

التداوي قرب نهاية الحياة والإنعاش القلبي الرئوي

د. محمد علي البار

استشاري الأمراض الباطنية

مدير مركز أخلاقيات الطب بالمركز الطبي الدولي بجدة

خبير بالمجامع الفقهية

بحث مقدم الدورة الحادية والعشرون

للمجمع الفقهي الاسلامي المنعقدة

رابطة العالم الاسلامي في مكة المكرمة - سنة 1434هـ

الحمد لله (الذي خلق الموت والحياة ليلوكم أيكم أحسن عملاً وهو العزيز الغفور)¹ فسبحان من تفرد بالبقاء وكتب على جميع مخلوقاته الموت حتى الأفلاك تموت .. حتى الشمس تموت ولها عمر محدود مهما طال وحسب بمئات الملايين من السنين .. وبعض المخلوقات مثل البكتريا عمرها ساعة أو بضعة ساعات ، وبعضها عمرها يوم أو بعض يوم مثل ذبابة مايو .. ومنها ما يصل إلى مئات السنين مثل بعض الأشجار المعمرة .. ومنها الملائكة والتي تعيش منذ أن خلقها الله إلى أن يحين أجلها .. وملك الموت آخرها موتاً. وإبليس اللعين طلب من ربه البقاء إلى يوم يبعثون (قال رب فأنظرني إلى يوم يبعثون. قال فإنك من المنظرين إلى يوم الوقت المعلوم)².

والصلاة والسلام على خيرته من خلقه وصفية من إنسه وجنّه محمد صلى الله عليه وآله وسلم الذي خاطبه ربه فقال : (إنك ميت وإنهم ميتون ثم إنكم يوم القيامة عند ربكم تختصمون)³ . وقال سبحانه وتعالى لأتباعه يوم أحد عندما انهزموا وشاع في الناس أن محمداً قد قتل (وما محمد إلا رسول قد خلت من قبله من الرسل أفان مات أو قتل انقلبتم على أعقابكم ، ومن ينقلب على عقبيه فلن يضر الله وسيجزى الله الشاكرين)⁴.

وعندما مات الرسول ﷺ بهت الصحابة وأنكر عمر رضي الله عنه موت النبي وقال إن محمداً ذهب للقاء ربه وسيعود مثلما عاد موسى ، ورفع سيفه ، ولكن الصديق رضي الله عنه وأرضاه ثبت وخطب الناس وقال من كان يعبد محمداً فإن محمداً قد مات ومن كان يعبد الله فإن الله حي لا يموت ثم تلا قوله تعالى : (وما محمد إلا رسول قد خلت من قبله الرسل أفان مات أو قتل انقلبتم على أعقابكم) الآية. فكانهم يسمعونها لأول مرة فتأبوا إلى رشدهم مع شدة مصابهم والمهم.

ولا مهرب لأحد من الموت (أينما تكونوا يدرككم الموت ولو كنتم في بروج مشيدة)⁵. وقال تعالى : (قل فادروا عن أنفسكم الموت إن كنتم صادقين)⁶.

¹ (سورة الملك : آية رقم 2 .

² (سورة ص : الأيتان رقم 79 ، 80 .

³ (سورة الزمر : الأيتان رقم 30 ، 31 .

⁴ (سورة آل عمران : آية رقم 44 .

⁵ (سورة النساء : آية رقم 78 .

⁶ (سورة آل عمران : آية رقم 168 .

والناس عادة يحبون الحياة ويكرهون الموت .. وأشدّهم حبّاً للحياة وبغضاً للموت اليهود والذين أشركوا. قال تعالى : (قل يا أيها الذين هادوا إن زعمتم أنكم أولياء لله من دون الناس فتمنوا الموت إن كنتم صادقين. ولا يتمنونه أبداً بما قدّمتم أيديهم والله عليم بالظالمين)⁷ . وقال سبحانه عز من قائل : (قل إن كانت لكم الدار الآخرة عند الله خالصة من دون الناس فتمنوا الموت إن كنتم صادقين . ولن يتمنوه أبداً بما قدّمتم أيديهم والله عليم بالظالمين . ولتجدنهم أحرص الناس على حياة . ومن الذين أشركوا يود أحدهم لو يعمر ألف سنة وما هو بمزحزحه من العذاب أن يعمرّ والله بصير بما يعملون)⁸ .

والبشر اليوم صاروا مثل هؤلاء اليهود يرتعون من ذكر الموت ويخافون .. ويقوم الأطباء والمهندسون بصنع أجهزة حديثة تبقى الإنسان على المنفسة (Ventilator) ولو بعد موت دماغه والمناطق التي تتحكم في التنفس وصار كثير من الناس وأهلهم وذويهم لا يقتنعون بأن تسير الأمور على طبيعتها، وأن الحياة الإنسانية لا بد أن تنتهي في هذه الدنيا لتبدأ مرحلة البرزخ . ثم لتأتي بعدها الحياة الآخرة بما فيها من نعيم دائم مقيم لمن خاف مقام ربه ، وعذاب دائم أبدي لمن طغى وتجبر وكفر بما أنزل على محمد ﷺ . قال تعالى : (ولو ترى إذ الظالمون في غمرات الموت والملائكة باسطوا أيديهم أخرجوا أنفسهم)⁹ . ولو كشف عنا الغطاء لرأينا أمراً مهولاً قال تعالى : (ولو ترى إذ يتوفى الذين كفروا الملائكة يضربون وجوههم وأدبارهم)¹⁰ .

وفي الحديث الذي رواه أبو هريرة رضي الله عنه وأخرجه الشيخان البخاري ومسلم : (وإذا كان الرجل السوء قال (أي الملك) : أخرجني أيتها النفس الخبيثة كانت في الجسد الخبيث . أخرجني ذميمة وأبشري بحميم وغساق ، وآخر من شكله أزواج فلا يزال يقال لها حتى تخرج . وعلى العكس من ذلك تقوم الملائكة بتبشير المؤمنين الذين عملوا الصالحات وتنزع أرواحهم نزعاً رقيقاً قال تعالى : (الذين تتوفاهم الملائكة طيبين يقولون سلام عليكم)¹¹ . ويقال للمؤمن : (يا أيتها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية فادخلي في

(7) سورة الجمعة : الأيتان رقم 6 ، 7 .

(8) سورة البقرة : الآيات 94 - 96 .

(9) سورة الأنعام : آية 93 .

(10) سورة الأنفال : آية رقم 50 .

(11) سورة النحل : آية رقم 32 .

عبادي وادخلي جنتي)¹². قال أهل التفسير يقال لها ذلك عند النزاع وعند البعث¹³.

وفي حديث أبي هريرة المتقدم الذي أخرجه الشيخان يرفعه : إن المؤمن تحضره الملائكة فإذا كان الرجل الصالح قالوا اخرجي أيتها النفس مطمئنة في الجسد الطيب اخرجي حميدة وأبشري بروح وريحان ورب غير غضبان فلا يزال يقال لها ذلك حتى تخرج.

وفي الحديث (من أحب لقاء الله أحب الله لقاءه ومن كره لقاء الله كره الله لقاءه) أخرجه الشيخان من حديث أبي هريرة ، ولهذا قال ﷺ أكثر من ذكر هادم اللذات (الموت) وقال : كنت نهيتكم عن زيارة القبور ألا فزوروها فإنها تذكركم الآخرة .. إلى آخر ما جاء من آيات وأحاديث في ذكر الموت .

ومع هذا فللموت سكرات يعاني منها المؤمن والكافر ، وقد عانى رسول الله ﷺ من سكرات الموت ليضاعف له الأجر ، وكان ﷺ يدخل يده في الماء ثم يمسح بها وجهه ويقول : اللهم هون علي سكرات الموت . وكانت فاطمة رضي الله عنها تقول واكرب أبتاه فيقول صلاة ربي وسلامه عليه : لا كرب على أبيك بعد اليوم) أخرجه البخاري من حديث أنس رضي الله عنه. وذكر ابن أبي الدنيا من رواية شهر بن حوشب مرسل أن رسول الله ﷺ ذكر الموت فقال : إن أهون الموت بمنزلة حسكة في صوف فهل تخرج الحسكة من الصوف إلا ومعها صوف).

ولا شك أن للموت سكرات قال الغزالي رحمه الله في الإحياء¹⁴: " إن كل عضو لا روح فيه فلا يحس الألم . فإذا كان فيه الروح فالمدرِك للألم هو الروح ... والنزع عبارة عن مؤلم نزل بنفس الروح ، فاستغرق جميع أجزائه حتى لم يبق جزء من أجزاء الروح المنتشر في أعماق البدن إلا وقد حلَّ به الألم ، فلو أصابته شوكة فالألم الذي يجده إنما يجري في جزء من الروح يلاقي ذلك الموضع الذي أصابته الشوكة فألم النزع يهجم على نفس الروح ، ويستغرق جميع أجزائه ، فإن المنزوع المجذوب من كل شعرة وبشرة من الفرق إلى القدم فلا تسأل عن كربته وألمه".

12 (سورة الفجر: الآيات 27 - 30)

13 (الروح لابن القيم ص 180 .

14 (الإمام الغزالي : إحياء علوم الدين ج 4 ص 461 كتاب الموت باب سكرات الموت وشدته.

ويستحب عند الاحتضار ذكر آيات الرجاء والشهادة وقراءة سورة يس فكلها مما يخفف النزع ولا بد للإنسان أن يوصي إن كان له شيء وأن يذكر ديونه وماله ما عليه وذلك في حال صحته ويتأكد ذلك في مرض الموت.

وقد كان الناس يموتون في بيوتهم وبين أهليهم - في الغالب الأعم - ثم ظهرت هذه الآلات الحديثة والتقدم الطبي وأكثر الناس يموت اليوم بين الأطباء والآلات والمنفسات (آلات التنفس الحديثة) . وقد أدى ذلك إلى معالجات غير ذات جدوى ولا فائدة بل هي عبث محض وتزيد من آلام المريض المدنف وأهله .. وتستقطع آلاف الملايين من الريالات أو الدولارات فتكفلة المريض الواحد الذي لا يرجى برؤه ورغم ذلك تعطى له هذه الأجهزة المكلفة تزيد على مليون ريال وبعضها يبلغ عشرات الملايين وهذه الحالات أصبحت تملأ المستشفيات وسواء كان الذي يدفع هذه الأموال الهائلة أهل المريض أو الدولة أو التأمين ... الخ فإن الخسائر رهيبه ودون جدوى ولا فائدة وإنما يستفيد منها بعض المستشفيات.

ويأتي موت الفجأة ليربح بعض الناس وهو راحة للمؤمن الذي قد أحسن العمل وأخذة أسف (وغضب) على الكافر والمنافق ، لأنه لا يتاح له التوبة ولا الرجوع إلى الله¹⁵ .

أحكام التداوي:

قال الإمام ابن تيمية في الفتاوى: "التحقيق أن من التداوي ما هو محرم ومنه ما هو مكروه ومنه ما هو مباح ومنه ما هو مستحب ومنه ما هو واجب : وهو ما يعلم أنه يحصل به بقاء النفس لا بغيره . ليس التداوي بضرورة بخلاف أكل الميتة"¹⁶ . وقال رحمه الله : " وأما التداوي فلا يجب عند أكثر العلماء وتنازعوا : هل الأفضل فعله أم تركه على طريق التوكل"¹⁷ .

وقد ذكر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في مؤتمره السابع القرار رقم 7/5/68 في 12 ذو القعدة 1412 هـ / 14 مايو 1992م في موضوع التداوي ما يلي : (الأصل في حكم التداوي أنه مشروع لما ورد في شأنه في القرآن الكريم

15) حديث " موت الفجأة راحة للمؤمن وأخذة أسف " أخرجه أحمد من حديث عائشة بإسناد صحيح ، ولأبي داود من حديث خالد السلمي " موت الفجأة أخذة أسف . ذكره الزين العراقي في تخريج ما في الأحياء من الأخبار .

16) فهرس الفتاوى ج 37 ص 471 .

17) الفتاوى ج 24 ص 272 - 276 .

والسنة القولية والعملية، ولما فيه من حفظ النفس الذي هو أحد المقاصد الكلية من التشريع .. وتختلف أحكام التداوي باختلاف الأحوال والاشخاص : فيكون واجبا على الشخص إذا كان تركه يؤدي إلى ضعف البدن ولا يترتب عليه ماسبق في الحالة الأولى، ويكون مباحا إذا لم يندرج في الحالتين السابقتين إذا كان بفعل يخاف منه حدوث مضاعفات اشد من العلة المراد إزالتها). ولم يذكر المجمع الموقر متى يكون حراما وقد ذكر المجمع الموقر إذن المريض وقال :

(أ) يشترط إذن المريض للعلاج إذا كان تام الأهلية فإذا كان عديم الأهلية أو ناقصها اعتبر إذن وليه حسب ترتيب الولاية الشرعية وفقا لاحكامها التي تحصر تصرف الولي فيما فيه منفعة المولى عليه مصلحته ورفع الأذى عنه. على أن لا يعتبر بتصرف الولي في عدم الإذن إذا كان واضح الضرر بالمولى عليه وينتقل الأمر إلى غيره من الأولياء ثم إلى ولي الأمر.

(ب) لولي الأمر الإلزام بالتداوي في بعض الأحوال كالأضرار المعدية والتحصينات الوقائية.

(ج) في حالات الإسعاف التي تتعرض فيها حياة المصاب للخطر لا يتوقف العلاج على الإذن. "

التداوي بالمحرّمات :

ويحرم التداوي بالسحر والطلاسم والعزائم عند الكهان وأضرابهم وبالرقى التي لا يفقه معناها قال ابن تيمية في الفتاوى¹⁸: "ولهذا نهى علماء المسلمين عن الرقى التي لا يفقه معناها لأنها مظنة الشرك."

وقد أخرج أبو داود في سننه عن عبد الله بن عمرو بن العاص أن رسول الله ﷺ قال: " ما أبالي إن شربت ترياقا أو علقت تميمة أو قلت الشعر من قبل نفسي قال أبو داود : هذا كان للنبي ﷺ خاصة وقد رخص فيه قوم يعني الترياق¹⁹. والرقى المنهي عنها ما كان من الطلاسم، وما هو غير مفهوم . أما الرقية بالقرآن والأدعية النبوية خاصة فمشروعة.

(18) ابن تيمية : الفتاوى ج 19 ص 13 .

(19) سنن أبي داود ج 4 ص 6 كتاب الطب الحديث رقم 3869 والترياق : دواء يتخذ من الأفاعي وغيرها لمداواة السم، ولا يزال الأطباء يستعملون سموم الأفاعي والغارب لمداواة لدغة الأفعى والعقرب ، كما تستخدم بعض هذه السموم في مداواة المرضى. وقد قال شوقي : ومن السموم النافعات دواء. وتضع بعض الصيدليات شعارها أفعى ملتفة حول عصي.

ويحرم التداوي بالضفدع يجعل في الدواء فقد أخرج أبو داود في سننه كتاب الطب باب في الأدوية المكروهة أن طبيباً سأل النبي ﷺ عن ضفدع يجعلها في الدواء فنهاه عن قتلها وأخرج النسائي مثله. وقد أجمع المسلمون على حرمة التداوي بالخمير الصرفة واحتلفوا في حكم الخمر غير الصرفة المعجونة بالدواء قال الخطيب الشربيني في معنى المحتاج لمعرفة ألفاظ المنهاج²⁰: إن التداوي بالخمير حرام إذا كانت صرفاً غير ممزوجة بشيء تستهلك فيه أما الترياق المعجون ونحوه مما تستهلك فيه فيجوز التداوي به عند فقد ما يقوم به التداوي من الطاهرات فعندئذ يتبع حكم التداوي بنجس كلحم حية وبولها وكذا يجوز بذلك لتعجيل الشفاء بشرط إخبار طبيب مسلم عدل بذلك، أو معرفته للتداوي به وبشرط أن يكون القدر المستعمل قليلاً لا يسكر.

وقد ناقشت التداوي بالمحرمات في كتاب مستقل بعنوان التداوي بالمحرمات إصدار دار المنارة بجدة فليرجع إليه من أراد التفصيل.

عدم التداوي أفضل :

ويرى كثير من أئمة العلماء أن التداوي أفضل للأحاديث الكثيرة الواردة في التداوي ولأنه تداوى بنفسه ﷺ وتداوى آل بيته وأصحابه في عهده ، وأحياناً كثيرة بأمره وتوجيهه (وقد ناقشت ذلك بتفصيل في كتابي أحكام التداوي إصدار دار المنارة) .

والقول الثالث أن ترك التداوي أفضل واستدلوا بحديث السبعين ألفاً الذين لا يرقون ولا يسترقون . قال ﷺ : (سبعون ألفاً يدخلون الجنة لا حساب عليهم ، الذين لا يكتون ولا يسترقون ولا يتطيرون وعلى ربهم يتوكلون) وفي رواية (وهم الذين لا يتطبّبون ولا يسترقون) أخرجه البخاري في صحيحه، وفيه أن عكاشة رضي الله عنه قال يارسول الله : " ادع الله أن أكون منهم قال : أنت منهم فقام رجل فقال مثل قوله : فقال : سبقك بها عكاشة. "

(20) معنى المحتاج لمعرفة ألفاظ المنهاج للخطيب الشربيني ج 4 ص 188 .

وحديث المرأة السوداء التي كانت تصرع وتتكشف فقالت: (يارسول الله ادع الله أن يشفيني فقال : إن شئت دعوت الله لك فشفاك وإن شئت صبرت ولك الجنة قالت : يارسول الله أصبر .. ولكني اتكشف فادع الله أن لا أتكشف فدعا لها بذلك فكانت تصرع ولا تتكشف) أخرجه البخاري ومسلم ، وكان ابن عباس راوي الحديث يقول لبعض أصحابه : ألا أريك امرأة من أهل الجنة ، فيدلّهم عليها.

وأخرج الترمذي قوله ﷺ : من اكتوى أو استرقى فقد برئ من التوكل : قال حديث حسن صحيح، وأخرجه ابن حبان في صحيحه والحاكم في المستدرک وأحمد في مسنده وابن ماجه والبيهقي .

وذكر ابن مفلح في الآداب الشرعية حديث المغيرة بن شعبة يرفعه قال : لم يتوكل من أرقى أو استرقى، وقال إسناده جيد. وغير ذلك كثير في هذا الباب .. قال ابن تيمية في الفتاوى : إن خلقا من الصحابة والتابعين لم يكونوا يتداون كأبي بن كعب وأبي ذر الغفاري وأبي بكر الصديق رضي الله عنهم جميعا. وعن أبي بكر الصديق قيل له : ألا ندعو لك طبيباً ؟ قال : قد رأني . قالوا : فما قال ؟ قال : إني فعّال لما أريد. وعن أبي الدرداء قيل له : ما تشكي ؟ قال : ذنوبي . قيل : فما تشتهي ؟ قال : رحمة ربي . قالوا : أفلا ندعو لك طبيباً . قال : إن الطبيب بطّبه ودوائه لا يستطيع دفع مقدراتي)، وروى نحو ذلك عن الإمام أحمد بن حنبل ، فتكون به العلة فلا يخبر بها أحدا ويصبر. وكان أحيانا يتداوى ويقول : أحبّ لمن اعتقد التوكل، وسلك هذا الطريق ترك التداوي من شراب وغيره.

ومعلوم أن التداوي لا ينافي التوكل، وكذلك الأخذ بالأسباب إنما هو جزء من التوكل، وقد أفاض ابن القيم والذهبي وغيرهما في ذكر ذلك ، ولا مجال لذكره هاهنا.

وقد أوجز الإمام الغزالي في كتابه إحياء علوم الدين الأسباب الداعية إلى عدم التداوي ، وهي : (1) مرض الموت : يكون المريض قد علم بقرائن أن مرضه مرض الموت وأن الدواء بالتالي لا ينفعه وهو ما حدث لأبي بكر الصديق رضي الله عنه وبعض الصحابة رضوان الله عليهم. (2) أن يكون مشغولاً بماله وخوف عاقبته حتى ينسيه الممرض.. ومن ذلك ما روي عن أبي ذر الغفاري أنه قال عن مرضه : إني عنه لمشغول. (3) أن تكون العلة

مزمنة والدواء الموصوف موهوم النفع ويغلب على الظن عدم نفعه وفائدته .
قال الغزالي : وأكثر من ترك التداوي من العباد والزهاد هذا مستندهم .
وذكر أسباباً أخرى كثيرة.

وما يهمنى هاهنا في بحثنا هذا هو اثنان منهما : الأول وهو مرض الموت
والثاني هو علة مزمنة أجمع الأطباء على أن ليس لها دواء معلوم لديهم (قد
يعلم في المستقبل) وأن المرض قد تهادى ولا يرون فائدة من هذا التداوي.
ويطلقون على ذلك التداوي باللغة الانجليزية Futility أي العبث وعدم
الفائدة.

ومن أعجب العجب وأغرب الغرائب أن يصرّ أهل المريض على هذا
النوع من التداوي، والذي يصرّح فيه الأطباء بأنه عبث وهديم الفائدة، بل
ومضرّته بالمريض وأهله كبيرة إذ يطيل أمد تألمهم وعذابهم دون أي فائدة
تذكر . كما أن استخدام الإنعاش القلبي الرئوي في هذه الحالات يؤدي إلى
تهشيم الأضلاع في شخص واهن ضعيف الجسم كبير السن، ويزيده ألماً
على ألم وتعبا على تعب، وغالبا ما يفشل هذا الإجراء ، وإذا نجح فإن القلب
لا يستمرّ في النبض إلا أياما معدودات، والتنفس لا يبقى إلا بالأجهزة ،
ورغم ذلك كله والعناية الفائقة فإنها لا تجدي فتىلا. ولكنها تحرم من يحتاج
إليها وقد تكون سببا في إنقاذه كما أن التكلفة الباهضة تنوء بها الجبال ولا
تحتملها أغنى الدول، فيا لله من عجبي من هؤلاء القوم الذين يصرون على
التداوي في أمر قد قُضي، وأعلن لهم الأطباء مرارا أن لا فائدة ترجى من
هذا التداوي سوى إضاعة الفرصة في إنقاذ من يمكن إنقاذه وذلك بإشغال
الأجهزة بحالات لا يرجى برؤها، وبكلفة عالية تبلغ آلاف الملايين من
الدولارات أو الريالات سنويا، لان لا أحد يريد أن يموت في بيته وبين أهله
وعشيرته، وحتى لو أراد ذلك فإن أهله وأبناءه يرون واجبا عليهم محتما
إدخاله المستشفى وإعطاء العلاجات التي لا فائدة منها ومحاولات الانعاش
القلبي الرئوي بعد توقف القلب وإدخال هذه الحالات رغم أنف الطبيب إلى
العناية المركزة. وهو عبث قد نهى الإسلام عنه وتشبث بالحياة (ولتجدنهم
أحرص الناس على حياة) ولو كانت أسوأ أنواع الحياة المعلقة بأجهزة لا
ترحم.

الموت الدماغي :

وأغرب من ذلك كله أن يعلن الأطباء المختصين الثقافات أن هذا الشخص قد توفي دماغيا بالمعايير الطبية الدقيقة التي يتم بها تشخيص موت الدماغ . ويتم اثبات ذلك بالفحوصات التأكيدية وعدم وجود تخطيط للدماغ ، كما تؤكد الفحوصات التأكيدية عدم وجود أي دورة دموية في الدماغ مما يعني قطعيا وفاة الدماغ .. ويرفض الأهل أن توقف الأجهزة ويطلبون استمرار العناية والادوية التي تجعل القلب ينبض والدورة الدموية تستمر في الجسم ما عدا الدماغ والتنفس بواسطة جهاز التنفس الصناعي (المنفسة Ventilator). وقد يبقى ذلك الشخص أياما، وربما بضعة أسابيع وهو على هذه الحال، وذلك كله رغم وجود العديد من الفتاوى الهامة التي تبيح إيقاف الأجهزة في مثل هذه الحالات ومنها فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم 6619 وتاريخ 1404/2/15 هـ برئاسة الشيخ عبد العزيز بن باز رحمه الله وفيها رد على سؤال من الأطباء بأنه إذا ثبت أن شخصا مصابا تمّ وضعه تحت الأجهزة التي تعمل على تشغيل القلب والتنفس في آن واحد ميكانيكيا (آليا) فإذا ثبت من تخطيط الدماغ أنه في حالة أفقية مسطحة فإن ذلك يفيد أن المخ توقف تماما وأنه لا يعمل الأمر الذي يفيد من الناحية الطبية وفاة المريض : هل يجوز في هذه الحالة إيقاف الأجهزة التي تقوم بتشغيل القلب والتنفس أوتوماتيكيا، ويهمننا أن نذكر أن الوفاة لن تعلن إلا بعد التأكد من أن القلب قد توقف بعد رفع الأجهزة وظهور العلامات المتعارف عليها شرعاً .

فكان الجواب : إذا كان الواقع كما ذكر جاز إيقاف الأجهزة التي تشغل القلب وجهاز التنفس أوتوماتيكيا إذا كان القلب لا ينبض لوحده والتنفس لا وجود له إلا بالأجهزة لأنه على هذا يكون ميتا، وحركة القلب والتنفس إنما هي بالأجهزة، لا حياة الشخص، لكن يجب التأكد من موته بعد رفع الأجهزة وقبل إعلان الموت لكامل أوجهها).

ورغم هذه الفتوى الواضحة الجلية وغيرها من الفتاوى الصادرة من المجامع الفقهية إلا أن بعض وزارات الصحة في البلاد الإسلامية عربية وأعجمية لا تسمح إلى الآن بإيقاف الأجهزة رغم ما يذكره الأطباء من أدلة على موت الدماغ، وبعضها لم يصدر أي قرار تنفيذي يوضح للأطباء ماذا يفعلون في مثل هذه الحالات ؟ ونتيجة لذلك يخشى الأطباء (وخاصة

الأجانب منهم) أن يقوموا بإيقاف الأجهزة في مثل هذه الحالات ويتركون المصابين تحت هذه الأجهزة حتى يتوقف القلب ذاتياً .. وكثير من الأطباء يعيد المسألة إلى أهل المريض ، وبطبيعة الحال لا يستطيع الأهل أن يكتبوا صراحة موافقتهم على إيقاف الأجهزة، وهو ما يطلبه كثير من الأطباء في مثل هذه الحالات خوفاً من المحاكمة والمساءلة. ويكون موقف الأهل صعباً جداً فحتى لو كان أحدهم طبيباً فإنه لا يستطيع أن يكتب موافقته على إيقاف الأجهزة خوفاً من أن يتهمه إخوانه وأهله بأنه قتل والدهم أو أخاهم أو ابنهم .. الخ. ولهذا فإنني أشيد بموقف فقهاءنا الأجلاء وإصدارهم الفتاوى المتتالية بالسماح بنزع الأجهزة وإيقافها متى تم تشخيص موت الدماغ ، ومن ذلك فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم 6619 وتاريخ 1404/2/15 هـ المذكورة آنفاً، وقرار مجلس المجمع الفقهي الدولي رقم (5) د 86/7/3 في الدورة الثالثة المنعقدة بعمان الأردن في 13 صفر 1407 هـ 16 أكتوبر 1986م والتي اعتبرت موت الدماغ موتاً.

وقرار المجمع الفقهي في دورته العاشرة المنعقدة بمكة المكرمة في 28 صفر 1408 21 أكتوبر 1987 وفيه جواز رفع أجهزة الإنعاش إذا ثبت موت الدماغ ثبوتاً قطعياً.

وفتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم 120866 وتاريخ 1409/6/30 هـ وفيها جواز رفع أجهزة الإنعاش إذا ثبت موت الدماغ ثبوتاً قطعياً، وعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي إذا قرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقافات عدم جدوى هذا الإجراء .

ولكن للأسف تركت وزارات الصحة في البلاد العربية والإسلامية الأطباء دون تعليمات واضحة مما يعرضهم للمسائلة أو المحاكمة أو الاتهام بقتل المرضى أو إهمالهم ، وذلك عند إيقافهم أجهزة الإنعاش أو عدم استعمال الإنعاش القلبي الرئوي . وتناقش هذه الورقة الإنعاش القلبي الرئوي والتداوي قرب نهاية الحياة ومتى يقرر الأطباء ذلك ؟ وما هي الشروط الطبيّة التي يجب أن تتوافر لإصدار مثل هذا القرار ومن هم الذين يحقّ لهم إصدار مثل هذا القرار وما هو دور الأهل في ذلك؟

وقضية التداوي قرب نهاية الحياة هامة جدا ، وما هو دور الأطباء في تخفيف معاناة المريض وأهله وكيفية العناية به دون اللجوء إلى الإجراءات العنيفة وإلى استعمال الإنعاش القلبي أو الأجهزة المصاحبة لذلك.

الإنعاش القلبي الرئوي :

الإنعاش القلبي الرئوي هو عملية إنقاذية لشخص توقف قلبه أو تنفسه فجأة أو في بعض الحالات المرضية بصورة متوقعة. وهي تتمثل في الضغط على الصدر في منطقة القصّ بحوالي مائة ضربة في الدقيقة لتعيد القلب إلى النبض. كما يتم النفخ عن طريق الفم بحوالي 8-12 مرة في الدقيقة هذا إذا كان المصاب في المنزل أو في الشارع أما إذا كان في المستشفى أو في سيارة الإسعاف فيضاف إلى ذلك جهاز (الصدمة القلبية) موقف الذبذبات القلبية وجهاز تنفس وإدخال أنبوبة التنفس إلى الرغامى (القصبة الهوائية) أو على الأقل استخدام جهاز أمبو للمساعدة في التنفس. ويضاف إلى ذلك إعطاء عقاقير عن طريق الأوردة أو الشرايين أو في القلب مباشرة وذلك لتنشيط القلب وإعادةه إلى الحركة بعد توقفه لدقائق معدودة.

والهدف من كل ذلك استمرار الدور الدموية لإيصال الدم والأكسجين إلى الدماغ وبقيّة الأعضاء وذلك يستدعي الإنعاش القلبي الرئوي بالإضافة إلى إدخال أنبوب الهواء إلى القصبة الهوائية والتنفس الاصطناعي واستخدام جهاز موقف الذبذبات القلبية (الصدمة القلبية) وإعطاء العقاقير المنشطة للقلب والدورة الدموية.

ويجب الإسراع بالإنعاش القلبي الرئوي لأن الدماغ لا يتحمل انقطاع الدم والأكسجين لفترة أكثر من أربع دقائق. ويصاب بأذى بالغ إذا لم يتم إعادة الدورة الدموية خلال سبع دقائق ويموت الدماغ إذا توقفت الدورة الدموية والأكسجين عنه لمدة عشر دقائق وقد تحدث الوفاة الدماغية في مدة أقل من ذلك.

مدى فائدة الإنعاش القلبي الرئوي :

ورغم الاهتمام الشديد في الغرب خاصة بتعليم العامة والطلبة بكيفية الإنقاذ وعملية الإنعاش القلبي الرئوي إلا أن نسبة النجاح واستعادة الشخص لوعيه وحياته تكون في حدود 4% إذا كان المسعف شخصاً من العامة. وتقل النتيجة في حالة التأخر كما يحدث عند طلب الإسعاف فتكون نسبة النجاح 2 بالمئة فقط. أما إذا حصل الإنعاش القلبي الرئوي لمريض موجود في المستشفى وهو تحت المراقبة فإن نسبة نجاح الإنعاش كبيرة نسبياً وتصل إلى 22 بالمئة بحيث يعود المريض إلى وعيه ، إلا إذا كان مرضه خطيراً ، كما سنشرحه بعد قليل ، فإن نسبة النجاح في هذه الحالات ضئيلة. والغريب حقاً أن المريض الموجود في المستشفى إذا توقف قلبه فجأة، ولم يكن أحد قد لاحظ ذلك مباشرة فإن نسبة بقاء المريض على قيد الحياة تنخفض إلى واحد بالمئة فقط!! أما إذا استخدم جهاز

وقف الذبذبات (الصدمة القلبية) في خلال 3 إلى 5 دقائق من توقف القلب (مع وجود ذبذبات بطينية) فإن نسبة بقاء المريض على قيد الحياة ترتفع إلى 30%.

وهذه الأرقام عكس ما تظهره البرامج التلفزيونية والمسلسلات التي توهم الناس أن نسبة النجاح عالية جداً. وهو أمر غير صحيح بل إن الصحيح أن نسبة النجاح ضئيلة جداً إذا تم الإسعاف بواسطة العامة، رغم أن بدء الإنعاش القلبي ربما تم في خلال لحظات من توقف القلب. أما إذا تأخر الإنعاش كما يحدث عند طلب الإسعاف فإن نسبة نجاح كانت متدنية جداً (2%). حتى لو كان المريض في المستشفى ولم ينتبه أحد لحدوث التوقف إلا بعد فوات الأوان فإن نسبة النجاح تتدنى إلى واحد بالمئة.

وقد نُشرت أبحاث تدل على أن الأهمية في الإنعاش القلبي الرئوي هي في إعادة القلب والدورة الدموية. ولهذا زعم بعض الباحثين أن الجمهور والعامة ينبغي فقط أن يهتموا بكيفية الضغط (الصدر) بالطريقة السليمة دون ثني الذراع وبصورة منتظمة تبلغ مائة مرة في الدقيقة بحيث يتم الضغط على القلب بدرجة كافية لإخراج الدم منه وعودته إليه بصورة منتظمة. فإذا أمكن استمرار التروية الدموية للدماغ ولبقية الأعضاء وخاصة القلب ذاته فإن عودة القلب إلى النبض تلقائياً قد تحدث، ولكن هذا الأمر نادر الحدوث ويجتاح الأمر إلى صدمة كهربائية بجهاز منع الذبذبات (الصدمة القلبية).

وقد يحدث أن التنفس هو الذي يتوقف ولا يزال القلب ينبض، وهو أمر أقل حدوثاً مما سبق، فيجب الإسراع بإحداث التنفس الصناعي إما بواسطة النفخ المباشر بالفم (وهو أمر لا يحبه من يقوم بهذه الإجراء)، أو بواسطة جهاز تنفس بأنواعه المختلفة وأسهلها ما يعرف بـ Ambu bag، وهو ما يحمله المسعفون معهم ويمكن تدريبهم على إدخال أنبوب التنفس في القصبة الهوائية (الرغامى) ويكونون على درجة عالية من الكفاءة.

أما في الأطفال الصغار فيتم الضغط على الصدر بواسطة إصبعين فقط هما السبابة والوسطى.. ووجد بعض الباحثين أن الضغط على البطن يؤدي إلى استعادة الدورة الدموية، وقد نشر ذلك البحث في المجلة الأمريكية لطب الطوارئ في عدد سبتمبر 2007 حيث وجدوا أن كمية الدم التي ضخها القلب بهذه الطريقة تزيد عن الطريقة التقليدية بـ 60%.

وإذا تم انتشار هذه الطريقة مع عدم التنفس بالفم (بواسطة النفخ من الفم إلى الفم) فإن حدوث كسور وكدمات في عظم القفص والأضلاع يصبح أمراً بعيد الاحتمال وكذلك حدوث عدوى (بواسطة التنفس من الفم للفم).

وقد انتشر عبر الوسائل في الانترنت أن الشخص يمكن أن ينقذ نفسه من توقف القلب وذلك بأن يسعل (يكح) سعلاً متواصلًا. وهذا الأمر غير مفيد لأن القلب إذا توقف أغمي على الشخص مباشرة. وأما حالة الإصابة بجلطة في القلب (احتشاء قلبي) فإن السعال المتواصل يضيف جهداً على القلب وقد يؤدي إلى ضرر أكبر.

والحالة الوحيدة التي ينفع فيها هذا الإجراء هو عند حدوث اضطراب مفاجئ في النبض فإن السعال المتكرر قد يعيد القلب إلى نظمه الطبيعي.

وقد تم في الآونة الأخيرة إيجاد أجهزة تساعد على الضغط على الصدر بصورة منتظمة وبدون تفاوت ،كما يحدث مع الإنسان في درجة الضغط . وهذه الأجهزة تساعد المسعفين على إجراءات أخرى مثل التنفس واستخدام جهاز مانع الذبذبات.

ولا بد أن يبدأ الإنعاش القلبي الرئوي بأسرع ما يمكن من لحظة توقف القلب، فإذا تم ذلك خلال 3-5 دقائق مع استخدام جهاز مانع لذبذبات (الصدمة القلبية) فإن نسبة النجاح في إنقاذ المصاب ترتفع إلى 30 بالمئة وربما أكثر. وأما إذا تأخر الإنعاش القلبي إلى سبع دقائق فإن نسبة النجاح تكون ضئيلة وإذا نجح فإن المصاب يتحول إلى حالة نباتية دائمة بإصابة كبيرة وخطيرة في الدماغ من النادر أن يخرج منها معافى.

اتخاذ قرار بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي:

إن الهدف هو حفظ الصحة موجودة واستعادتها مفقودة. فإذا كان التداوي سيؤدي إلى ضرر أو أن نوع التداوي لا فائدة ترجى منه فلا داعي لإجراء هذا التداوي.

ولاشك أن الشخص العاقل البالغ له الحق في قبول أي علاج أو رفضه، وإذا كان الله سبحانه وتعالى قال في كتابه العزيز: **(لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ) (البقرة: 256)**. وقال عز من قائل: **(الْحَقُّ مِنْ رَبِّكُمْ فَمَنْ شَاءَ فَلْيُؤْمِنْ وَمَنْ شَاءَ فَلْيُكْفِرْ)** (الكهف: 29).

وحفظ الدين مقدم على حفظ النفس لأن الفوز في الدنيا والآخرة مرتبط بالدين والحياة الأبدية السعيدة الخالدة مرتبطة بإتباع المرسلين، ومع ذلك فمن حق الإنسان أن يكفر ولا يجوز إجباره على الدين الحق لإنقاذه من ظلمات الكفر وعذاب جهنم.

كذلك من باب أولى لا يجوز إجبار كامل الأهلية على التداوي ..ومن حق هذا الشخص أن يقبل أو يرفض التداوي، ولو كان في ذلك الأمر ضرارا بالغا على حياته.. والتداوي ليس بواجب إلا في حالات محدودة لإنقاذ حياة أو عدم إصابة الآخرين بمرض معدي. وقد مدح رسول الله ﷺ السبعين ألفا الذين لا يرقون ولا يسترقون وعلى ربهم يتوكلون. كما خير المرأة السوداء التي كانت تصرع بين الصبر ولها الجنة وبين أن يدعو لها، فقالت: اصبر ولكني أتكشف (حين أصرع) فادع الله لي ألا أتكشف، فدعا لها فكانت تصرع ولا تتكشف. وكان ابن عباس - رضي الله عنهما - يقول لأصحابه إلا أريكم امرأة من أهل الجنة.. هذه المرأة السوداء.

وقد رفض أبو بكر الصديق وأبو الدرداء ومعاذ بن جبل وغيرهم - رضي الله عنهم - التداوي في مرض موتهم لعلمهم أن ذلك لا يفيد.

ومن حق الإنسان الكامل الأهلية أن يرفض إجراء الإنعاش القلبي الرئوي كما أن حقه أن يقرر ذلك في أثناء صحته بأخبار من يثق به من أهله أو أصدقائه أو بكتابة ذلك عند القاضي والاشهاد على ذلك بأنه إذا وصلت حالته الصحية إلى

درجة معينة من سوء فإنه لا يريد الإجراءات التي يحددها الإنعاش القلبي الرئوي.

ولكن ليس من حقّ هذا الشخص أن يقرر عمّن هم تحت ولايته منع التداوي عنهم .. وإذا رأى الأطباء أن هذا القرار بالنسبة لهؤلاء الذين هم تحت ولايته غير مناسب فلهم الحقّ باتخاذ الإجراء المناسب وإنقاذ الأطفال أو ناقصي الأهلية؛ و من ذلك نقل الدم أو الغسيل الكلوي أو الإنعاش القلبي الرئوي أو أي إجراء طبي. ويجب أن تكون هناك آلية يستطيع الأطباء بواسطتها أن يقوموا بإنقاذ ناقصي الأهلية وتقديم ما يحتاجونه من رعاية صحية أو إنقاذ ، مراغمة، وضد رغبة ولي أمر هؤلاء المساكين، وذلك باتخاذ قرار قضائي سريع يعطي إدارة المستشفى أو المرفق الصحي إجراء اللازم والإسعافات السريعة المطلوبة حتى ولو رفض ولي أمر هؤلاء ذلك.

أما إذا كان المريض في المستشفى ولم يكن قد قرّر من قبل رفض الإجراء الطبي مثل الإنعاش القلبي الرئوي و استخدام التنفس الصناعي (المنفسة) والعقاقير المنشطة للقلب وجهاز منع الذبذبات القلبية فإن على الطبيب المعالج أن يقرّر ما هو المناسب باستشارة طبيين آخرين وينبغي أن يكون اثنان منهم في درجة اختصاصي أو استشاري.

في الغرب يعطي هذا الحق أيضاً للممرضة المتمرسّة ذات الخبرة وخاصة فيما يسمى الهوسبس Hospice وهو المكان الذي يحوّل إليه الميؤوس من شفائهم والمحتاجون للرعاية التمريضية وتخفيف الآلام والأعراض الأخرى. وليس الهدف هو مداواة المريض لأن المريض لا يمكن مداواته حسب المعلومات الطبية المتاحة في الزمان والمكان.

من هم الذين يقرر الأطباء عدم استخدام الإنعاش القلبي الرئوي معهم؟

1- المرضى الذين يعانون من مرض نهائي مثل سرطان متقدم ومنتشر أو إصابات متعددة ومتقدمة من أنواع الشلل، أو مرض الزهايمر المتقدم، أو مرض القلب المتقدم مع حدوث جلطات سابقة وتوقف القلب تمّ إنقاذه أكثر من مرة، أو فشل لمجموعة من الأعضاء الهامة مثل الرئتين مع فشل قلبي، أو فشل في الكبد والكلى، أو وجود صدمة انتانية، أو وجود حالة يعتقد الأطباء أن نسبة نجاح الإنعاش القلبي الرئوي والإجراءات الأخرى المصاحبة ضئيلة جداً ولا تكاد تذكر، وأنه حتى لو نجح الإجراء الطبي في إبقاء المريض على قيد الحياة فإنه سيكون في حالة غيبوبة ومعتمداً تماماً على الأجهزة ولا يوجد أي أمل في تحسّن حالته.

2- المرضى الذين قرروا أثناء وعيهم التام وإدراكهم الكامل أنه إذا وصلت حالتهم الصحية إلى درجة معينة فإنهم يرفضون إجراء الإنعاش القلبي الرئوي أو أي نوع من أنواع التداوي يقررونه هم.

من يقرّر عدم إجراء الإنعاش؟

ينبغي أن يقرر ذلك كبير الأطباء المعالجين Most responsible physician بالاتفاق مع طبيين آخرين اختصاصيين أو استشاريين أو أحدهما استشاري والآخر أخصائي، وإذا اختلف الأطباء في ذلك فلا ينبغي أن يؤخذ هذا القرار حتى يتم اقتناعهم جميعاً بعدم جدوى الإنعاش القلبي الرئوي . وإذا تم الاتفاق فعليهم أن يوقعوا جميعاً في ملف المريض على ذلك ويكون القرار واضحاً لهيئة التمريض أو أي طبيب آخر ويبقى هذا القرار ساري المفعول حتى يحدث ما يوجب تغييره بسبب تغيير حالة المريض. (يحدد المستشفى المدة حسب الحالة او حسب سياسة المستشفى التي تجعل المدة مثلا ثلاثة أشهر يجب مراجعة هذا الامر بعدها) .

أما إذا خرج المريض من المستشفى فإن القرار السابق يعتبر لاغياً، ولا بد من اجتماع الأطباء مرة أخرى لاتخاذ هذا القرار بعد دراسة الحالة من جديد. وفي حالة أن المريض الذي تم إدخاله المستشفى ساءت حالته قبل أن يُتخذ قرار عدم الإنعاش القلبي الرئوي فلا بد في هذه الحالة من استخدام كافة وسائل الإنعاش، ومن حق المسؤول في العناية المركزة أن يرفض إدخال المريض إليها إذا رأى أن حالته لا تستحق الإدخال إليها بعد الإطلاع الكامل على ملف المريض وبعد فحصه للمريض. وإذا حدث خلاف بينه وبين الطبيب المعالج فينبغي دراسة الأمر مع وجود المسؤول الطبي في المستشفى (CMO) أو من يحتاجونه من الاختصاصيين حتى يصلوا إلى رأي نهائي. وينبغي أن يعرف الأطباء وهيئته التمريض ما ينبغي فعله لكل مريض تحت رعايتهم وأن تكون التعليمات واضحة كالآتي:

1- إجراء جميع أنواع الإنعاش المتقدمة كاملة (Full code).

2- إجراء الإنعاش المحدد (Limited code) وهذا يعني عدم إجراء الإنعاش الرئوي وعدم إجراء التنفس الصناعي (عدم إدخال أنبوب التنفس إلى القصبة الهوائية (Endo tracheat) وعدم إدخال المريض إلى قسم العناية المركزة وعدم إعطاء العقاقير الرافعة للضغط أو المنبهة للقلب والدورة الدموية (vasopressors Ionotropes) وإذا كان المريض على جهاز التنفس وفي العناية المركزة فلا ينبغي أن تزداد الدرجة العلاجية التنفسية أو القلبية.

3- عدم الإنعاش القلبي الرئوي وعدم إدخال المريض إلى العناية المركزة وعدم التنفس الصناعي واستخدام المنفسة وعدم إعطاء العقاقير الرافعة للضغط والمنبهة للقلب والدورة الدموية. ويستمر إعطاء مسكنات الألم ومضادات الغثيان، وصعوبة التنفس مع إبداء التعاطف التام مع المريض وذويه وإيجاد كل الوسائل التي تخفف معاناتهم والاهتمام بالناحية الدينية والروحية للمريض.

4- في حالة أن المريض أو أهله (وهو الغالب) قرروا استخدام كافة وسائل الإنعاش بما فيها الإنعاش الرئوي بينما يرى الأطباء عدم جدوى ذلك فعلى الأطباء توضيح الحالة والاستعانة بمن يستطيع شرح فتوى هيئة كبار العلماء والتي تقرر أن هذه الحالة تخضع لقرار الأطباء المعالجين. وفي حالة فشل التفاهم يحوّل المريض إلى مستشفى آخر أو جهة أخرى تقبل القيام بهذه الإجراءات.. ومن المتوقع أن يرفض المستشفى الآخر أيضاً هذه الإجراءات إلا إذا كان عامل الربح مسيطراً على إدارة المستشفى ..وفي جميع الحالات يجب توثيق ما حدث في ملف المريض وتوقيع الطبيب المعالج ووكيل المريض أو ولي أمره.

واجبات الطبيب المعالج:

1- أن يتعرف على الحالات التي تعتبر مرشحة لعدم الإنعاش القلبي الرئوي (DNR).

2- أن يقرر أن الحالة قد وصلت بالفعل إلى اتخاذ قرار عدم الإنعاش الرئوي القلبي وذلك باستشارة طبيبين آخرين ذوي خبرة في هذا المجال، وأن يوقع الجميع على هذا القرار في ملف المريض، وأن يكون القرار مكتوباً (DNR) بخط واضح وكبير ويقراه كل من يتصفح الملف من أطباء وممرضين مع توضيح السبب الذي أدى إلى هذا القرار.

3- أن يوضح هذا القرار للمريض، إذا كان ذلك ممكناً، وبألطف أسلوب، ويستعين في ذلك بالمرشد الديني، وبقرار هيئة كبار العلماء. وفي الغالب يصعب شرح ذلك للمريض نفسه لإضطراب وعيه وحالته النفسية. وفي هذه الحالة يجب الشرح الكامل لأهل المريض (أكبر الأبناء أو ولي أمر المريض أو وكيله الشرعي)، وينبغي أن يتحدث الطبيب بأسلوب واضح ومتعاطف مع المريض وأهله ويستعين بالمرشد الديني وبتفوى هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية، الفتوى رقم 1086 بتاريخ 1409/6/30هـ.

4- أن يوضح للأهل أن جميع وسائل الرعاية الأخرى ستستمر وأن معالجة الألم والغثيان وصعوبة التنفس ستعالج بدون استخدام المنفسة (Ventilator).

5- الاستعانة بالمرشد الديني والأخصائي الإجتماعي والأخصائي النفسي وشرح ذلك لأهله.

وسنناقش بصورة منفصلة الرعاية التي تقدم في نهاية الحياة، والتي تتمثل أساساً في إزالة الآلام وإزالة أو التخفيف من الأعراض الأخرى مثل القيء والغثيان، وصعوبة التنفس، والإمساك، مع استمرار التغذية، إما بالفم إذا كان المريض يستطيع ذلك، أو بواسطة أنبوب إلى المعدة وإعطاء السوائل المطلوبة عبر الوريد.

وفيما يلي سنعرض للفتاوى الصادرة هذا الباب:

اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء

بالمملكة العربية السعودية

فتوى رقم (12086) تاريخ 1409/6/30هـ

الحمد لله والصلاة والسلام على من لا نبي بعده...

وبعد:

فقد اطلعت اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء على ما ورد إلى سماحة الرئيس العام من مدير فرع الشؤون الدينية للقوات المسلحة إلى اللجنة من إدارة البحوث العلمية والإفتاء برقم (1508) وتاريخ 1409/3/28هـ و هذا نصه:

«ورد إلينا شرح ضابط التوعية الإسلامية بمستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية بتاريخ 1409/3/13هـ المبني على خطاب رئيس

الأطباء بمستشفى القوات المسلحة بالمنطقة الشمالية الغربية المؤرخ في 1409/3/12 هـ والذي يطلب فيه فتوى حول عدم تنفيذ إجراءات الإنعاش في النقاط التي ورد ذكرها في دليل سياسة العمل والإجراءات المرافقة نأمل من فضيلتكم التكرم باتخاذ ما ترونه أو فتوى بجواز هذه النقاط من عدمها وإشعارنا ليتم 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:

أولاً: إذا وصل المريض متوفى.

ثانياً: إذا كان ملف المريض مختوماً بعلامة عدم إجراءات الإنعاش بناءً على رفض المريض أو وكيله في حال عدم صلاحية المريض للإنعاش.

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

رابعاً: إذا كان المريض في 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.

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

سادساً: 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 مجدٍ.

وبعد دراسة اللجنة أجابت بما يلي:

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 الثقاب لا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش.

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

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

خامساً: إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعصٍ على العلاج بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقاب فلا حاجة أيضاً لاستعمال جهاز الإنعاش لعدم الفائدة في ذلك.

سادساً: إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجد وغير ملائم لوضع معين حسب رأى ثلاثة من الأطباء المختصين الثقاب فلا حاجة لاستعمال آلات الإنعاش، ولا يلتفت إلى 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

الرئيس

عبد العزيز بن عبد الله بن باز

عضو

عبد الله بن عبد الرحمن الغديان

نائب رئيس اللجنة

عبد الرزاق
عفيفي

قرار المجمع الفقهي الإسلامي الدولي الدورة السابعة في جدة في 12 ذي القعدة 1412 هـ/14 مايو 1992م برقم 7/5/68

(أ) مما تقتضيه عقيدة المسلم أن المرض والشفاء بيد الله عز وجل وأن التداوي والعلاج أخذ بالأسباب التي أودعها الله تعالى في الكون وأنه لا يجوز اليأس من روح الله أو القنوط من رحمته وعلى الأطباء وذوي المرضى تقوية معنويات المريض والدأب في رعايته وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه.

(ب) «أن ما يعتبر حالةً ميؤوساً من علاجها هو بحسب تقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاحة في كل مكان وزمان وتبعاً لظروف المرض» انتهى.

ولا خلاف حول تقوية معنويات المريض وتخفيف آلامه النفسية والبدنية ورعايته مهما كان المرض ميؤوساً منه.

* ولكن نقطة السؤال لم يجب عنها المجتمع الموقر إذ أن الأدوية المسكنة للألم مثل المورفين تؤدي فيما تؤدي إليه إلى عدم إطالة عمر المريض وقد تؤدي إلى تقريب أجله مع أنها مهمة لتسكين الآلام في كثير من الأحيان.

* كذلك لم يجب المجتمع الموقر عن موضوع التداوي وإجراء العمليات الجراحية والإسعاف والإنعاش الرئوي القلبي (Cardio pulmonary resuscitation CPR) للحالات الميؤوس منها.

فهناك المصاب بسرطان منتشر في الجسم بصورة يكون فيها العلاج بدون فائدة في مداواة المرض مع احتمال الإصابة بالأعراض الجانبية للعقاقير القوية واستخدام العلاج بالأشعة... إلخ.

فهل يتم علاج مثل هذا الشخص رغم عدم جدوى العلاج حسب ما هو متعارف عليه في عالم الطب؟... ربما يتم في المستقبل إيجاد أدوية أخرى ذات جدوى لمثل هذه الحالة!! ولكن المهم هو ما هو متوفر من الدواء في المكان والزمان. ثم إن مثل هذا الشخص قد يتوقف قلبه فجأة فهل يبادر الأطباء وهيئة التمريض إلى إجراء عملية الإنعاش (CPR) الرئوي القلبي؟؟

* وهناك الشيخ الكبير الهرم وهو مصاب بأنواع من الشلل مع فقدان الذاكرة (الخرف) ولا يمسك البول والغائط (سلس البول والغائط) فهل يتم إجراء عملية الإنقاذ الرئوي القلبي إذا توقف قلبه فجأة؟ أو يترك ليستريح، مع أن نسبة نجاح عملية الإنقاذ الرئوي القلبي تختلف من مكان لآخر ومن مريض لآخر، ولكنها لا تتجاوز واحد إلى ثلاثة بالمئة في مثل هذه الحالات.

وفي هذه الحالة ذاتها هل يتم مداواة مثل هذا الشخص بالعقاقير إذا أصيب بالتهاب رئوي مع أن نسبة نجاح التداوي تعتبر عالية نسبياً.

يبدو أن الأطباء يكادون يجمعون على عدم إجراء عملية الإنقاذ القلبي الرئوي للحالتين السابقتين بينما علاج الالتهاب الرئوي يبدو أمراً يسيراً ونسبة نجاحه كبيرة ولا يمنع إلا نسبة ضئيلة من الأطباء.

* وهناك حالة طفل مصاب بموه الدماغ (استسقاء في الدماغ) ومصاب بأنواع من الشلل وقد ضمّر دماغه ضموراً شديداً ويعيش حياة نباتية فهل تجري لمثل هذه الطفل عملية إزالة المياه من الدماغ وتحويل مجراها؟ والأطباء يعلمون يقيناً أن العملية لن تفيد هذا الطفل في حالة شلله وضمور دماغه، ولكنها قد تطيل أمد بقائه حيث إن الطفل بدون عملية يتعرض لمزيد من الضغط على ما بقي من دماغه بواسطة المياه المتجمعة حتى تقضي عليه، فهل ينبغي إجراء هذه العملية؟

* ولم يوضح مجمع الفقه الإسلامي الموقر في قراره (رقم 7/5/86) المشار إليه الإجراء الذي ينبغي أن يتبع... وأما الرعاية وتقوية نفسية المريض (وهناك أهل المريض) فأمر لأبد منه، ولكن المطلوب هو هل يتم إجراء عملية لا فائدة ترجى منها سوى إطالة أمد الاحتضار أم لا؟

يميل جمهور الأطباء في الغرب إلى ترك مثل هذا الطفل على حاله دون التداخل الجراحي. ولاشك أن الحالات تختلف ولا تتماثل، فكل حالة قائمة بذاتها، وتحتاج إلى قرار خاص من لجنة من الأطباء .. وفي الغرب هناك لجان أخلاقية لكل مستشفى وهي مكونة من الأطباء ومن رجال المجتمع وربما من رجال القانون والدين أو الشخصيات العامة في ذلك المجتمع. وهي التي تقرر في كل حالة ما ينبغي فعله بعد التشاور والتداول مع الأطباء المعالجين الذين يكونون أعضاء في هذه اللجنة وبالتشاور والتداول مع أهل المريض.

ولكن هل يترك هذا الطفل إذا أصيب بالتهاب بالزائدة الدودية؟ والاحتمال قوي جداً بأن يؤدي التهاب الزائدة إلى القضاء عليه وإراحته مما هو فيه؟!

وهل إذا أصيب مثل هذا الطفل بالتهاب رئوي حاد (يمكن مداواته في الغالب الأعم) يترك ليلاقي حتفه بسبب هذا الالتهاب الرئوي أو يبادر إلى إنقاذه بالتداوي بالعقاقير... والسؤال يتكرر حول إجراء الإنعاش الرئوي القلبي (CPR) لمثل هذه الحالة؟

وهناك المريض المصاب بأمراض عديدة وبيلة لا إبلال منها، ويصاب هذا المريض بالقصور (الفشل) الكلوي ويحتاج إلى إجراء الغسيل الكلوي فهل يتم إدخاله في برنامج الغسيل الكلوي مع أن الآلات محددة والعدد المنتظر لحالات الغسيل كبير؟! وهناك من هم في سن الشباب ولا يعانون من أمراض أخرى وبيلة وينتظرون دورهم للمعالجة، فهل يتركون ويقدم عليهم لوجوده في المستشفى؟!

الاتجاه الطبي اليوم هو مداواة جميع الأمراض التي يمكن علاجها مثل التهاب الزائدة الدودية والالتهاب الرئوي وتحويل مجرى المياه من الدماغ في طفل يعاني من استسقاء (موه) الدماغ بينما يبقى قرار عدم الانعاش القلبي الرئوي سارياً إذا توقف القلب أو التنفس في هذه الحالات الخاصة التي لا جدوى فيها من هذا الإجراء .

هذه الأسئلة لم يجب عنها المجمع الموقر... ويبدو أنه من العسير الإجابة عنها. ومن الأفضل اتخاذ الإجراء الذي تتخذه المستشفيات في الدول الغربية وهو إيجاد لجان أخلاقية في كل مستشفى على حدة ويناط بها تقرير كل حالة بذاتها على حسب حالتها وما يقرره الأطباء المعالجون ووضع الأسرة... إلخ.

وهناك عشرات الأمثلة والتي يمكن أن توضع ولا تزال تحتاج إلى إجابات شافية من المجمع الفقهي الموقر.

وقد أجاب أصحاب الفضيلة العلماء في الفتوى الصادرة من اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية (الفتوى رقم 12086 بتاريخ 1409/6/30 هـ) على كثير من هذه الاستفسارات وأنارت الطريق في كثير من هذه المسائل العويصة وقد سبق ذكر الفتوى كاملة بنصّها وأهمّ ما فيها أنها جعلت قرار إيقاف التداوي وعدم إجراء الإنعاش الطبي الرئوي بيد لجنة مكونة من ثلاثة من الأطباء الثقات ، ولم تلتفت إلى رأي الأهل أو رأي المريض نفسه لأن المسألة مسألة طبيّة، ولا يستطيعون إدراك تفاصيلها.. وهذا لا يعني عدم شرح الأمور لهم، وتوضيحها ومناقشتها معهم، من قبل الأطباء المعالجين ، ولكن القرار في النهاية هو قرار طبي.

التداوي قرب نهاية الحياة End of Life Care:

سبق أن أوضحنا كيفية الوصول إلى قرار عدم الإنعاش القلبي الرئوي (DNR) وأهمية الاستمرار في رعاية المريض والمتمثلة في الآتي:

1- تخفيف أو إزالة الآلام بقدر الإمكان، وهذا يعني استخدام المورفين أو مشتقاته مثل الفنتانيل أو ردانفه بكافة صور الاستعمال (بالفم، لصقه جلدية، حقن تحت الجلد أو عضلية، ومن النادر حقن بالوريد). والإشكالية هي أن المورفين ومشتقاته تؤثر على مراكز التنفس وتثبطها فإذا كان المريض يعاني من صعوبات في التنفس أو فشل في الجهاز التنفسي فإن إعطاء المورفين ولو بجرعات صغيرة متكررة سيؤدي إلى إضعاف مركز التنفس، وبالتالي توقف التنفس، وهو ما قد يعتبر نوعاً من التعجيل بنهاية المريض.

وقد اتفق الأطباء على أن تسكين الألم الشديد مهم جداً للمريض فإذا كان المريض يعاني فعلاً من آلام مبرحة فإنه يعطي المورفين ومشتقاته وردائفه بأقل قدر ممكن بشرط أن يخفف ذلك الآلام المبرحة . ولا بد من استخدام الوسائل الأخرى لتخفيف الألم بما في ذلك الناحية الدينية والاجتماعية والنفسية، وبعض العمليات المقصود منها تخفيف الألم وتسكينه بإعطاء حقن خاصة في الجهاز العصبي (الأعصاب ، العقد العصبية، مسارات الأعصاب... إلخ).

وإذا كان تخفيف الألم يستدعي إعطاء المورفين أو مشتقاته فلا بأس بذلك ولو أدى في بعض الحالات إلى تثبيط مراكز التنفس، وهو ما قد يعتبر تعجيلاً بنهاية المريض. وقد انتشر استخدام مشتقات القنب الهندي (الحشيش والماريوانا) في حالات الإيدز قرب النهاية. وفي حالة قرب نهاية الحياة في هولندا ثم في الولايات المتحدة وأوروبا بنتائج جيّدة وبدون التأثير على مراكز التنفس وبالتالي تقلل الحاجة إلى المورفين ومشتقاته.

2- عدم الإنعاش القلبي الرئوي، وما يتبعه من تنفس صناعي وإدخال الأنبوب إلى القصبة الهوائية، وعدم استخدام جهاز مانع الذبذبات القلبية، وعدم إعطاء العقاقير المنبهة للقلب والدورة الدموية والضغط (التوتر الشرياني).

3- عدم إعطاء العلاجات القوية مثل أدوية السرطان إذا لم تكن هناك فائدة ترحى.

4- عدم إجراء الغسيل الكلوي إذا احتاجه المريض وكل الإجراءات (التداخلية)، في هذه الحالات .

5- الاستمرار في الرعاية التمريضية وتسكين الآلام وإيقاف الغثيان بالعقاقير المناسبة وصعوبة التنفس بإعطاء الأوكسجين دون جهاز التنفس الصناعي.

6- الاستمرار في التغذية والتروية غالباً عن طريق أنبوب المعدة من الفم او مباشرة عبر جدار البطن بواسطة عملية جراحية بسيطة .

7- مداواة الاثتانات الرئوية أو البولية بالمضادات الحيوية.

8- التوقف عن مداواة الصدمة الاثتانية Septic Shock التي لا تستجيب للعلاج.

9- الرعاية الفائقة من الناحية النفسية والدينية والاجتماعية وتيسير زيارة الأهل وإعطاء المريض الكثير مما يطلبه مما لا يضره ضرراً مباشراً.. يُمنع التدخين منعاً باتاً.. ويجب أن يمنع التدخين منعاً باتاً داخل جميع المستشفيات، ويُفرض ذلك على الموظفين والزوار والمرضى.. ويتم إيجاد غرفة خاصة للتدخين في أسفل المبنى أو خارج المبنى للموظفين والزوار.

مَنْ يتخذ القرارات؟

1- لاشك أن الطبيب المعالج الرئيس هو الذي يتخذ القرارات وذلك باستشارة اثنين من الأطباء الاختصاصيين وأن يوقع الجميع على هذا القرار في ملف المريض.

2- لابد من مناقشة قرارات التداوي من عدمه مع استمرار الرعاية التمريضية والطبية لمعالجة الآلام والأعراض مع أهل المريض على حسب الولاية الشرعية: الزوج، الأب، أو الابن، ثم الجد أو الحفيد ثم الإخوة... إلخ. وعادة ما يكون المريض غير قادر على اتخاذ القرار، وذلك بسبب المرض أو كبر السن أو صغره ولكن إذا كان المريض لا يزال قادراً على الإدراك التام والفهم لحالته فإنه يعتبر هو الشخص الأول الذي ينبغي أن يناقش الأمر معه.. وهذا لا يعني عدم وجود أجد من الأهل إلا إذا رغب المريض نفسه في استبعادهم، وهذا نادر الحدوث جداً لدينا.

3- من الممكن أن يتخذ المريض نفسه في بداية مرضه أو حتى قبل مرضه قراراً واضحاً بما يرغبه من أنواع التداوي وما يرفضه. ويمكن أن يكتب ذلك لدى القاضي (أو كاتب عدل) ويشهد على ذلك. كما يمكنه أن يعين وكيلاً شرعياً عنه في حالة أصابته وعدم إدراكه.. ويقوم الوكيل الشرعي باتخاذ القرارات التي يريدتها الشخص، أو أن الشخص يحوله باتخاذ القرار المناسب .. وهذه الأمور لا تزال نادرة الحدوث جداً لدينا وإن كانت قد انتشرت في الغرب انتشاراً كبيراً. ويبدو لي أن التغييرات ستفد إلينا خلال عقد أو عقدين من الزمان.

4- يستطيع الطبيب المعالج أن يختبر قدرات المريض العقلية وهل باستطاعته اتخاذ القرارات التي يريدها المريض نفسه. وإذا احتاج لمعونة أخصائي الأمراض النفسية أو الأخصائي النفسي Psychologist فلا مانع من الاستعانة بهم. وينبغي أن تحترم قرارات المريض الواعي البالغ (كامل الأهلية).

5- إن الوضع في البلاد العربية والإسلامية يُعطي الأهل دوراً كبيراً ويقلل من دور الزوجة في اتخاذ القرارات الهامة بالنسبة للمريض بينما نجد في الغرب أن الزوج أو الزوجة Spouse يُعطى الحق الأول في اتخاذ القرارات نيابة عن المريض إذا لم يكن قادراً على اتخاذها بنفسه. ولم يكن قد أوضح ما يريده advanced directives أو الوصية الحية living will أو تعيين وكيل شرعي له لاتخاذ القرارات (Health Care Proxy or Attorney).

6- أوضحت الدراسات في الولايات المتحدة والغرب أن غالبية المرضى الذين لا يزالون يتمتعون بالإدراك يريدون مناقشة إجراءات التدابي في نهاية الحياة ويفضلون أن يكون ذلك مع طبيبهم الخاص وذلك بنسبة 85 بالمئة.

وقد يقدم الطبيب المعالج ورقة تشرح ما يمكن أن يحدث لمريضه وماذا يريد المريض من الأطباء أن يفعلوا الآتي في حالة:

(أ) حدوث إغماء (سبات) مع عدم وجود أي فرصة للإفاقة.

(ب) حدوث إغماء مع وجود فرصة ضئيلة للإفاقة.

(ج) حدوث خرف شديد مع مرض نهائي قاتل.

(د) حدوث خرف شديد بدون مرض.

ويقوم الشخص السليم بتسجيل ما يريده فعلاً إذا حدثت مثل هذه الحالات... والسؤال الذي يطرح هل تريد الإنعاش القلبي الرئوي في الحالة (أ) أو (ب) أو (ج) أو (د) ، أو في عدد منها ، أو فيها جميعاً:

■ هل تريد استخدام جهاز التنفس؟

■ هل تريد استخدام الجراحة الكبيرة إذا احتجت لها؟

■ هل تريد الغسيل الكلوي إذا احتجت له؟

■ هل تريد نقل الدم إذا احتجت له؟

■ هل تقبل بالفحوصات الباضعة؟ Invasive Tests إلخ.

■ هل تريد استخدام الأدوية القوية المسكنة للألام مثل المورفين ومشتقاته رغم أنها قد تؤثر على التنفس؟

ونرى أن هذه الأسئلة صعبة في الوقت الراهن.. وربما تتغير الأمور بعد عقد أو عقدين من الزمن وفي تلك الحالة تثار هذه القضايا عند الحاجة إليها. أما في الوقت الراهن فلا حاجة لإثارتها لأنها تسبب البلبلة والحيرة والغضب للمرضى وذويهم.

7- من الملاحظ أن هذه الحالات تزداد لدينا يوماً بعد يوم وتستهلك أموالاً طائلة سواء كانت من الدولة أو من التأمين أو من جيوب الأهل والفائدة منها

معدومة أو تكاد تكون معدومة. ويمكن القيام بنشر ثقافة الرعاية المنزلية مع وجود زيارات منزلية منتظمة من الممرضة أو الممرض يومياً ومن الطبيب عند الحاجة أو مرة أو مرتين في الأسبوع أو حسب الحاجة.

كما يمكن إيجاد دور رعاية طبية تمريضية وتكلفتها أقل بكثير من تكلفة المستشفيات، وفي هذه الدور تقدم الرعاية التمريضية الجيدة والتغذية والتروية ومعالجة الأعراض ، وخاصة الألام المبرحة والغثيان وضيق التنفس بالإضافة إلى الرعاية الدينية والروحية والاجتماعية والنفسية، وهذا كله يحقّف على المريض وأهله الألام والمتاعب التي تصحب نهاية الحياة. وينبغي إذا كان المريض لا يزال واعياً من تقوية النواحي الدينية وتقوية استعداده للقاء الله، فإن الموت علينا جميعاً حق ولا بد أن نواجهه والاستعداد لذلك واجب ، ومن ذلك ردّ المظالم والوصايا وترتيب أموره والتصدّق بالمال وكثرة الاستغفار والصلاة حسب القدرة وكذلك الوضوء والتطهر حسب القدرة. وهذه الجوانب أكثر ما تشغل المريض في آخر حياته فعلى الاهتمام بها وتيسير ما يريد فعله من هذه الأمور مع تقوية الرابطة مع أهل المريض الذي لا يتركونه في الغالب الأعم.

الحالات النباتية المستمرة

Persistent Vegetative State (PVS)

عندما تصاب قشرة المخ cerebral cortex إصابات بالغة دائمة بينما تبقى مناطق جذع الدماغ سليمة، فإن هذا الشخص يفقد قدراته على الإدراك فقداً كاملاً، وقد يصحب ذلك أنواعاً من الشلل، ولكن قدرته على التنفس والأمور الحياتية الأساسية تبقى بصورة أو بأخرى سليمة، رغم حاجته في بعض الأحيان إلى جهاز المَنفَسَة، ومع هذا فإن مثل هذا الشخص يصحو وينام ويفتح عينيه، وقد يصدر أصواتاً غير مفهومة. ولكنه لا يستطيع بأي حال من الأحوال أن يدرك أو يعرف (permnant loss of cognition) وبالتالي قد وصل إلى ما أطلق عليه بعض الأطباء موت المعرفة والإدراك (Cognition Death).

وتعرف هذه الحالات باسم الحالات النباتية المستمرة Persistent Vegetative States. وقد أطلق عليها هذا الاسم لأن الشخص كما ذكرنا يكون في مثل هذه الحالة مثل النبات يتغذى ويتنفس ويزيد عنه أنه يهضم الطعام ويحرك عينيه ويفتحهما وينام ويصحو، وقد يصدر بعض الأصوات غير المفهومة.. وقد يحرك بعض أطرافه (غير المشلوله)، ولكنه فاقد فقداً تاماً للإدراك. وبما أن هناك بعض هذه الحالات التي تصاب بهذه الحالة نتيجة الحوادث أو انفجار أوعية دموية تحت العنكبوتية Subarachnoid Hemorrhage فإن حالة الإغماء التام Coma قد تتحسن ويخرج المصاب من الإغماء إلى فقدان الإدراك والمعرفة. وفي بعض الحالات يتم بإذن الله تعالى خروج المريض من الحالات النباتية (فقدان الإدراك والمعرفة) إلى الوضع الطبيعي أو شبه الطبيعي.

وفي دراسة قام بها مجموعة من الأطباء والأخلاقين ضمن الجمعيات المهتمة بالحالات النباتية (The multisociety task force on PVS) وتمّ فيها دراسة 754 حالة من حالات الإغماء لمدة 3 و 6 أشهر وسنة كاملة. وكانت نتيجة الإفاقة من الغيبوبة (الإغماء) كالتالي

النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية	بالنسبة للبالغين
بعد (12 شهرًا)	بعد (6 أشهر)	بعد (3 أشهر)	
33	24	15	* إصابات في الدماغ (حوادث) (العدد 434 حالة) الوفاة
15	30	52	الحالة النباتية المستمرة
52	46	33	الإفاقة الإجمالية
7	0	0	منها إفاقة جيدة وعودة الوظائف
28	0	0	إفاقة مع إعاقة شديدة
17	0	0	إفاقة مع إعاقة متوسطة
53	40	24	* أذيات دماغية أو قلبية (غير حوادث) (العدد 169 حالة وفاة)
32	45	65	الحالة النباتية المستمرة
15	15	11	الإفاقة الإجمالية
1	0	0	حالة إفاقة جيدة

بالنسبة للأطفال			النسبة المئوية	النسبة المئوية	النسبة المئوية
			بعد (3 أشهر)	بعد (6 أشهر)	بعد (12 شهراً)
حوادث (106 حالة) الوفاة			4	9	9
الحالة النباتية المستمرة			72	40	29
الإفاقة الإجمالية			24	51	62
إفاقة جيدة			0	0	11
* غير حوادث الوفاة			20	22	22
الحالة النباتية المستمرة			69	67	65
الإفاقة الإجمالية			11	11	13
إفاقة جيدة			0	0	6

ويتبين من مجموع الحالات التالي:

- (1) أن الأطفال يتحسنون أفضل بكثير من الكبار.
- (2) أن التحسن في حالات الحوادث أفضل بكثير من حالات إصابة القلب أو الغرق أو السكتات الدماغية.
- (3) أن التحسن له ثلاث درجات، إفاقة تامة مع عودة جميع الوظائف وهذه أقلها لدى المجموعات كلها، ولكنها أفضل ما تكون لدى الأطفال الذين أصيبت أدمغتهم في حوادث، يليهم الأطفال الذين أصيبت أدمغتهم في غير الحوادث، يليهم الكبار (البالغون) الذين أصيبوا في حوادث، وأقل المجموعات هي الكبار (البالغون) الذين أصيبت أدمغتهم في غير الحوادث.
- (4) أن الخروج من الحالة النباتية يقل كثيراً بعد مرور عام ويصبح نادراً جداً لدى البالغين (الكبار) وخاصة من أصيبت أدمغتهم من غير الحوادث.
- (5) أن الحالة النباتية المستمرة لمدة عام لدى الأطفال لا تزال لديها فرصة للتحسن، والخروج من الحالة النباتية إلى حالة إفاقة خفيفة أو شديدة. وكلما استمرت الحالة تقل نسبة الخروج من الحالة النباتية المستمرة.
- (6) نشرت هذه الدراسة في مجلة الأعصاب Neurology (عام 1995، العدد 45، ص 1015-1018).

وفي دراسة حديثة نشرتها مجلة الأعصاب (Neurology) على الشبكة العنكبوتية في 18 يونيو 2010 (20 يوليو 2010 الورقية) جاء فيها التفريق بين الحالات النباتية المستمرة المتمثلة في فقدان الإدراك فقداناً تاماً مع بقاء قدرته على أن يصحو وينام، وأن يتنفس في الغالب دون الحاجة إلى المنفسة (Respiratory)، وبين الحالات المماثلة، والتي فيها رغم ذلك نوع من الإدراك البسيط جداً، والتي أسميت الحالات التي بها درجة وعي بسيطة Minimum conscious state.

وقد ذكر لأوات Laute وزملاؤه من فرنسا أنهم درسوا 12 حالة نباتية و 50 حالة وعي طفيف جداً كانوا جميعاً في غيبوبة واستمرت الدراسة خمسة سنوات، ففي الحالات النباتية توفي منهم 9، واثنان بقيا على حالتهم، وواحد فقد ولم يستطيعوا متابعته. وبالمقارنة فإن الحالات التي كان بها وعي طفيف فإن 14

منهم ماتوا، و 9 بقوا على حالهم ولكن 13 شخصاً منهم أفاقوا مع وجود إعاقات شديدة.

وكانت العوامل المؤثرة في الإفاقة:

(1) سن تحت 39.

(2) اغماء ناتج عن أذية بالدماغ نتيجة حوادث، أي أن كلما كان السن أصغر كانت احتمالات الإفاقة أكبر، وكذلك إذا كانت إصابة الدماغ نتيجة حادثة فإنها تكون أفضل من الإصابات الناتجة عن جلطات بالدماغ (سكتة دماغية) أو نزف أو توقف القلب أو غرق تمّ إنقاذها بالإنعاش الرئوي القلبي.

وهذا أيضاً ما أكدته دراسة Trogano وزملائه من إيطاليا والتي نشرت أيضاً في نفس العدد من مجلة الأعصاب (Neurology)، ولهذا ينبغي التريث في إيقاف الإنعاش والتغذية ومعالجة الانتانات حتى لا يترك بعض هؤلاء المرضى الذين يمكن إستنقاذهم إلى الوعي مع وجود إعاقات. ومن الواضح أن الحالات النباتية المستمرة من النادر جداً أن تعود إلى الوعي وخاصة في الكبار (40 سنة فما فوقها)، وبالذات عندما تكون الإصابة ناتجة عن مرض أو نزف في الدماغ أو توقف في القلب أو غرق وقد تمّ إنقاذها، أما الحالات التي فيها إدراك ووعي ولو بدرجة بسيطة جداً فإن احتمالات تحسنها وعودتها إلى الوعي مع الإعاقة كبيرة (26 بالمئة في المجموعة الفرنسية).

ونتيجة الدراسات المكثفة لهذه الحالات في الولايات المتحدة وغيرها فقد تبين أن إمكانية عودة الحالات النباتية إلى الوضع الطبيعي⁽²¹⁻²⁵⁾ (الإدراك والمعرفة) تكون أكثر في بعض الإصابات والأعمار من بعض وهي كالتالي:

(1) عمر المصاب أقل من 40 عاماً، وكلما كان عمرة أقل كان احتمال الإفاقة والعودة إلى الإدراك أكبر، وأفضل النتائج هي للأطفال.

(2) سبب الإصابة: إذا كان سبب الحالة النباتية الحوادث وتتهتكات الدماغ، ونزف تحت الأم العنكبوتية Subarachnoid hemorrhage، فإن احتمال الإفاقة والعودة إلى الإدراك أفضل من الحالات الناتجة عن الاختناق وتوقف القلب

⁽²¹⁻²⁵⁾ تقرير المجلس العلمي والمجلس الأخلاقي والقانوني للجمعية الطبية الأمريكية المنشور في مجلة الجمعية JAMA في 19 يناير 1990 (العدد 263 رقم 3).

Council Report: Persistent Vegetative state and the Decision to withdraw or withhold Life Support JAMA 1991, 263, (3): 426-430.

Plum F, Posner JB: The Diagnosis of Stupor and Coma. 3rd ed. Philadelphia, FA Davis Co Publishers 1982.

Berrol S: Evolution of the Vegetative state. J Head Trauma Rehabilitation 1986, 1: 7-16.

Higashi K, Hatano M, Akibo S. etal: 5 year follow up of patients with Persistent Vegetative States. J Neurosurg Psychiatry 1981, 44: 552-554.

Cardiac arrest التي تم إنقاذها وأدت إلى بقاء المصاب حياً ولكن بدون وعي أو إدراك أو معرفة.

ولهذا يمكن القول أن الحالات النباتية المستمرة (أكثر من ستة أشهر) من النادر أن تستفيق وتعود إلى الوعي والإدراك وخاصة إذا كان المصاب قد جاوز الأربعين عاماً، أو أن الإصابة كانت بعد توقف القلب (Cardiac arrest) الذي تم إنقاذه، أو حالات الاختناق asphyxia نتيجة الدخان (الحرائق أو غاز أول أكسيد الكربون) أو الغرق. ويكون التنبؤ أكثر صعوبة في حالة الأطفال الذين وصلوا إلى هذه المرحلة.

أسباب الحالات النباتية المستمرة:

قد تكون الإصابة حادة بعد نزف في الدماغ أو تحت العنكبوتية⁽²⁶⁾ (Subarachnoid hemorrhage)، أو نتيجة تهتكات بالدماغ بسبب حادثة سيارة أو ضرب أو سقوط من شاهق... إلخ. كما يمكن أن تكون الإصابة مزمنة نتيجة مرض مزمن بالدماغ مثل خرف الزهايمر (Alzheimers disease)، وهو مرض يصاب فيه الإنسان بالخرف المبكر (يبدأ من سن الخمسين)، وينتهي إلى فقدان كامل للمعرفة والذاكرة والإدراك.. أو تكون الإصابة نتيجة توقف القلب ثم يتم إسعافه أو اختناق نتيجة دخان حريق أو غرق أو غاز أول أكسيد الكربون... إلخ.

وفي هذه الحالات جميعاً تكون الإصابة في قشرة الدماغ وما تحت القشرة مباشرة بينما يبقى جذع الدماغ stem Brain والدماغ البيني (Diencephalon) سليماً أو شبه سليم وبالتالي فإن مثل هذا الشخص ينام ويصحو ويتنفس في الغالب بدون الحاجة إلى المنفَسَة، وإذا احتاج لها لا تكون حاجته مستمرة ودائمة. كما أن قلبه ينبض والدم يجول في عروقه جولانه الطبيعي (دورة دموية سليمة). وقد يستطيع أن يبلع الطعام والشراب وقد لا يستطيع، فيتم تغذيته عبر أنبوب المعدة (يدخل من الأنف إلى المعدة أو بإجراء فتحة مباشرة عبر جدار البطن تصل إلى المعدة). ويهضم الطعام، ويفرز النفايات والبول دون أن يشعر، ولا بد من وضع قسطرة لجمع البول حتى لا يسبب له البول تقرحات وتسلخات في منطقة العانة والظهر.

ويحتاج هؤلاء المصابون لرعاية تمريضية فائقة مع التغذية عبر الأنبوب وسحب البول عبر القسطرة وبهذه الطريقة أمكن أن يعيش هؤلاء أماداً طويلة حيث عاش بعضهم أكثر من ثلاثين عاماً. وأكثرهم يعيش حوالي عشر سنوات.

⁽²⁶⁾ للدماغ ثلاثة أغشية هي الأم الجافة Dura Mater وهي ملتصقة بالقحف (Cranium) أي عظم الجمجمة والعنكبوتية Arachnoid Mater وهي تشبه خيوط العنكبوت ويتخللها السائل المخ شوكي Cerebrospinal fluid وبعض الأوعية الدموية. والأم الحنون Piamater وهو غشاء رقيق ملتصق بالدماغ.

وقد يحتاج هؤلاء من حين لآخر إلى استخدام المنفسة ولكنها ليست ضرورية لكل حالة ولا طوال الوقت، كما أنهم يحتاجون من حين لآخر لمعالجة التهاب رئوي أو التهاب المجاري البولية أو معالجة قروح السرير Bed Sore نتيجة الاستلقاء لآمد طويلة (عدة سنوات دون أن يخرج مثل هذا الإنسان من سريره). ومع تقدّم التمريض والعناية فإن حدوث هذه القروح أصبح نادراً وخاصة مع استعمال سرير الهواء وفيه مرتبة (فراش) تنفخ بالهواء فتحدث تموجات فيها، وذلك يمنع حدوث القرح، بالإضافة إلى تقلب المريض إذا لم يكن يستطيع أن ينقلب في سريره كل 3 أو 4 ساعات.

ونتيجة التقدم الطبي والرعاية المكثفة فإن عدد هذه الحالات يزداد يوماً بعد يوم، ففي عام 1990 بلغ عدد هذه الحالات في الولايات المتحدة ما يقدر بخمسة وعشرين ألف حالة⁽²⁷⁾ وبلغت كلفة رعايتهم أكثر من ثمانية آلاف مليون دولار سنوياً. وفي دراسة مجلة الأعصاب Neurology (1995، العدد 45 ص 1015-1018) كان العدد الإجمالي ما يقرب 25 ألف شخص من البالغين وعشرة آلاف من الأطفال.

وقد أثرت قضايا كثيرة في المحاكم في الولايات المتحدة وأوروبا حول هذه الحالات وما ينبغي عمله فيها. وقد ذكرت مجلة الجمعية الطبية الأمريكية JAMA في تقرير مجلسها العلمي والأخلاقي حول هذه الحالات⁽²⁸⁾ عدداً كبيراً من القضايا في المحاكم العليا والمحاكم الأميركية في الولايات المتحدة وكيفية معالجة هذه القضايا.

وقد اتفق القضاة على أنه إذا ثبت ثبوتاً قاطعاً أن الشخص قد ذكر في أثناء وعيه وحياته الطبيعية أنه إذا أصيب بالحالة النباتية فإنه لا يريد أي نوع من العلاج، وعليه فإن رغبته هذه ينبغي أن تحترم.. وهذا ناشيء عندهم عن مبدأ استقلالية الفرد وحرية التامة في التصرف في بدنه وماله (Autonomy).

وكانت أكثر القضايا إثارة بسبب الإعلام المكثف حولها، قضية كارين آن كونيان الشابة الأمريكية التي أصيبت بغيوبة طويلة نتيجة تناولها الخمر مع حبوب الفاليوم، وقد أصيبت بقيء شديد وانقطع الدم عن تروية مناطقها المخية العليا. وقد مكثت نتيجة ذلك في غيبوبة كاملة من 14 أبريل 1975 حتى 13 يونيو 1985 عندما لاقت حتفها نتيجة التهاب رئوي أصيبت بمثله مراراً في غيبوتها الطويلة تلك، وشفيت منه من قبل مراراً.

(27) مجلة جاما الطبية 1990 (العدد 263): 430-426.

JAMA 1990, 263 (3): 426-430.

(28) المصدر السابق.

وفي بداية الأمر وُضعت تحت أجهزة الإنعاش وظلّت تتنفس بواسطة جهاز المنفّسة وتدخل الأوبان وقسيس الأسرة وطلبوا من المستشفى إيقاف الأجهزة طالما أنه لا يوجد أي أمل في استعادتها الوعي.

ورفضت إدارة المستشفى طلب الأوبين وتقدما إلى المحكمة والتي حكمت باستمرار أجهزة الإنعاش، ولم يبأس الأوبان ورفع القضية إلى المحكمة العليا، وثار ضجة إعلامية كبيرة حول هذه القضية، وشغلت رجال القانون والصحافة والأطباء والجمهور بصورة عامة، وقرّرت المحكمة العليا في مارس 1976 «حقّ المريض في الموت بكرامة»، وعليه صدر أمر بإيقاف أجهزة الإنعاش. وبالفعل تمّ إيقاف الأجهزة في شهر مايو 1976، ولكن كارين كوينلان لم تمت لأن لها في العمر بقية واستمرت تعيش بواسطة التغذية، والرعاية الصحية والتمريض، وإعطاء المضادات الحيوية من حين لآخر حسب الحاجة واستخدام المنفّسة عند الحاجة لفترات قصيرة. وحين وافى الأجل انتهت حياتها وانتقلت إلى الدار الآخرة في 13 يونيو 1985، بعد أن عاشت عشرة أعوام في إغماء تام، (أصيبت وهي في سن 21 عاماً وتوفيت في سن الواحدة والثلاثين).

وهناك قضية سيسيليا بلاندي الإيطالية التي أصيب دماغها في حادثة تصادم مروري وكانت آنذاك في سن الثامنة وبقيت في حالة غيبوبة وحياة نباتية مستمرة لمدة اثني عشر عاماً ثم انتقلت إلى العالم الآخر في 1985/6/24.

وقد قررت المحاكم في الولايات المتحدة كما تقول مجلة الجمعية الطبية الأمريكية (جاما JAMA)، السماح بإيقاف أجهزة الإنعاش بل والتداوي إذا ثبت أن هذه الحالات تعاني من الحالة النباتية المستمرة مع فقدان كل أمل في استعادة الوعي والإدراك⁽²⁹⁾. وقد عبّر القضاة في أحكامهم تلك عن ما يُسمّى حقّ المريض بالموت بكرامة!! وأنه لا يوجد مبرر لإطالة الاحتضار، بل ما دام الشخص لن يستعيد (حسب تقارير الأطباء) إدراكه ووعيه، فلا يوجد واجب قانوني على من يرعون المصاب بأن يستمرّوا في محاولة إطالة أمد حياته. ومع هذا فقد أبدى بعض القضاة تحفظهم إزاء استعمال الموت بالنسب لهذه الحالات بإيقاف العلاج والإنعاش.

ولا بد أن ننبه مرة أخرى أن الحالات النباتية السمترة لا تعاني دائماً من الإغماء Coma بل إن أغلب هذه الحالات – كما ذكرنا آنفاً – ينام ويصحو ويفتح عينيه وقد يصدر أصواتاً غير مفهومة على الإطلاق، وبالتالي فإن معظم هذه الحالات لا تعاني من الإغماء Coma، بل من فقدان الإدراك والمعرفة فقداناً تاماً. وتختلف هذه الحالات عن حالات الجنون وحالات الخرف حيث يبقى شيء ولو

(29) مجلة جاما الطبية 1990 (العدد 263): 430-426.

وقد ذكرت 11 حكماً صادراً من المحاكم الأمريكية مثل قضية باربر مع المحكمة العليا، وقضية بروفي ضد مستشفى سيناء بولاية نيو أنجلند وقضية أن كوينلان 1976 وقضية راسموسن ضد فلمنج... (قضايا متعددة من عام 1976 حتى عام 1986).

يسير من الإدراك والمعرفة. أما هذه الحالات ففقدان الإدراك والمعرفة تامان تقريباً، بالإضافة إلى أن المصاب لا يمكن مطلقاً أن يتحكّم في تبولّه وتبرّزه، كما أن تغذيته لا تتم في معظم هذه الحالات إلا بواسطة أنبوب المعدة (إما عبر الأنف أو مباشرة عبر جدار البطن إلى المعدة) كما سبق وذكرنا ذلك.

ولا بد من تفريق هذه الحالات النباتية المستمرة من حالات أخرى مشابهة وهي ما يُسمّى حالات الانحباس التام (Locked in States). وهي حالات يصاب فيها الشخص في المسارات الصاعدة والنازلة من المناطق المخية إلى النخاع الشوكي، ويكون موضع الإصابة إما في جذع الدماغ أو القنطرة (Pons) أو النخاع المستطيل (medulla oblongata). وسبب هذه الإصابة إما جلطة أو انصمام في الأوعية الدموية المغذية لهذه المناطق، وينتج عنها شلل للأطراف الأربعة بالإضافة إلى فقدان تام للقدرة على الكلام أو حتى إصدار الأصوات. ورغم هذا كله فإن المناطق المسؤولة عن الوعي والإدراك والتنفس والتحكم في الدورة الدموية والأمور البيولوجية الأساسية كلها لا تزال سليمة. وبما أن المصاب لا يستطيع الحركة ولا الكلام ولا الإشارة فإن الخطأ قد يحدث في تشخيص هذه الحالة وبالتالي تُدرج فيما يعرف بالحالة النباتية المستمرة.

ويمكن التفريق بينهما بعدة فحوصات طبية، ومن بينها الفحص المقطعي بالقذف البوزيتروني Positron emission حيث يوضح هذا الفحص نشاط خلايا قشرة الدماغ، فيُظهر أن الحالات النباتية ضئيلة الاستقلاب وضعيفة النشاط جداً وتشبه الشخص الفاقد وعيه تحت تأثير البنج الكلي (general anesthesia)، بينما في حالات الانحباس التام نجد أن نشاط خلايا قشرة الدماغ طبيعياً أو شبه طبيعي.

➤ الإحساس بالألم والحالات النباتية:

إن الإحساس بالألم وإدراكه يتم في المناطق المخية العليا، أما التفاعل لوخز إبرة مثلاً أو لسعة بنار فإنما تتم عبر القوس الانعكاسي البسيط، حيث ينتقل الإحساس بالألم عبر العصب إلى النخاع الشوكي ومنه يصدر الأمر بسحب اليد أو الإصبع من مصدر الألم دون أن يتم الإدراك في المناطق المخية العليا، ولهذا فإن الحالات النباتية المستمرة تتفاعل مع وخز الإبرة مثلاً بسحب اليد أو الإصبع التي تمّ وخزها، ولكن هذه الحالات لا تدرك الألم. وربما كان هذا نعمة من الله سبحانه وتعالى ولطف منه بهذه الحالات التي لا تدرك فداحة ما هي فيه فلا تشعر بصورة واضحة بالألم ولا الحزن ولا الكآبة ولا القلق!! وبالتالي تتقبل ما أصابها بهدوء عجيب، والسبب يرجع إلى فقدان الإدراك ومعرفة الألم والإحساس به في المناطق المخية العليا...

➤ الأسئلة المتعلقة بالحالات النباتية المستمرة (PVS):

إن هذه الحالات تزداد يوماً بعد يوم مع التقدم الطبي في مختلف بلاد العالم. وهي كذلك تزداد في بلادنا مع التقدم الطبي وتحسين مستوى الرعاية الطبية

والتمريضية. ولا تستطيع الحكومات تقديم الرعاية لعدد متزايد من هذه الحالات في المستشفيات أو حتى مستوصفات خاصة أو دور للرعاية نتيجة الكلفة العالية ونتيجة بقاء هذه الحالات لأمد طويلة، ربما بلغت ثلاثين عاماً. وكلما تحسّنت الرعاية في التمريض والعلاج كلما ازداد العدد وامتألت الأسرة وأصبح من المستحيل إبقاءهم في دور الرعاية الصحية لفترات طويلة.

وللأسف فإن الأسر لدينا رغم اهتمامها بأفرادها إلا أنها لا تستطيع أن تقدّم مثل هذه الرعاية في المنزل لأسباب عديدة منها أن مستوى الرعاية المطلوب غير ممكن تقديمه لعدم المعرفة وللكلفة ولعدم وجود شخص متفرّغ تفرّغاً تاماً لرعاية مثل هذه الحالة.

وتقوم الأسر المقتدرة بالتعاقد مع ممرّض أو ممرّضة لديها خبرة في هذا المجال لرعاية هذه الحالة في ركن منعزل من المنزل. وتقوم بتوفير الأغذية الخاصة والقساطر والأدوات الخاصة للرعاية وأنابيب التغذية بالإضافة إلى السرير الخاص وإيجاد غرفة خاصة للمرضة أو أن الممرضة تنام مع المريضة في نفس الغرفة.

وكل هذا يكلف مبالغ طائلة لا تستطيعها معظم الأسر. ولهذا فإن كثيراً من الأسر عندما تجد المستشفى يلح بأن يأخذوا مريضهم يتهرّبون، بل ويتخلّون حتى عن زيارة قريبهم ومريضهم.

إذا كان المريض في المنزل وأصيب بتوقف في القلب فإنه من المستبعد جداً أن يتم إجراء الإنعاش الرئوي القلبي وبالتالي فإن المريض يرتاح ويريح. وكذلك قد لا يتنبّه الأهل إلى وجود التهاب رئوي أو التهاب في المجاري البولية أو فشل كلوي وربما تجاهلوه بعد تنبيه الممرض أو الممرضة، وخاصة إذا رفض المستشفى استقبال مثل هذه الحالة.

في هذه الحالات يقوم الالتهاب الرئوي أو الفشل الكلوي بالقضاء على المريض وبالتالي عدم إطالة مدة مرضه واحتضاره.

ولكن الإشكال يأتي عندما يكون مثل هذا المريض في المستشفى، فهل يتم إجراء الإنقاذ الرئوي القلبي إذا ما توقّف قلبه فجأة؟ يبدو أن الأطباء مجمعون (إلا ما شذّب) على عدم إجراء محاولات الإنقاذ هذه في مثل تلك الحالات.

ولكن غالبية الأطباء لا يتوقفون عن علاج التهاب رئوي أو التهاب في المجاري البولية لمثل هذه الحالات نتيجة يسر المعالجة، ولكنهم دون شك لن يضعوا مثل هذا المصاب في برنامج الغسيل الكلوي عند فشل كليتيه.

ويبقى السؤال حرجاً عندما يصاب مثل هذا الشخص بالتهاب بالزائدة الدودية، هل تجري له العملية ويتم إنقاذه من الزائدة التي قد تنفجر إذا أهملت وتقضي عليه؟ أم يترك ليوأجه مصيره؟

وعندما يحتاج مثل هذا الشخص إلى المنفسة هل يُبادر إلى وضعها عليه، وقد يصعب إخراجها وإيقافها منه بعد ذلك؟ ثم ما هي الفائدة المرجوة من مثل هذا الإجراء؟ يختار الأطباء في ذلك حيرة شديدة، ويتساءلون هل عدم وضع المنفسة ابتداءً يعتبر نوعاً من القتل؟ هل عدم التداوي يعتبر نوعاً من القتل في مثل هذه الحالات؟

وهل يكون قرار الشخص في أثناء وعيه وصحته بأنه إذا (لا سمح الله) أصيب بمثل هذه الحالة النباتية أنه لا يريد علاجاً ولا محاولات للإنقاذ، هل يكون قراره هذا ملزماً؟ أم يتم تجاهله؟

وقد ثبت أن بعض كبار الصحابة مثل أبي بكر الصديق وأبي بن كعب وأبي الدرداء ومعاذ بن جبل تركوا التداوي عندما أدركوا أن لا فائدة ترجى من التداوي أو أن الأمل ضعيف في فائدة التداوي.

ويبدو أن هذه الحالات التي يقرّر فيها الشخص العاقل البالغ الحرّ (دون إكراه) أنه لا يريد التداوي إذا وصل إلى هذه المرحلة، لا إشكال فيها. فهناك الأحاديث الكثيرة التي تقدّم ذكرها في عدم التداوي وهناك الصحابة الذين لم يتداؤوا. وهو أمر أيضاً قد أطبقت عليه القوانين الوضعية اليوم.

ولكن الإشكال يأتي حينما يصاب الشخص بمثل هذه الحالة النباتية المستمرة وهو لم يقرّر من قبل صراحة عدم رغبته في التداوي فكيف يمكن الوصول إلى معرفة رغبته وهو فاقد للإدراك والمعرفة والوعي!!

تقرّر القوانين الغربية أن الأطباء يستطيعون أن يعرفوا ببعض القرائن في بعض الحالات رغبات المريض بواسطة أصدقائه وأقاربه، ولكن المشكلة أن هناك حالات عديدة لا يمكن فيها معرفة رغبة المريض الحقيقية.

ويبدو أن القوانين الغربية تسير الآن في اتجاه إيقاف هذه الرعاية الطبية المكثفة ومحاولات الإنقاذ للحالات النباتية المستمرة سواء كان الشخص المصاب قد ذكر ذلك أثناء وعيه وحياته العادية أم لم يذكر.

بل قد وصل الأمر إلى ما هو أشد وأعتى حيث حكمت المحكمة العليا في الولايات المتحدة بإيقاف الغذاء عن فتاة وعن فتى أصيبا إصابات بالغة أدت إلى الحالة النباتية المستمرة. وثبت لدى المحكمة من القرائن أن المصابين كانا قد أعلنّا في أثناء حياتهما عدم رغبتهما في الحياة إذا أصيبا بمثل ما أصيبت به كارين أن كوينلان.

وهناك قصة تيرزا شيافو (Theresa Shiavo) المشهورة في الولايات المتحدة (ولدت عام 1963 وتزوجت مايكل شيافو عام 1984، وتوقف قلبها في 25 فبراير 1990، وبعد إنقاذها أصيب دماغها وشخصت على أنها حالة نباتية

مستمرة (Persistent vegetative state). وفي يونيو 1990 عيّنت المحكمة زوجها ولياً لها، له الحق في اتخاذ القرارات نيابة عنها، ولم يعترض والدها على ذلك آنذاك، ولكنهم اعترضوا مراراً منذ عام 1993.

وفي عام 1992 استلم زوجها مبلغ ربع مليون دولار من الطبيب المعالج والذي أتهم بأنه كان السبب في حالتها الدماغية (إتفاق ودي)، وتم رصد 750.000 دولار لعلاجها، كما استلم زوجها في نوفمبر 2002 مبلغ ثلاثمائة ألف دولار كتعويض عن فقدان رفيقة حياته.

وتقدّم زوجها في مايو 1998 بطلب إلى المحكمة برفع أنبوب التغذية عنها لتموت بسلام. وبعد مباحكات طويلة في المحكمة أمر القاضي برفع أنبوب التغذية عن تيرزا شيافو في فبراير سنة 2000. واعترض أبواها (شندلرز) على ذلك، فصدر أمر بإبقاء الأنبوب حتى يتمّ الحكم في هذه القضية. وفي يناير 2001 رفضت محكمة فلوريدا الأولى والعليا اعتراض الأبوين وتدخلت جهات رسمية في الولاية، ورفع الأمر للقضاء مرة أخرى. وفي 24 أبريل 2001 تم رفع أنبوب التغذية ثم أعيد بناءً على تدخل حاكم الولاية، وأعيد النظر في القضية مراراً. ورغم تكرّر طلب الوالدين بإزالة الولاية، عليها من مايكل شيافو (زوجها) وإعادتها لأبويها إلا أن المحكمة رفضت ذلك مراراً، ثم تدخل جيب بوش حاكم الولاية، ثم بعد ذلك تدخل الرئيس بوش نفسه، وتقدّم البابا بتأييد الوالدين الكاثوليكين في قضيتهما وطالب بإبقاء التغذية، ثم تدخل الكونجرس. ورغم كل هذه المحاولات المضنية أصرت المحكمة العليا على إبقاء زوجها مايكل شيافو ولياً لأمرها وتنفيذ طلبه برفع الأنبوب. وقد تم رفع الأنبوب للمرة الثالثة في 18 مارس 2005. وتكرّر تدخل الرئيس بوش ورفضت المحكمة العليا طلبه وفي 31 مارس 2005 ماتت تيري شيافو (صبرا) أي بدون غذاء أو ماء بعد رحلة عذاب طويلة ومعاناة شديدة. ولم تمت مباشرة بعد إيقاف الغذاء والماء واستمرت لمدة 13 يوماً وهي تعاني معاناة رهيبية. ولهذا تحدّث كثيرون بأنه كان من الأفضل لها أن تُعطى حقنة مميتة من مخدر أو بوتاسيوم لتموت خلال دقائق معدودة بدلاً من هذا العذاب.

وبعد وفاتها طلب جيب بوش، حاكم الولاية، البحث في تفاصيل قضيتها، واستلم مايكل شيافو، زوجها السابق، مبلغ مليون دولار كتأمين سابق على حياتها. وفي 26 يناير 2006 تزوج عشيقته التي أنجب منها طفلين قبل الزواج.

هذا هو النظام القضائي الأمريكي الذي يفخرون به؟! وقد انفضحت الولايات المتحدة ونظامها القضائي في جوانتانامو وجميع ما يسمى قضايا الإرهاب، ولكن ها هي الولايات المتحدة في نظامها القضائي بين البيض أنفسهم تحكم بأحكام غاية في الغرابة.

والولايات المتحدة التي تتحدث عن حقوق الإنسان هي أول من يدوس على حقوق الإنسان خارج الولايات المتحدة وخاصة بالنسبة للمسلمين، بل هي تفعل ذلك داخل الولايات المتحدة ضد المسلمين والملونين والهسبانك (وذي الأصول الأسبانية).

وعلينا أن لا نعتزّ بهذا النظام البرّاق في ظاهره والمليء بالثغرات والعناكب والديدان في داخله، وهو نظام ينهار إقتصادياً وأخلاقياً وقانونياً، ولا شك أنه سيجرّ العالم كله إلى الدمار.

الخاتمة :

يستعرض هذا البحث موضوع التداوي قرب نهاية الحياة واحكام التداوي والموقف الطبي من قضية الإنعاش القلبي الرئوي واستخدام الأجهزة ومتى يحق للأطباء أن يتوقفوا عن استخدامها، ومتى يمكن إيقافها (حالات موت الدماغ).. وكيف أن ذلك التداوي المفروض أحياناً على الأطباء أن يقوموا به إنما عو عبث ولا فائدة منه Futility وهو منهي عنه شرعاً.

ولكنهم يضطرون لذلك خوفاً من المحاكمة والمساءلة، ولأن وزارات الصحة لم تدعم الفتاوى بقرارات واضحة.

ولهذا يستمر معظم الأطباء في استخدام الأجهزة رغم اقتناعهم التام بعدم جدواها ويعرضون المصابين والمرضى لزيادة الامهم وتعاستهم، كما يعاني الأهل من ذلك . وتزداد الكلفة إلى آلاف الملايين من الدولارات سنوياً بسبب هذه العلاجات والأجهزة التي لا فائدة من استخدامها في مثل هذه الحالات، وفي نفس الوقت تحرم العديد من المرضى الذين يستحقونها فيحرمون منها ويلاقون حتفهم نتيجة عدم استخدامها.

وهذا أمر خطير مخالف للعقل والدين معاً.

والحمد لله رب العالمين.

وصلّى الله على سيدنا محمد وآله وصحبه

لذلك يقرر المجمع

1- يجوز للأطباء التقتات إذا قرروا عدم جدوى الانعاش القلبي الرئوي أو وضع أجهزة التنفس (المنفسة) ، أو أي علاج

- آخر أن يقرروا عدم إجراء هذا العلاج ، إذا قرروا بالاجماع عدم جدوى ذلك العلاج . وليس لأهل المريض أن يفرضو على الأطباء اجراء الانعاش القلبي الرئوي وإدخال المريض العناية المركزة واستخدام المنفسة ventilator.
- 2- هذا لا يعني أبدا عدم العناية بالمريض الميئوس من حياته ولا استمرار العناية به وتخفيف آلامه وتغذيته وترويته ومكافحة الانتانات الطارئة وتمريضه وتقديم العناية النفسية والروحية له ولأسرته .
- 3- يجوز استخدام المسكنات القوية مثل مشتقات المورفين ، إذا كان المريض يعاني من آلام مبرحة . وتعطى بالمقدار الذي يخفف آلام المريض ، ويقدره الطبيب أو الاطباء المعالجون .
- 4- يجوز إيقاف جهاز المنفسة (ventilator) والعلاجات المكثفة لاستمرار التنفس وضربات القلب إذا تم التأكد من تشخيص موت الدماغ بالفحوصات التأكيدية وبتقرير طبيين استشاريين مختصين في اثبات موت الدماغ .
- ولا يحق لأهل المريض الاعتراض على إيقاف الأجهزة متى تم توثيق التشخيص بالفحوصات الطبية المؤكدة لذلك . وهو ماذكرته فتوى هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية ، وفتوى المجمع الفقهي الاسلامي ، والمجمع الفقهي الاسلامي لرابطة العالم الاسلامي .