندية: "الاشتغال بالتداوي لا بأس به، إذا اعتقد أن الشافي هو الله تعالى".[6]

---

[1] ابن تاج الدين الحنفي، **أحكام المرضى**، ط1، ص 355.

[2] ابن تاج الدين الحنفي، **أحكام المرضى**، ط1، ص 355.

[3] **الفتاوى الهندية**، د.ط، ج 5، ص 355.

[4] المرداوي، **الإنصاف**، ط1، باب الجنائز، ج 2، ص 436.

[5] الذهبي، **الطب النبوي**، ط3، ص227.

[6] **الفتاوى الهندية**، د.ط، ج 5، ص 355.

ISSN: 2462-2508

ثانياً: مذهب المالكية: ذهب المالكية إلى الإباحة المطلقة للتداوي. نقل عن الإمام مالك[1]: " أنه يستوي فعله وتركه فإنه قال لا بأس بالتداوي ولا بأس بتركه".[2]

ثالثاً: مذهب الشافعية: ذهب الشافعية إلى سنّيّة المعالجة واستحبابها. قال النووي[3]: "ويسنّ التداوي"[4].

رابعاً: مذهب الحنابلة: ذهب الحنابلة إلى جواز التداوي مع الكراهة، وأن تركها أفضل. قال ابن مفلح: "يباح التداوي وتركه أفضل ... قال في رواية المروزي: العلاج رخصة وتركه درجة أعلى منه"[5]. ويقول ابن تيمية[6]: "ولست أعلم سالفاً أوجب التداوي، وإنما كان كثير من أهل الفضل والمعرفة يفضل تركه تفضّلاً واختياراً لما اختار الله ورضيً به وتسليماً له"[7]. وخلص إلى التفصيل في حكمه فقال: "والتحقيق أن منه ما هو محرم ومنه ما هو مكروه ومنه ما هو مباح؛ ومنه ما هو مستحب وقد يكون منه ما هو واجب وهو ما يعلم أنه يحصل به بقاء النفس لا بغيره كما يجب أكل الميتة عند الضرورة فإنه واجب عند الأئمة الأربعة وجمهور العلماء"[8]. وقول ابن تيمية هذا شبيه لرأي من خالف المذاهب من المعاصرين. ولعلّ فيه رأي وسط بين الأقوال، ملائم لاختلاف الأحوال.

والخلاصة أن حكم التداوي هو الإباحة عند الأحناف والمالكية، والاستحباب عند الشافعية والحنابلة.

---

[1] أبو عبد الله مالك بن أنس بن مالك بن أبي عامر الأصبحي الحميري المدني، ولد في المدينة وتوفي فيها (93-179هـ) فقيه ومحدِّث، وثاني الأئمة الأربعة وصاحب المذهب المالكي في الفقه الإسلامي. اشتُهر بعلمه الغزير وقوة حفظه للحديث. انظر: (الذهبي، سير أعلام النبلاء، ج7، ص 336).

[2] ابن مفلح، **الآداب الشرعية**، ط3، ج 2، ص 359.

[3] أبو زكريا يحيى بن شرف الحزامي النووي الشافعي (631- 676هـ) ينتسب إلى نوى من قرى حوران جنوبي دمشق بسورية. وهو مُحدّث وفقيه ولغوي، وأحد أبرز فُقهاء الشافعية، اشتهر بكتبه وتصانيفه العديدة في الفقه والحديث واللغة والتراجم، كرياض الصالحين والأربعين النووية ومنهاج الطالبين. (الزركلي، الأعلام، ط 15، ج8، ص 149).

[4] الرملي، **نهاية المحتاج إلى شرح المنهاج**، ط3، ج 3، ص 219.

[5] ابن مفلح، **الآداب الشرعية**، ط3، ج 2، ص 358.

[6] تقي الدين أبو العباس أحمد بن عبد الحليم الحراني المشهور باسم ابن تيمية (661 - 728هـ). ولد بحرّان ووفي في دمشق. فقيه ومحدث ومفسر وعالم مجتهد، لقب بشيخ الإسلام. وهو أحد أبرز العلماء المسلمين خلال النصف الثاني من القرن السابع والثلث الأول من القرن الثامن الهجري. انظر: (الزركلي، الأعلام، ط 15، ج1، ص 144).

[7] ابن تيمية، **مجموع فتاوى ابن تيمية**، ط1، ج 21، ص 564.

[8] ابن تيمية، **مجموع فتاوى ابن تيمية**، ط1، ج 18، ص 12.

ISSN: 2462-2508

خامساً: آراء المعاصرين

توصل مجمع الفقه الإسلامي لرابطة العالم الإسلامي في حكم المعالجة إلى القرار التالي[1]:

...الأصل في حكم التداوي أنه مشروع، لما ورد في شأنه في القرآن الكريم والسنة القولية والعملية، ولما فيه من (حفظ النفس) الذي هو أحد المقاصد الكلية من التشريع.

وتختلف أحكام التداوي باختلاف الأحوال والأشخاص:

-فيكون واجباً على الشخص إذا كان تركه يفضي إلى تلف نفسه أو أحد أعضائه أو عجزه، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره، كالأمراض المعدية.

-ويكون مندوباً إذا كان تركه يؤدي إلى ضعف البدن ولا يترتب عليه ما سبق في الحالة الأولى.

-ويكون مباحاً إذا لم يندرج في الحالتين السابقتين .

- ويكون مكروهاً إذا كان بفعل يخاف منه حدوث مضاعفات أشد من العلة المراد إزالتها...

المطلب الثاني: المناقشة والترجيح لحكم المعالجة

يلاحظ أن المذاهب التراثية في جملتها هونت من مسألة إيجاب المعالجة، وهو أمر غير مستغرب نظراً لأخذها بالعزيمة، وعدم تبلور الأنظمة العلاجية في منظومة متكاملة كما هي في واقعنا المعاصر، إذ أصبحت المعالجة جزءاً لا ينفك عن ممارسات الإنسان. ولذلك وفي ضوء مقاصد الشريعة فإنه يترجح لدى الباحث ما ذهب إليه الفقهاء المعاصرون بتردد الحكم على طيف الحكم الشرعي بدرجاته الخمس. وهو قرار قريب مما ورد عن ابن تيمية. وهذا هذا القرار عصارة للاجتهاد الجماعي المعاصر، ويصلح أساساً يبنى عليه جملة من الأحكام العملية التطبيقية المتعلقة بالمعالجة على نحو مفصل.

والملاحظ أيضاً أن الفتاوى سلكت مسلك التعميم في أحكام التداوي ولم تميز حكمها باعتبار المعالَج والمعالِج وأولي، وهو أمر لا بد منه لما يترتب عليه من واجبات.

وبناء على هذه الاعتبارات يخلص البحث إلى الأحكام التالية:

أولاً: المعالجة باعتبار ولي الأمر ومن ينوب عنه

معلوم أن الطب من فروض الكفاية. وفي العرف المعاصر أصبحت الرعاية الصحية في غالب الدول حقاً من حقوق المواطن التي تكفله وتنظمه الدولة. ولذلك فإنه يُستخلص أن حكم المعالجة والتطبيب والاستحياء بشروطه هو الوجوب بحق ولي الأمر، وذلك بأن يُعهد إلى المؤسسات المختصة وأهل الخبرة سنّ

[1] مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد، دورة مؤتمره السابع (جدة، مجلة مجمع الفقه الإسلامي، عدد 7، 1992 م).

ISSN: 2462-2508

القوانين الناظمة للرعاية الصحية وأمور المعالجة، والتي يعتبر الكثير منها محل خلاف وحيرة. وهذه الأمور لا ينبغي أن تبقى مرسلة من غير ضابط. ولا ينبغي أن تترك للطبيب والمريض للبتّ فيها بما من شأنه أن يوافق الصواب أو يجانبه. فهذه المهمة ينبغي أن تكون لها نظم وضوابط تخضع للمؤسسات المهنية بحسب الدولة، كوزارة الصحة أو نقابة الأطباء وغيرها.

ثانياً: حكم المعالجة باعتبار التطبيب (تقديم المعالجة) –أي فيما يتعلق بالطبيب وأعضاء الفريق الطبي

الفق ي:يتفرع حكم المعالجة بحق الطبيب والفريق الطبي إلى ما يلي:

1. وجوب معالجة الأمراض المعدية، والتي تتعلق بحق الغير والإخطار عنها وفق الأنظمة المتبعة.
2. وجوب معالجة من أوشك على الهلاك أو تلف عضو منه مع رجحان كفة النفع على الضرر.
3. يندب له معالجة الأمراض غير المهلكة ولا يتوجب عليه ذلك في حال توفر طبيب آخر يفي بالغرض.
4. يكره له معالجة المريض إن كانت المعالجة تحتمل رجحان الضرر على النفع بذاتها، أو بما يترتب عليها كإثقال كاهل المريض بنفقات من غير طائل.
5. يحرم معالجة المريض من غير إذنه في غير حالات الوجوب آنفة الذكر.
6. يحرم المعالجة بمحرم أو بما رجح ضرره على نفعه مع وجود البديل.
7. يباح للطبيب الامتناع عن معالجة المريض إذا غلب على ظنه عدم جدوى المعالجة.
8. يباح للطبيب معالجة المريض إذا غلب على ظنه عدم جدوى المعالجة وأصرّ المريض أو أولياؤه عليها وتحملوا التبعات المترتبة على ذلك.

ثالثاً: حكم المعالجة باعتبار الطلب (الاستطباب والاستشفاء وطلب التداوي) –أي فيما يتعلق بالمريض ووليه

تأكد مما سبق عرضه مشروعية المعالجة ومشروعية الامتناع عنها بحيث تعتريها الأحكام الخمسة كما يلي:

1. فتكون واجبة على الشخص إذا علم أنه يحصل بها بقاء النفس لا بغيرها، كنقل الدم لمن يهراق دمه؛ أو إذا كان تركها يفضي إلى تلف نفسه أو أحد أعضائه أو عجزه، أو كان المرض يتسبب بضرر الغير، كالأمراض المعدية.
2. وتكون مندوبةً إذا كان تركها يؤدي إلى ضعف البدن ولا يترتب عليه ما سبق في الحالة الأولى
3. وتكون مباحةً إذا لم تندرج في الحالتين السابقتين.

ISSN: 2462-2508

4. وتكون مكروهةً إذا غلب على الظن ترجيحُ ضررها على نفعها، كأن يخشى تسببها بحدوث مضاعفات أشد من العلة المراد إزالتها، أو تضييع للمال وحقوق العيال مع ضآلة أمل الشفاء.
5. وتكون محرمةً إذا كان أصلها غيرَ مباحٍ كالتداوي بمحرم من غير ضرورة مثل الخمر. أو كانت مباحة في ذاتها لكنها استعملت في غرض غير مشروع كعمليات تغيير الخلقة من غير مبرر مشروع.

المطلب الثالث: أحكام الامتناع عن المعالجة

ولتمام الوضوح والفائدة يحسن بسط أحكام الامتناع عن المعالجة التي هي تحصيل ما سبق بسطه كما يلي:

1. يكون حراماً إذا علم أنه يحصل بها بقاء النفس لا بغيرها، أو كان يفضي إلى تلف عضو أو عجز يقصر به عن أداء وظائفه، أو يلحق الضرر بالغير.
2. يكون مكروهاً إذا ترجح نفع المعالجة على ضررها.
3. يكون مباحاً إذا استوى فيه احتمال النفع والضرر ولم ترجح المصالح على المفاسد.
4. ويكون مستحباً إذا كان احتمال النفع ضئيلاً وترتب على المريض ارتكاب محظور كانكشاف العورة، أو التداوي بما فيه شبهة. ولا بد معه من استصحاب التوكل على الله والاعتقاد بأنه سبحانه وتعالى هو الشافي، وأن المعالجة لا تقتصر على المعالجة العصرية بل تتعداها إلى الدعاء وما شابهه مما تمّ بيانه آنفاً.
5. ويكون واجباً إن كانت المعالجة بمحرم من غير عذر مشروع، أو كانت مشروعة ولكن لسبب غير مشروع.

المبحث الثالث: علاقة المريض بالطبيب

المطلب الأول: علاقة المريض بالطبيب فقهياً–عقد الاستطباب

لم ينفرد عقد المريض بالطبيب بعقد مسمّى خاص في الفقه. ومن المعاصرين من سمّاه بالعقد الطبي. ويقترح هذا البحث تسميته بعقد الاستطباب على منوال الاستئجار[1] والاستصناع[2]، فهو أخصّ بالدلالة وأبين للمقصود. ويمكن تكييف عقد الاستطباب بأنه عقد يربط المريض الطبيب وفق عقد إجارة تلزم الطبيب بتقديم منفعة هي تطبيب المريض وتقديم المعالجة اللازمة له موافقاً للعرف والعادة، أي الضوابط التي تقننها الهيئات الطبية. ويكون للطبيب عوض يقتضيه من المريض مباشرة أو عن طريق وسيط (وكيل) كشركة التأمين أو المشفى وما شابه ذلك. وينضبط هذا العقد بالجملة بما ينضبط به عقد الإجارة من شروط وأركان وغيرها..

المطلب الثاني: الإذن الطبي

[1] الاستئجار والإجارة من أجر، عقد معاوضة على تمليك منفعة بعوض. انظر: (الموسوعة الفقهية الكويتية، ج1، ص 252).

[2] الاستصناع من استصنع، عقد على مبيع في الذمة، شرط فيه العمل. انظر: (الموسوعة الفقهية الكويتية، ج3، ص 325).

ISSN: 2462-2508

الإذن في اصطلاحه الفقهي أصلاً هو إباحة التصرف للشخص فيما كان ممنوعاً منه شرعاً لحق غيره.[1] وفي حالة الإذن الطبي هو إباحة المريض للطبيب ومن يمثله بالتصرف ببدنه لتنجيز المعالجة.

وبذلك يقتضي عقد الاستطباب تراضي كلٍ من المريض والطبيب بشأن المعالجة وأوجهها المختلفة. ورضا المريض هذا هو الذي يمكن تكييفه في مصطلح الإذن.

وتتكون أركان الإذن من الآذن وهو المريض أو وليّه، والمأذون له وهو الطبيب وكلاؤه، والمأذون فيه وهي المعالجة بضروبها المختلفة، والصيغة بأنواعها المشروعة من كتابة ولفظ وإشارة وغيرها.

ويشترط في الإذن الطبي أهلية المريض وتتحقق بالبلوغ والعقل، وأن يكون المأذون به مشروعاً ومحدداً.

وهذا الشرط الأخير هو المدخل لمناقشة الإذن المسبَق للمعالجة و"وصية الحياة" ومتعلَّقاتها.

المطلب الثالث: مشتقات الإذن الطبي: الإذن المسبق ، وصية الحياة ، التوكيل الطبي

قد يتقدم المرض أو تحلّ أزمة مرضية بالمريض تمنعه من القدرة على اتخاذ القرار أو القدرة على التواصل.

وتشير الدراسات في الولايات المتحدة أن أكثر من ربع المرضى يتعرضون لمثل هذا الموقف وعندها يقع كل من الأطباء والمرضى وذووهم في حيص بيص، مما قد ينجم عنه تبعات مالية وقانونية لا حصر لها. فمن الأمثل أن يدلي المريض بالإذن المقيد في مسائل محددة حال كونه صحيحاً شحيحاً. ولذلك فقد نشأت في الغرب حلول عملية لهذه المشكلة، سيأتي البحث على التعريف بها ثم الالتفات إلى تكييفها وبيان مشروعيتها.

أولاً: الإذن المسبق **Advance directives**

ترجمة advance directives الحرفية[2] هي "التوجيهات المسبقة". ويمكن الدلالة عليها بـ"الإذن المسبق"، ويقصد به قرار المريض المسبق بشأن أمور معالجته ووكيله في حال فقدان قدرته على إعطاء الإذن. وللمرء طبعاً حرية تغيير الإذن المسبق كيفما شاء حال قدرته. ويقدم أمر المريض على "الإذن المسبق" إن اختلفا.

[1] سلطان العلماء، **أحكام إذن الإنسان في الفقه الإسلامي**، د.ط، ج1، ص37.

[2] انظر: (البعلبكي، **قاموس المورد**، ص 30، 276).

ISSN: 2462-2508

والتكييف الفقهي لهذه المسألة أنها من جنس الإذن الذي يكون اتخاذُه مشروعاً جائزاً.

ويصح الإذن الطبي المسبق بصيغ الإذن المشروعة من كتابة ولفظ وإشارة وغيرها. ويستحب فيها ويتأكد التوثيق مع إشهاد شاهدين قياساً على الوصية، وذلك لعظم شأنه. والعرف المتبع في الغرب قريب من هذا.

ثانياً: وصية الحياة Living will

هي ذات معنى الإذن المسبق لكنها تكون موثقة بالكتابة. ولذلك يصلح أن تسمى ببساطة "وثيقة الإذن المسبق". وتسمى في الغرب باسمها لأنها تشبه الوصية لكنها تنفذ قيد حياة صاحبها، وتتعلق بأمر الحياة.

والوصية شرعاً على العموم هي الأمر بالتصرف بعد الموت، ولذلك "وصية الحياة" تسمية غير دقيقة من الناحية الفقهية. وكما اتضح أعلاه فهي الإذن المسبق في أحكم صيغه الموثقة ويلحق به. ولذلك يكون اسم "وثيقة الإذن المسبق" أصلح لأداء الغرض في كافة الاعتبارات.

ثالثاً: الوكالة الطبية Medical power of attorney

وهي وثيقة يفوض المرء بموجبها شخصاً آخر يكون وكيله proxy باتخاذ القرارات المتعلقة بالمعالجة عند فقد قدرته على اتخاذ القرارات وإعطاء الإذن وذلك لسبب عارض مؤقت كالإغماء، أو سبب مستديم كالسبات. ويقوم الوكيل بالإذن بناء على ما يعلمه من رغبة المريض أو لدن نفسه بما يراه الأصلح لحال المريض. ويمكن تخريج ذلك على الوكالة العامة وما كان من صحّتها في مذهب الحنفية[1] والمالكية[2] والشافعية[3] وقول عند الحنابلة[4]. ويكون إذن الوكيل عندها منوطاً بمصلحة المريض وفق رأي الطبيب والنظم المعمول بها. وحالة النزاع ستبحث في فقرة أخرى إن شاء الله.

---

[1] ابن عابدين، **رد المحتار**، ط2، ج 7، ص 357.

[2] ابن رشد، **بداية المجتهد**، د.ط، ج 2، ص 226 -227.

[3] الرملي، **نهاية المحتاج إلى شرح المنهاج**، ط3، ج 4، ص 14.

[4] ابن مفلح، **الفروع**، ط4، ج4، ص 366.

ISSN: 2462-2508

المطلب الرابع: المصالح الشرعية المعتبرة للإذن المسبق والتوكيل

إن لاتخاذ الإذن المسبق فوائد جمة معتبرة شرعاً، سيبحث أهمها

تجنب فقدان الأهلية التي قد تسقط بعوارض تطرأ على الإنسان فتؤثر على عقله وتفقده البصيرة والإرادة اللازمتين للإذن كتغيّرُ العقل بفعل المرض كالإغماء والسبات، أو بفعل الأدوية، أو ما يعتري المريض من شدة نفسية أو اكتئاب[1] وتأرجح بين الوعي وفقده مما لا يجعله متبصّراً بأمر مرضه، سويّاً لاتخاذ القرار السليم. فقد يدفعه الاكتئاب وتوهم اليأس أو الألم إلى اختيار ترك المعالجة حال كونها ناجعة. أو يدفعه الخوف والتعلق بالدنيا إلى خلاف ذلك. فمن الحكمة أن يتدبّر المرء أمر الإذن المسبق في حال الصحة الجسدية والنفسية وكمال الأهلية، وإن لم يشأ أوكل إلى غيره ذلك.

1- تجنب الإضرار: إذ إن غياب الإذن المسبق قد ينجم عنه تأخير باتخاذ قرار المعالجة من عدمها وهذا مما يترتب عليه مضارّ عديدة منها:

أ. ضياع المال: باستهلاك المصادر الطبية من غير جدوى واستهلاك مال المريض أو مال ذويه أو المال العام من الحكومة أو الهيئات الأخرى كشركات التأمين أو غيرها.

ب. الإضرار بمرضى آخرين بشغل العناية المركزة وجهاز التنفس الاصطناعي (المنفسة) وحرمانه مرضى آخرين شفاؤهم أرجى.

ت. إدخال المزيد من الألم والمعاناة على أهل المريض، وإلقاء الحيرة والأسى مما هم في غنىً عنه. وإلقاء مسؤولية جسيمة على عاتقهم تتعلق بأمر جليل من أمر الحياة والموت[2].

2- تجنب النزاع الذي قد ينجم عن اختلاف وجهات النظر بين أعضاء الفريق الطبي وأولياء المريض. وقد يتفاقم الأمر مما يضطر إلى اللجوء للقضاء.

3- الاستعداد للموت: ويقاس ذلك على الوصية، فمن دواعي حفظ حقوق العباد، والاستعداد ليوم المعاد، أن يعد المرء لمرضه عدته، ويوثق أمر الإذن المسبق لمعالجته أسوةً بوصيّته.

---

[1] الاكتئاب والكآبة depression اعتلال نفسي يعاني فيه الشخص من الحزن والمشاعر السلبية لفترات متباينة، ويتم تشخيصه بتوفر ضوابط محددة معروفة. انظر: (حبيب، **معجم الأمراض وعلاجها**، ط1، ص 53).

[2] Wendler, Rid: *Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others*. Ann Intern Med, 154(5):336.

ISSN: 2462-2508

المطلب الخامس: عجز المريض عن إصدار الإذن

إن حق المريض مصون في ألا يُتَصرّف بجسده إلا بإذنه. لكن قد يطرأ على المريض ما يفقده القدرة على إصدار الإذن كغياب وعيه وما إليه من العوارض الطارئة ولهذا الأمر حالتان:

الحالة الأولى: وهي ليست محل البحث لكن ما من ذكرها بأس لتمام العرض. وهي أن يكون المريض مشرفاً على الهلاك، أو يكون مشرفاً على تلف عضو من أعضائه، وتمكن معالجته واستنقاذه. ومثاله حوادث السيارات أو الحالات الإسعافية الأخرى التي لا يتسع فيها الوقت لانتظار المريض أن يستعيد وعيه، أو لاستئذان وليه. ففي هذه الحالة يجب على الطبيب مباشرة العلاج دون استئذان. وهذا أمر لا يختلف فيه اثنان لجلائه بتعاضد صحيح المنقول وبدهي المعقول.

الحالة الثانية: ألا يكون المريض مشرفاً على الهلاك، لكنه عاجز عن إصدار الإذن. ومثال ذلك مريض في غيبوبة فعندها ينظر إن كان له إذن أو وكيل معيَّن وإلا صار إلى الوليّ.

وفي حال عجز المريض عن إصدار الإذن ولدى غياب الإذن المسبق والوكيل، فإن التصرف بشؤون المريض تؤول إلى أوليائه من العصبات أقربهم فالأقرب على اختلافٍ معروف بين المذاهب[1].

وفي حال تعارض ذلك مع القوانين المحلية المتبعة فيمكن توفيق ذلك فقهاً وتجنب الحرج الشرعي والقانوني بتوكيل شفهي أو كتابة من العصبات أولي الولاية الشرعية لمن له الولاية القانونية أو العكس بما فيه المصلحة. وعند حدوث التنازع فتكون الولاية القانونية مقدمة بحكم الأمر الواقع مع تحمّل الإثم.

المبحث الرابع: الأحكام الفقهية العملية المتعلقة بالامتناع عن المعالجة

المطلب الأول: الأمراض الميؤوس من شفائها

بعكس ما سبق في الأمراض القابلة للشفاء فالأمراض الميؤوس من شفائها هي التي يضمحل الأمل والرجاء من شفائها. ويترجم ذلك من الناحية العملية بأنها الأمراض ذات الإنذار[2] prognosis شديد السوء. ومثالها أدواء السرطان المتقدمة التي لا أمل للمعالجات المتاحة في التأثير فيها.

---

[1] فعند الأحناف والمالكية تتصدر البنوّة ثم الأبوّة ثم الأخوّة، وعند الشافعية فالأبوّة ثم الأخوّة ثم البنوّة ، وعند الحنابلة فالأبوة ثم البنوّة ثم الأخوّة. لمزيد من التفصيل انظر: (الموسوعة الفقهية الكويتية، ترتيب الأولياء ط2، ج 41، ص275- 280).

[2] الإنذار أو المآل مصطلح طبي يعني التقدير الظني المحتمل لمآل حالة مرضية outcome معينة من تحسن أو سوء، بناء على المعطيات العلمية المتوفرة. انظر: (المعجم الطبي الموحد، ط4، ص 1689).

ISSN: 2462-2508

والحكم الشرعي لمعالجة الأمراض اليائسة يتوقف على نوعيتها. ويخضع تقرير هذا الحكم للقواعد الشرعية المذكورة آنفاً بما تترجح فيه المصالح والمفاسد، فما كان فيه نفع للمريض من تسكين الألم والعناية التمريضية التي تحفظ كرامة المريض فهو الواجب، أما ما كان من شأنه ضياع المال أملاً في تحصيل موهوم، أو أنه يزيد ألم المريض ومعاناته ومعاناة أهله فحكمه نقيض الأول، إذ يكون مكروهاً وقد يتجاوزه إلى الحرمة.

وسوف يذكر فيما يلي أهم أوجه المصلحة والمفسدة التي لا بد من أخذها بعين الاعتبار في تقرير الحكم الشرعي لمعالجات الأمراض اليائسة والامتناع عنها، ثم ما يشيع من المعالجات ليتضح حكم ومكان كلٍ منها في الأمراض اليائسة.

المطلب الثاني: أوجه المصلحة والمفسدة في معالجة الأمراض الميؤوس من شفائها

أولاً: التبعات المالية

حيث يبلغ إجمالي الإنفاق الفيدرالي للولايات المتحدة الأمريكية على الرعاية الصحية نحو 18 في المائة من الناتج الوطني. وفي عام 2011، بلغ إنفاق برنامج ال "ميديكير[1]" Medicare على الرعاية الطبية ما يقرب من 554 مليار دولار، أي ما يعادل 21 في المائة من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة في ذلك العام. ومن أصل 554 بليون دولار، أنفق برنامج ميديكير 28 في المائة، أي حوالي 170 مليار دولار، على الأشهر الستة الأخيرة من حياة المرضى.[2] وهذا يعكس حجم التكاليف الباهظة التي تئن لها أقوى الدول اقتصادياً. وفي عام 2008، بلغت نفقات الأطباء والمشافي 50 مليار دولاراً على مرحلة آخر شهرين من حياة المرضى. والطريف في ذلك أن هذا المبلغ يفوق ميزانية وزارتي التربية والأمن القومي مجتمعتين.

وتعد التكاليف الطبية السبب الأول للإفلاس تقرب من 17% من مجمل حالات الإفلاس.[3]

ثانياً: معاناة المرضى

[1] البرنامج الفيدرالي الأمريكي للتأمين الصحي.

[2] Moore, Pasternak: *KHN Morning Briefing, End-Of-Life Care: A Challenge In Terms Of Costs And Quality*, (June 4, 2013).

[3] Dranove, Millenson: *Medical bankruptcy: myth versus fact*, Health Aff Millwood, 25(2).

ISSN: 2462-2508

تترافق السنة الأخيرة من حياة كثير من المرضى بعوارض كثيرة من الألم والمعاناة. فوفقاً لإحدى الدراسات[1]، يتصدّر الألم تلكم الأعراض في أكثر 60% من المرضى، والاكتئاب بما يزيد على 40% من المرضى، والارتباك (تبدل الوعي) في 30% من المرضى. وغير هذه الأعراض الكثير، ناهيك عن التأثيرات الجانبية والاختلاطات التي قد ترافق أصناف المعالجات المختلفة. فلا بد من اعتبار هذه الأمور في معادلة ترجيح المصالح والمفاسد للعملية العلاجية.

ثالثاً: معاناة ذوي المرضى

مما لا يخفى أن مرض المريض يلقي بظلاله على من حوله ويلحق بهم الأعباء النفسية والجسدية والمالية. ولا بد من أخذ هذا الأمر بعين الاعتبار خصوصاً إن كانت معالجة المرض غير ذات جدوى، بل كونها قد تلحق الضرر بأهل المريض باستنزاف مواردهم المالية وإلجائهم للاقتراض من غير نفع يرجى.

رابعاً: نوعية أو جودة المعيشة **Quality of life**

وهو مفهوم غربي شائع في أدبيات علم الاجتماع والأخلاق، وينظر إلى المريض بشكل شامل من حيث نوعية الحياة التي يعيشها. وتعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه "انطباع الأفراد عن مكانتهم من الحياة في السياق الثقافي والقِيَمي التي يعيشون من خلالها وبما يتعلق بأهدافهم وتطلعاتهم وقيمهم واهتماماتهم. وهو مفهوم واسع الطيف يتأثر بجوانب معقدة بالصحة الجسدية والحالة النفسية، ودرجة الاستقلالية، والعلاقات الاجتماعية، والاعتقادات الشخصية، وعلاقة ذلك كله بالبيئة المحيطة".[2]

فهذا المفهوم هو تحقيق للموازنات والمآلات من حيث السلامة والسقامة وغلبة إحداهما على الأخرى، وما ينتج عنه من عيش المريض عيشاً حميداً يتزود به لآخرته، أو تنقطع به أعماله، ومنه يتعلق سقوط التكليف. فكثير من الأمراض الانتهائية تتعلق بأذيات الدماغ، والتي يزول بها عقل المريض بصفة ينتفي معها التكليف. وهذا من أهم العوامل التي لا بد من اعتبارها في معادلة المصالح والمفاسد المترتبة على المضي في المعالجة أو الامتناع عنها.

المطلب الثالث: مسألة الإنعاش

---

[1] Singer et al: *Symptom Trends in the Last Year of Life From 1998 to 2010: A Cohort Study SHS*, Ann Intern Med, 162(3): 175–183.

[2] مترجم بتصرف عن منظمة الصحة العالمية

Measuring Quality of Life, Programme on Mental Health,
http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en

ISSN: 2462-2508

الإنعاش[1] هو جملة من الإجراءات العملية الإسعافية التي تجرى بغرض إنقاذ حياة مريض فاقد للوعي. ومنها الإنعاش القلبي الرئوي(cardiopulmonary resuscitation (CPR وهو من أساسيات الإجراءات العلاجية الإسعافية التي تطبق على من تعرض لتوقف مفاجئ للقلب أو التنفس cardiopulmonary arrest[2]. وكما يظهر من التسمية فإنها تشتمل على شقٍّ يتعلق بوظيفة القلب وآخر بالتنفس. أما الشق المتعلق بالقلب فيكون بضغط الصدر يدوياً chest compression بهدف ضخ الدم. ومن الصور الأخرى المرتبطة بالإنعاش هو تطبيق الصدمة الكهربائية لصدر المريض بوساطة جهاز خاص يسمى بنازع الرجفان defibrillator والتي أصبحت متوفرة في الأماكن العامة وستكون في متناول الجميع. وأما الشق المتعلق بالتنفس فهو القيام بالتنفس في فم المريض أو من خلال أنبوب يصل إلى رئتيه من خلال إجراء هو ما يسمى بالتنبيب intubation.

وإذا نجحت هذه الإجراءات الأولية، وتوفرت الوسائل، فقد يتبعها وضع المريض على جهاز التنفس الاصطناعي ventilator، وتطبيق المعالجات بمختلف أنواعها من عقاقير لإبقاء وظائف الأعضاء متوازنة قدر المستطاع إلى أن يزول سبب الداء ويتعافى الجسد. وعادة ما يكون ذلك في بيئة تضمن توفير هذه الوسائل ابتداء بسيارة الإسعاف وانتهاء بقسم العناية المشددة. هذه الأجهزة والأدوية هي ما يطلق عليه وسائل الإنعاش أو الوسائل الداعمة للحياة life support measures.

إن تجاوز الحالة التي أدت إلى التوقف القلبي الرئوي والانفصام عن وسائل الإنعاش يتعلق بحالة المريض الأساسية قبل أن تطرأ أزمة التوقف القلبي الرئوي، ثم المستجدات الطارئة عليها. وهذا ما تتم محاولته من خلال ما يسمى بالإنذار prognosis. ويجدر التنبيه أن أهم ما في موضوع الإنعاش برمّته هو صيانة الدماغ عن التلف، إذ أن توقف القلب والتنفس يؤدي إلى انقطاع الأكسجين عن الدماغ، وكلما طالت مدة الانقطاع، كلما كانت الأذية والتلف اللاحق بالدماغ أكبر. ولذلك فلا بد من مناقشة الحكم الشرعي المتعلق بالإنعاش من حيث الشروع به ابتداءً، ثم من حيث استمراره ومواصلته.

[1] انظر صفحة 6 لمزيد من التفصيل.

[2] Thyegerson: *Advanced First Aid, CPR, and AED.* Jones & Bartlett Learning; 7 edition (May 9, 2016).

ISSN: 2462-2508

أولاً: حكم الأمر بعدم بدء أو محاولة الإنعاش **Orders Not to Attempt Resuscitation (DNAR)**[1] وتشتهر هذه المسألة ب DNR –الأمر بعدم الإنعاش. وتعني تقرير الفريق الطبي، أو إصدار الأمر مقدماً من قبل المريض أو وكيله بعدم الشروع بالقيام بعملية الإنعاش أصلاً وابتداءً.

وعادة ما يشار لذلك في سجلات المريض بما يتيح لأعضاء الفريق الطبي معرفة قرار المريض أو وكيله والانصياع لذلك[2].

ولا يخفى أن الإنعاش هو لون من ألوان المعالجة وتسري عليه أحكامها التي فصل البحث فيها آنفاً. ولا بد حين النظر في الحكم أن يستصحب حال المريض وإنذار المرض، إذ بهما يتم موازنة المصالح والمفاسد وترجيح وجه من الأحكام على ما سواه. ويحسن في هذا المقام سوق الفتوى التالية لما فيها من فوائد جمّة ثم التعقيب بما يفي بالجوانب العملية للمسألة.

جاء في قرار اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية [3]...

أولاً : إذا وصل المريض إلى المستشفى وهو متوفى فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

ثانياً : إذا كانت حالة المريض غير صالحة للإنعاش بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات لا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

ثالثاً: إذا كان المرض مستعصياً غير قابل للعلاج، وأن الموت محقق بشهادة ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

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

---

[1] وهو المصطلح الأحدث المختار من الجمعية الطبية الأمريكية AMA.

[2] American Medical Association: *Code of Medical Ethics of the American Medical Association*, 1st Edition.

[3] فتاوى اللجنة الدائمة للبحوث والإفتاء بالمملكة العربية السعودية–الفتاوى المتعلقة بالطب وأحكام المرضى، فتوى رقم 12086، ص 322–324.

ISSN: 2462-2508

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

سادساً: 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 أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها لكون ذلك ليس من اختصاصهم...

ويمكن إيجاز الأحكام المتعلقة بهذه المسألة فيما يلي:

1. يشرع للمريض أن يختار إصدار الإذن المسبق ب DNR ويفوض الطبيب باختيار الأصلح لحاله في ضوء ترجيح المصالح والمفاسد العامة للحالة الصحية للمريض.
2. إذا لم يعرف حال المريض وطبيعة مرضه (كمن أغمي عليه في مكان عام) فيتوجب الشروع في إنعاشه لدفع الخطر عنه، وبقاء الحكم على الأحوط بما يحفظ الحياة. ويكون الحكم بحق المجتمع واجباً كفائياً، ويزداد وجوباً ويتعين في حق الطبيب والقادر عليه، ويتعلق به المسؤولية الشرعية والقضائية[1].
3. إذا كان المريض قد أصدر الإذن المسبق ب DNR، فلا بد من الأخذ به إلا إذا ظن الطبيب أن مصلحة المريض تقتضي ذلك. ومثاله أن يكون المرض اليائس مستقراً وسبب توقف القلب الرئوي عابراً مستقلاً عن المرض الأصلي وكان احتمال الشفاء راجحاً. وإن أجاب المريض إلى رغبته فلا حرج عليه.
4. إذا لم يكن المريض قد أصدر إذناً مسبقاً فيؤول الأمر إلى وكيله إن سنحت الظروف لذلك، وإلا فإنه يصار إلى رأي الطبيب بحسب اللوائح المعمول بها. وإن كانت تقتضي إعمال رأيه فيصار على الأحوط بإجراء الإنعاش إلا إذا قرر ثلاثة أطباء أن الإنعاش سيكون عقيماً futile.
5. إذا اختلف وكيل المريض والطبيب حال غياب إذن المريض فيصار إلى رأي الوكيل إن تحمل التبعات المالية، وإلا يصار إلى رأي الطبيب وعندها تؤول المسألة إلى الحالة الآنفة الذكر.

ثانياً: حكم إيقاف الوسائل الداعمة للحياة (أجهزة الإنعاش)

[1] أبو زهرة، **مسؤولية الأطباء**، مجلة لواء الإسلام، ع12، ص53.

ISSN: 2462-2508

يقصد بذلك الوسائل العلاجية التي تستخدم للحفاظ على الوظائف الحيوية للمريض، وتختلف بحسب حالة المريض ومنها "المنفسة" أو جهاز التنفس الاصطناعي، وأجهزة تنظيم عمل القلب، وعملية غسل الكلية، والمستحضرات الدوائية التي تحافظ على استقرار القلب والدوران بما يضمن استمرار وظائف البدن.

والمسألة هنا تتعلق بإيقاف الوسائل الداعمة أو المساندة للحياة وليس ببدئها كما في المسألة آنفة الذكر. ويحتمل ذلك في الواقع العملي إذا وصل المريض إلى مرحلة تعتبر معها الأجهزة الداعمة للحياة عقيمة futile. وفي هذه الحالة يكون حكم المعالجة في حق الطبيب غير واجب، بل يكون مكروهاً إن كانت المعالجات مظنة لإيلام المريض أو إضاعة المال والموارد من غير طائل. وفي حق ولي الأمر لا تكون المعالجة واجبة بل مكروهة للعلة السابقة. وتزداد الكراهة وقد تصل درجة الحرمة إن كان هناك مريض آخر بحاجة إلى غرفة العناية المشددة أو الأجهزة الداعمة للحياة (كالمنفسة مثلاً) مع غلبة الظن بأن هذا المريض الآخر يرجى نفعه. وأما في حكم ولي المريض فأقصى ما يمكن قوله إن المعالجة مباحة. فإن كان هناك توافق بين الفريق الطبي ووكيل المريض بإيقاف المعالجة فقد قضي الأمر. وإن كان هناك اختلاف بين وجهة نظر الفريق الطبي من جهة والمريض ووكيله أو وليه من جهة أخرى فيصار إلى رأي الفريق الطبي مع بعض التحفظات الإجرائية. ومرة أخرى يحسن استحضار ما جاء في الفتوى السالفة[1]:

"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 أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها لكون ذلك ليس من اختصاصهم".

ومن حيث المبدأ يتفق البحث مع الحكم السابق مع شيء من التفصيل والإضافة. فينبغي الإشارة إلى ضرورة كون الأطباء من ذوي الخبرة في هذا المجال، كأن يكون أحدهم من اختصاص الأمراض العصبية، وثانيهم من اختصاص العناية المشددة، وثالثهم مستقل. وهذا الأمر ميسورا من الناحية العملية.

ثم إنه لا بد من الإشارة إلى ضرورة من اللجوء إلى آليات لفض النزاع بين الطبيب والمريض وفريق كلٍ منهما، بحيث تتولى لجنة أخلاقية مستقلة التأكد من صحة التشخيص، وصحة المعالجة، ودقة الإنذار، والسلامة من الأخطاء الطبية التي ينتفي بها الضمان عن الطبيب، وكذلك انتفاء تضارب المصالح.

المطلب الرابع: التغذية والإماهة الاصطناعية Artificial nutrition and hydration (ANH)

أولاً: معنى التغذية الاصطناعية

[1] فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. لمزيد من التفصيل، انظر: ص 21–22 من هذا البحث.

ISSN: 2462-2508

يقصد بالتغذية الاصطناعية الوسائل العلاجية التي يتم بواسطتها إيصال المواد الغذائية لجسم المريض العاجز عن تناول الطعام من طريقه الطبيعي المعتاد أي الفم، وبآليته الفيزيولوجية الطبيعية وهي البلع. والإماهة هي إيصال السوائل تحديداً. وقد تكون بالطريق الهضمي عبر الأنبوب الأنفي المِعدي أو الأنبوب المعدي النافذ لجدار البطن. وقد تكون بالطريق الوريدي حيث تمرر السوائل والأغذية عبر قُنيّة في الوريد.

والأصل في التغذية الاصطناعية أن تكون مؤقتة عارضة إلى حين زوال المانع من التغذية الطبيعية، لكن أصبح من المعتاد الاعتماد عليها إلى فترات طويلة قد تمتد إلى سنوات، وهنا تكمن المشكلة.

وتختلف التغذية الاصطناعية عن التناول الطبيعي للطعام من وجوه عدة. فالغرض من الأولى تأمين الطاقة اللازمة للمريض بينما يتعدى تناول الطعام في حالاته الطبيعية إلى ما وراء ذلك من اللذة والمتعة الحاصلة للشم والنظر والتذوق والإحساس بالشبع، والأنس بالصحبة وغيرها. بل وإن التغذية الاصطناعية قد تكون مصدر إزعاج للمريض بسبب الأنبوب الذي يقتحم أنفه أو يخترق بطنه. فلا مكان للتسوية بين التغذية الاصطناعية بالطبيعية.

وتتطلب التغذية الاصطناعية خضوع المريض لإجراء وضع وسيلة التغذية، والتي تكون بحد ذاتها عملية لا تخلو من الإيذاء والإيلام بما يرتبط بذلك من إمكان الاختلاطات والتأثيرات الجانبية للتداخل الجراحي.

ومن أهم دواعي الإصرار على وسائل التغذية والإماهة الاصطناعية المقاصدُ غير الطبية، كالإحساس بالشفقة على المريض والشعور بأداء الواجب تجاهه من حيث الوفاء بحقه في التغذية، والحيلولة دون وقوعه في الظمأ والمسغبة وما ينتج عن ذلك من ألم ومعاناة. ولذلك فلا بد من التأكيد أن معظم المرضى المحتضرين لا يحسون بالجوع أو العطش، أو أن ذلك يكون مؤقتاً، وليس من فعالية للسوائل الوريدية في منع العطش ولا الجوع.[1]–[2]. والحق أن المريض عندما يتوقف عن تناول الطعام فمرده إلى عدم قدرة الجسم على معاملة الطعام. ووسائل التغذية الاصطناعية قد تسبب تأثيرات جانبية كالغثيان وانتفاخ البطن والإسهال.

ثانياً: حكم الامتناع عن التغذية والإماهة الاصطناعية

يتبين مما سبق أن التغذية والإماهة الاصطناعية إنما هي من وسائل المعالجة التي تترتب عليها جملة من المصالح والمفاسد. والحكم عليها لا ينبغي أن يكون مجرداً معزولاً عن حالة المريض العامة. وينطبق عليها إذن ما

[1] McCann, Hall, Groth-Juncker: *Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration*, JAMA, 272(16):1263-6.

[2] **Musgrave, Bartal, Opstad: *The sensation of thirst in dying patients receiving i.v. hydration*, J Palliat Care, 11(4):17-21.**

ISSN: 2462-2508

قيل آنفاً بشأن ألوان المعالجة الأخرى من أحكام؛ ومنه جواز الامتناع عنها، سواءً شروعاً أو إيقافاً، إن كانت غير مجدية. وينبغي التأكيد أن عدم ابتدائها أساساً في الأمراض الميؤوس منها خير وأيسر من سحبها وإيقافها بعد بدئها، والدفع أقوى من الرفع. وينبغي التأكيد على معالجة أي أعراض يعاني منها المحتضر من آلام ومعاناة باللجوء إلى المعالجة التلطيفية والتي تأخذ حكم الوجوب حال الاستطاعة.

الخاتمة وأهم النتائج

أولاً: نتائج البحث

1. يستوعب حكم كل من المعالجة أو الامتناع عنها الأحكام الخمسة وفق اعتبار ترجح الضرر والمصلحة.
2. يمكن تكييف علاقة المريض بالطبيب بعقد مستحدث هو عقد الاستطباب، والذي يقتضي رضا المتعاقدين والذي يصدر عنه الإذن الطبي. ومن باب الإذن الطبي يمكن تخريج المفهوم الغربي للموافقة والإذن المسبق ووصية الحياة والوكالة الطبية، والتي لها مصالح شرعية معتبرة تجعل استخدامها سائغاً مشروعاً.
3. إن الأمر بعدم بدء محاولة الإنعاش (DNR) أمر معتبر يتم تخريجه على الإذن الطبي.
4. لا حرج في إيقاف الوسائل المساندة للحياة إذا وصل المريض إلى مرحلة تعتبر معها تلك الوسائل عقيمة.
5. التغذية والإماهة الاصطناعية هي من وسائل المعالجة التي تترتب عليها جملة من المصالح والمفاسد. وتسري عليها أحكام المعالجة العامة من جواز الامتناع عنها، سواءً شروعاً أو إيقافاً إن كانت غير مجدية.

ثانياً: التوصيات

1- تزويد الأطباء بدليل موسع لضوابط ممارسة الطب من الناحية الشرعية.

2- إدراج بحث النوازل الطبية، وخصوصاً المتعلقة بنهاية الحياة، في كتب الفقه المتداولة في المدارس الشرعية.

3- النصح للأفراد بتضمين الوصية مسائل الإذن الطبي للمسائل المتعلقة بالأمراض اليائسة، ونهاية الحياة.

4- تكوين منتدى فقهي يضم فقهاء الأطباء لبحث المسائل المتعلقة بالشؤون الطبية.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

[1] البخاري، أبو عبد الله محمد بن إسماعيل، **صحيح البخاري (الجامع المسند الصحيح المختصر من أمور رسول الله ﷺ وسننه وأيامه)**، ط1، (دمشق، دار ابن كثير، 2002م).

[2] البعلبكي، منير، **قاموس المورد**، ط32، (بيروت، دار العلم للملايين، 1998م)

ISSN: 2462-2508

[3] ابن تاج الدين الحنفي، أحمد بن إبراهيم بن خليل، **أحكام المرضى**، تحقيق البلخي، ط1، (الكويت، وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، 1997م).

[4] الترمذي، أبو عيس محمد بن عيسى، **سنن الترمذي (الجامع الكبير)**، تحقيق بشار عواد معروف، ط1، (بيروت، دار الغرب الإسلامي، 1996م).

[5] ابن تيمية، تقي الدين، **مجموع الفتاوى ابن تيمية**، ط1، (السعودية، مجمع الملك فهد، 1995م).

[6] حبيب، زينب منصور، **معجم الأمراض وعلاجها**، ط1، (عمان، دار أسامة، 2009)

[7] أبو حبيب، سعدي، **القاموس الفقهي**، ط2، (دمشق، دار الفكر، 1988م).

[8] ابن حنبل، أبو عبد الله أحمد بن محمد، **مسند الإمام أحمد**، تحقيق شعيب الأرنؤوط، ط1، (بيروت، مؤسسة الرسالة، 1993م).

[9] أبو داود، سليمان بن الأشعث الأزدي السجستاني، **سنن أبي داود**، تحقيق شعيب الأرنؤوط، ط1، (بيروت، مؤسسة الرسالة، 2009م).

[10] الدورة العاشرة للمجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي (مكة المكرمة، 1988 م).

[11] الدورة الثانية والعشرون للمجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي (مكة المكرمة، 2015 م).

[12] الدورة العادية الحادية عشرة للمجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث، مقر الرابطة الإسلامية بالسويد، البيان الختامي، (ستوكهولم، 2003 م).

[13] الذهبي، شمس الدين أبو عبد الله محمد بن أحمد بن عثمان، **الطب النبوي**، تحقيق أحمد رفعت البدراوي، ط3، (بيروت، دار إحياء العلوم، 1990م).

[14] الرملي، محمد بن أبي العباس أحمد بن حمزة بن شهاب الدين، **نهاية المحتاج إلى شرح المنهاج**، ط3، (القاهرة، دار الكتب العلمية،2003)

[15] الزبيدي، محمد بن محمد بن عبد الرزاق المرتضى، **تاج العروس من جواهر القاموس**، ط1 (بيروت، دار الفكر، 1994م).

ISSN: 2462-2508

[16] الزركلي، خير الدين، **الأعلام قاموس تراجم لأشهر الرجال من العرب والمستعربين والمستشرقين**، ط15، (بيروت، دار العلم للملايين، 2002 م)

[17] أبو زهرة، محمد، **مسئولية الأطباء**، مجلة لواء الإسلام، العدد 12، السنة 20.

[18] الذهبي، أبو عبد الله شمس الدين محمد، **سير أعلام النبلاء**، تحقيق شعيب الأرنؤوط وآخرون، ط3، (القاهرة، مؤسسة الرسالة، 1985).

[19] ابن سعد، أبو عبد الله محمد، **الطبقات الكبرى**، تحقيق محمد عطا، ط1، (بيروت، دار الكتب العلمية، 1990 م).

[20] سلطان العلماء، محمد عبد الرحيم بن محمد علي، **أحكام إذن الإنسان في الفقه الإسلامي**، ط1، 37/1 (عمان، دار البشائر، 1996).

[21] ابن عابدين، محمد أمين بن عمر بن عبد العزيز عابدين الدمشقي الحنفي، **رد المحتار على الدر المختار (المسمى بحاشية ابن عابدين)**، ط2، (بيروت، دار الفكر، 1992م).

[22] العسقلاني، أبو الفضل شهاب الدين أحمد ابن حجر، **فتح الباري شرح صحيح البخاري**، ط1، (الرياض، دار الكتب السلفية، د.ت).

[23] عمر، أحمد مختار، **معجم اللغة العربية المعاصرة**، ط1، (القاهرة، عالم الكتب، 2008 م).

[24] الغزالي، أبو حامد محمد بن محمد، **إحياء علوم الدين**، د.ط، (بيروت، دار المعرفة، دت).

[25] ابن فارس، أبو الحسين أحمد، **معجم مقاييس اللغة**، تحقيق عبد السلام محمد هارون، د.ط، (بيروت، دار الفكر، 1979م).

[26] **فتاوى اللجنة الدائمة للبحوث والإفتاء** بالمملكة العربية السعودية، الفتاوى المتعلقة بالطب وأحكام المرضى، فتوى رقم 12086، ص 322-324. (السعودية، الرئاسة العامة للبحوث والإفتاء).

[27] **الفتاوى الهندية**، جمع لجنة برئاسة نظام الدين البلخي، د.ط، (بيروت، دار الفكر، 1892م).

ISSN: 2462-2508

[28] الفيروز آبادي، مجد الدين محمد بن يعقوب، **القاموس المحيط**، تحقيق محمد نعيم العرقسوسي، ط8، (بيروت، مؤسسة الرسالة، 2005م).

[29] ابن قيّم الجوزية، أبو عبد الله محمد بن أب بكر بن أيوب، **الداء والدواء**، تحقيق محمد أجمل الإصلاحي وزائد بن أحمد النشيري، ط1 (جدة، مجمع الفقه الإسلامي، 2008 م).

[30] مجلس مجمع الفقه الإسلامي المنعقد في دورة مؤتمره السابع (جدة، مجلة مجمع الفقه الإسلامي، عدد 7، 1992 م).

[31] مجمع اللغة العربية، **المعجم الوسيط**، ط4، (القاهرة، مكتبة الشروق الدولية، 2004م).

[32] مسلم، **صحيح مسلم**، تحقيق نظر بن محمد الفاريابي، ط1، (الرياض، دار طيبة، 2006م).

[33] ابن مفلح، أبي عبد الله محمد المقدسي، **الفروع**، ط4، (الرياض، عالم الكتب، 1985م).

[34] ابن مفلح، أبي عبد الله محمد المقدسي، **الآداب الشرعية**، تحقيق شعيب الأرنؤوط وعمر القيام، ط3، (بيروت، مؤسسة الرسالة،1999م).

[35] مؤتمر الفقه الإسلامي الثاني، **قضايا طبية معاصرة** (السعودية، وزارة التعليم العالي جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، السجل العلمي، المجلد الرابع، 2011 م).

[36] منظمة الصحة العالمية – **المعجم الطبي الموحد**، ط4، (لبنان، ناشرون، 2009).

[37] الموسوعة الطبية الكويتية، ط2، (الكويت، وزلرة الأوقاف، 1983م)

[38] الندوة الفقهية السادسة عشرة لمجمع الفقه الإسلامي بالهند (مديرية أعظم جراه، 2007 م).

المراجع الإنجليزية

[1] Adam E. Singer, MPhil; Daniella Meeker, PhD, MS; Joan M. Teno, MD, MS; Joanne Lynn, MD, MA, MS; June R. Lunney, PhD, RN; Karl A. Lorenz, MD, MSHS: *Symptom Trends in the Last Year of Life From 1998 to 2010: A Cohort Study*, 162(3): 175–183, Ann Intern Med, 3 February 2015).

[2] American Medical Association: *Code of Medical Ethics of the American Medical Association*, 1st Edition, (USA, 2016).

[3] Bernat J: *Ethical and Legal Issues in Neurology- The definition and criterion of death,* Chapter 33, (USA, Elsevier, 2014).

[4] Dranove D1, Millenson ML: *Medical bankruptcy: myth versus fact*, 25(2), (USA: Health Aff (Millwood), Mar-Apr 2006).

[5] Francesco Riganello et al: *Pain Perception in Unresponsive Wakefulness Syndrome May Challenge the Interruption of Artificial Nutrition and Hydration*, 7: 202, (USA: Neuroethics in Action, Front Neurol, 2016).

[6] Moore, Pasternak: *KHN Morning Briefing, End-Of-Life Care: A Challenge In Terms Of Costs And Quality*, (USA: June 4, 2013).

[7] Musgrave CF, Bartal N, Opstad J: *The sensation of thirst in dying patients receiving i.v. hydration*, 11(4):17-21, (USA: J Palliat Care. Winter 1995).

[8] Panksepp J, Fuchs T, Garcia VA, Lesiak A: *Does any aspect of mind survive brain damage that typically leads to a persistent vegetative state? Ethical considerations*, 2: 32, Philos Ethics Humanit Med, Dec 17, 2007.

[9] Thyegerson: *Advanced First Aid, CPR, and AED*. 7 edition, Jones & Bartlett Learning;,May 9, 2016.

[10] Wendler D, Rid A: *Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others*, 154(5):336, Ann Intern Med, 2011.

[11] Wijdicks EF, Hijdra A, Young GB, Bassetti CL, Wiebe S: *Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: prediction of outcome in comatose survivors after cardiopulmonary resuscitation (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*, 67(2):203, (USA: Neurology. 2006).

[12] World Health Organization: *Measuring Quality of Life, Programme on Mental Health*, (Switzerland, Geneva, 2017).