

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

ورقة في أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة

إعداد/ د. طارق بن طلال بن محسن عنقاوي

أستاذ الفقه المساعد بكلية العلوم الاقتصادية والمالية الإسلامية

جامعة أم القرى

١٤٤١/٦/٤ هـ

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله. أما بعد.

فهذه ورقة في أحكام العلاجات المساندة للحياة، أكتبها بعد رحلة سنوات طويلة مع رسالتي للدكتوراة والمطبوعة حديثاً بعنوان (أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة)، لأضع فيها خلاصات مهمة، مع بعض الرؤى النقدية والإضافات التي تمثل كليات ومبادئ تمهّد لتصورّ المعالجات الشرعية لهذه القضية الشائكة، مع محاولة أن تكون مناسبة للقراء غير المتخصصين في الفقه، والذين يتعرّضون لطرح إجمالي مقابل ناتج عن الفكر الغربي على وجه الخصوص، ومبني على تطورات فلسفية تاريخية انعكست بعمق على مجال الأخلاقيات الطبيّة الحديثة.

إنّ تقديم الطرح النقدي الهادف مع بيان المبادئ والكليات والخطوط العامة للمعالجات الشرعية هو أمر في غاية الأهمية، وقد حاولت أن أقدم ذلك في هذه الورقة بصورة مناسبة، وإن كنت اعترف بأنّها مهمة صعبة جداً، لا سيّما أنّ تجربتي الطويلة مع هذه الموضوع ركّزت على الطرح التفصيلي في معظمها، وحتّى عندما صغت من مجموع ما خرجت به في الرسالة ضوابط موجزة جاءت بصيغة تفصيلية، نظراً لتشعب وكثرة النقاط التي تم تحليلها من الناحية الطبيّة والفقهية، ولكن أرجو أن تكون هذه الورقة تطويراً لجهود الصياغة الإجمالية التي تركّز على توضحي وترسيخ الخلفيات التأصيلية، وهي ما تمسّ الحاجة إليه عند مقارعة الأفكار النظرية الوافدة، والتي تنحى للتركيز على المبادئ والطرح الإجمالي.

وبعون الله سأتناول في هذه الورقة المطالب التالية:

□ المطلب الأوّل: المقصود بأحكام العلاجات المساندة للحياة

□ المطلب الثاني: إطلالة تاريخية على تطوّر الإشكالات حول القضية

□ المطلب الثالث: إطلالة على إشكاليات الفتاوى والأبحاث الشرعية حول القضية

□ المطلب الرابع: مرتكزات المنهج الصحيح في معالجة القضية

□ المطلب الخامس: مبادئ مهمة للمعالجات الشرعية للقضية

□ المطلب السادس: منافذ الحدّ من العلاجات المساندة للحياة

□ المطلب السابع: نحو الوصول لمعايير مناسبة

وأسأل الله أن ينفع بها ويجعلها سبباً في مرضاته، وصلى الله على نبينا محمد.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

□ المطلب الأول: المقصود بأحكام العلاجات المساندة للحياة

المقصود هنا تناول أمران: أحكام الامتناع عن العلاجات المساندة للحياة، وأحكام إيقاف العلاجات المساندة للحياة، وليتضح المراد بذلك لا بد من التطرق بإيجاز إلى المقصود بالعلاجات المساندة للحياة، والمقصود بالامتناع والإيقاف لهذه العلاجات، فإلى ذلك: أولاً: المقصود بالعلاجات المساندة للحياة.

هي العلاجات التي تستهدف الحفاظ على حياة الإنسان بعد فشل عضو أو أكثر من الأعضاء الضرورية لحياة الجسم^(١). ومن أمثلتها الإنعاش القلبي الرئوي والتنفس الصناعي وغسيل الكلى.

ثانياً: المقصود بالامتناع والإيقاف للعلاجات المساندة للحياة.

يكثُر في الممارسة الطبية اتخاذ لقرارات يحدّ الأطباء بناء عليها من تقديم العلاجات المساندة للحياة أو بعضها، ويُعرّف الامتناع بأنه قرارٌ يتخذُ بعدم الابتداء في أي تدخل مساند للحياة أو زيادته إذا كان قد بدأ، ويُعرّف الإيقاف بأنه قرار يتخذ بالقيام بعمل إيجابي لإيقاف تدخل طبي مساند للحياة كان قد جرى تقديمه للمريض^(٢).

(١)

Berniker, Isaac R. "Life Support." The Gale Encyclopedia of Medicine. 3rd ed. Vol.3. Detroit: Gale, 2006.p 2218. Gale Virtual Reference Library. Web. 18 Mar. 2012.

(٢) انظر:

Charles L. Sprung, MD, et al. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units. The Ethicus Study. JAMA, August 13, 2003—Vol 290, No. 6

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

□ المطلب الثاني: إطلالة تاريخية على تطوّر الإشكالات حول القضية

بدأ الإشكال بظهور حالات تحفظ حياتها بدعم هذه العلاجات دون شفاء وتحسّن، ممّا دفع بعض الناس إلى استشكال علاجها والنظر إليه على أنّه غير مجدٍ، ومن ثمّ التفكير في الحدّ من هذا العلاج بما يؤدي لتعجيل وفاة الحالات تخلصاً من أعباء استمرارها المادية والنفسية.

وقد كان إيقاف التنفّس والدعم الغذائي يعدّ انحرافاً عن المهنة الطبيّة في الستينات وبداية السبعينات الميلادية بأمريكا - بل وعدّت بعض أحكام المحاكم هناك إيقاف العلاج مساوياً للانتحار^(٣) - التي شهدت أبرز الجولات من الجدل والتنظير حول هذه القضية، وبرز في جوهر ذلك الجدل مبدأ قيمة الحياة الذاتية، حيث يتّجه من يرى أنّ للحياة قيمة ذاتية إلى المحافظة عليها، ويتّجه من يرى أن تقييم الحياة وفق جودتها أو طولها المتوقّع ونحو ذلك إلى تسويق ترك العلاجات^(٤).

وقد مالت الكفّة إلى مبدأ تقييم الحياة وما يعرف بمبدأ السماح بالموت الطبيعي، وذلك مع سياقات اجتماعية معينة عصفت بالواقع الأمريكي خصوصاً في تلك الفترة، أدت إلى التحول القضائي للسماح بإيقاف التنفّس واعتبار الموت نتاجاً للمرض لا للإيقاف^(٥)، ثمّ صدور قوانين الموت الطبيعي وحق رفض العلاجات المساندة^(٦)، إلى أن توالى القضايا في الثمانينات بتوسيع ما يتناوله الحق في رفض العلاج^(٧)، حتّى أصبح معظم مرضى العناية المركزة يموتون بعد الحدّ من العلاجات المساندة^(٨).

(٣) انظر:

Marc Romain, et al. End-of-Life Practices in the Intensive Care Unit: The Importance of Geography, Religion, Religious Affiliation, and Culture, Rambam Maimonides Med J, January 2014, Volume 5, Issue 1 , e0003

(٤) انظر حول تقييم الحياة وفق جودتها ٥٣٩/١، و ٥٦٠/١ من (أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة) ، د.

طارق بن طلال عنقاوي، ط. دار ركاتر، ١٤٤١هـ. وانظر لما سبق:

President's Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. Deciding to forego life-sustaining treatment. United States Government Printing Office; Washington, DC 1983. P.1, 15-16.

(٥) انظر: المرجع السابق الأخير، ص ٣٨.

(٦) انظر: المرجع السابق، ص ٣١٢.

(٧) انظر: المرجع السابق، ص ٢٣٦. وانظر:

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

□ المطلب الثالث: إطلالة على إشكاليات الفتاوى والأبحاث الشرعية حول القضية

لم يكن العالم الإسلامي بمنأى عن شيء من معالجة هذه المشكلة، فصدرت الفتاوى والأبحاث وبعض القرارات من المجامع الفقهية، ولكن ظهرت في هذه المعالجات بعض الإشكالات، ومن المفيد أن نعرض لها بشيء من الوصف الموجز مع النقد، تمهيداً لتقديم رؤية تتجاوز تلك الإشكالات.

الإشكال الأول: التركيز على موت الدماغ.

إنّ جزءاً كبيراً من المعالجة انصبّ على مشكلة المرضى المتوفين دماغياً، وهي حالة لا يرجى برء صاحبها انفردت بشيوع اعتبار الأطباء لصاحبها ميتاً - وكذلك نظر إليها جمع من الفقهاء -، إلا أنّ هذه الحالة لا تشكّل غير نسبة يسيرة من مجموع الحالات التي يتجه الأطباء إلى اتخاذ القرارات التي تحدّ من العلاجات المساندة للحياة في حقّها، إذ غالبية من يجري معه ذلك هم من غير الموتى دماغياً^(٩).

الإشكال الثاني: اعتماد رأي الخبير دون فرز بين ما هو خبير فيه وبين غيره.

من المقرر عند الفقهاء قديماً وحديثاً أنّ لرأي الخبير أهمية كبيرة في تصوّر الواقعة محل الاجتهاد، وقد عبّر بعض الفقهاء عن أهل الخبرة بأنّهم المرجع في ما هم خبراء به^(١٠).

= Charles L. Sprung, MD, JD. Changing Attitudes and Practices in Forgoing Life-Sustaining Treatments.. JAMA. 1990;263(16):2211-2215.

^(٨) مع وجود تفاوت في ممارسة اتخاذ القرار عالمياً من بلد لآخر، بل داخل البلد نفسه، نظراً لتفاوت القيم أو اختلاف ديانة الطبيب أو المريض ومدى تدينه. انظر:

Marc Romain, et al. End-of-Life Practices in the Intensive Care Unit: The Importance of Geography, Religion, Religious Affiliation, and Culture, Rambam Maimonides Med J, January 2014, Vol. 5, Issue 1 , e0003, p.1-5.

^(٩) بينت دراسة أجريت في عدّة مراكز ببلدان أوروبية متعدّدة أنّ المتوفين دماغياً شكلوا نسبة يسيرة بين مجموع المرضى ذوي الحالات التي جرى الحدّ من علاجها، تراوحت بين ٠% إلى ١٥% بمتوسط ٨% بالمائة. انظر:

Charles L. Sprung, MD, et al. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units. The Ethicus Study. JAMA, August 13, 2003—Vol 290, No. 6

^(١٠) انظر: الاستعانة بأهل الاختصاص في الاجتهاد "دراسة أصولية"، أ.د أحمد الضويحي، ٢٢-٢٥، مجلة العدل

٤٢٤ ربيع الآخر ١٤٣٠هـ.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

وليس موطن الإشكال هذا التقرير الواضح في أصله، وإنما في مسلك غير دقيق يعتمد فيه على قول بعض أهل الخبرة في ما هو ليس من المسائل الطبية الخالصة، بل هو من قبيل ما يختلط فيه تصوير الواقع الطبي مع قيم الطبيب الشخصية أو الخلفيات الأخلاقية الفلسفية، وسأذكر على ذلك بعض الأمثلة التي ترتبط بموضوع الورقة:

المثال الأول: اعتماد قول الأطباء بإطلاق في تقرير عدم جدوى إنعاش بعض الحالات. جاء في فتوى اللجنة الدائمة رقم (١٢٠٨٦) وتاريخ ١٤٠٩/٦/٢٠هـ ما يلي: " إذا كان إنعاش القلب والرئتين غير مجد وغير ملائم لوضع معين حسب رأي ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات فلا حاجة لاستعمال آلات الإنعاش ولا يلتفت إلى رأي أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها لكون ذلك ليس من اختصاصهم ".
ويتضح الإشكال هنا من محاولة الوقوف على مفهوم عدم الجدوى، فهو ملتبس وصعب الضبط والتطبيق كما تعترف بعض الكتابات الطبية المتخصصة^(١).

ومن جهة أخرى نجد أن من أهم ما يؤثر فيه هو مبدأ تقييم الحياة وفق جودتها أو طولها المتوقع، ووفق هذا المبدأ لا ينظر في الأساس إلى المعطى الطبي المتعلق بمدى نفع المعالجة في دفع الهلاك وخطورة ترك المعالجة على حياة المريض، بل إلى جودة الحياة المتوقعة إذا أنقذت حياته أو طول تلك الحياة، فيسمح الطبيب لنفسه بتقييم الحياة في ضوء ذلك، ليحدد هل تستحق ما سيبدل لها من جهود وما تتضمنه معاناة، وهو تحديد لا يخضع للمعطى الطبي كمياري، بل يكون المعيار فيه نظرة الطبيب وتقديره

(١) انظر:

Ezra Gabbay, et al. The Empirical Basis for Determinations of Medical Futility. J Gen Intern Med. 2010 Oct;25(10):1083.

ويمكن تقسيم عدم الجدوى إلى عدة أنواع، منها ما يعتمد على نسبة نجاح العلاج، وهو أكثرها انضباطاً، ولكنه ليس الأكثر استعمالاً، ومنها ما يعتمد على توقع موت المريض على أية حال بعد فترة من نجاحه مبدئياً بالعلاج، ومنها ما يعتمد على تحقيق جودة العلاج لجودة حياة مقبولة، وهو ما يلقى الاهتمام الأكبر في دراسات قرارات العلاجات المساندة للحياة، وهو الأكثر إشكالاً من جهة اعتماده على القيم الشخصية والخلفيات الفلسفية. انظر:

- DJC Wilkinson and J Savulescu, Knowing when to stop: futility in the intensive care unit Curr Opin Anaesthesiol. 2011 April; 24(2): 164.

- Veatch RM, Spicer CM, Medically futile care: the role of the physician in setting limits. Am J Law Med. 1992;18(1-2): p. 16,18,31.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

لجوانب تتعلق بقيمة الحياة^(١٢)، ولأجل ذلك يعتمد في أمريكا على رأي المريض بشكل كبير جداً^(١٣)، لأنّ تقييم حياته شأن يخصّه وفقاً لمبدأ استقلالية الذات والسيادة عليها^(١٤).

والحاصل أنّ رأي الطبيب هنا هو ليس رأياً طبيّاً محضاً، بل هو رأي مبني في كثير من الحالات على مبدأ تقييم الحياة المشكل شرعاً، ومبني على موازنة تتعلق بالقيم التي ترجع لنظرة الشخص للحياة ومصدر قيمتها وما هو الأهم فيها لتكون ذات معنى، وهذا يقتضي ألا يوكل الأمر للطبيب ليقضي فيه يمثل هذه الأبعاد الفلسفية، وأرى أن إيكاله له فيه تخلّ عن المسؤولية الشرعية للمفتي في أن يحدد مساحة الوجوب وفق ما تقتضيه قواعد الشرع ومقاصده.

المثال الثاني: القول بما يتضمّن إعادة تعريف للموت على أسس غير شرعية، كما يحصل في قضية موت الدماغ.

يتضح الإشكال هنا في اعتقاد الفقيه أنّ الطبيب حين يحكم بموت الميت دماغياً يقوم بمهمة طبيّة محضة! والواقع أنّ تشخيص الموت يتطلب معرفة تعريفه أولاً، ثم تحديد مقومات تضمن تحقّق التعريف، ثم وضع معايير للتشخيص الذي يتبعه الطبيب ليتحقّق من وجود المقومات في كل حالة بعينها. فالطبيب يتحقّق من توفّر معايير معينة لتشخيص حالة الموت الدماغي، وقبل ذلك وضع الأطباء هذه المعايير لتحقيق تعريف موت الدماغ الذي يتضمّن مقومات حالة موت الدماغ، وهي المقومات التي تمّ اعتبار أنّ تحقيقها يساوي الموت، وهذا الاعتبار الأخير ليس متعلقاً بالطب البتّة، بل هو متعلق بتعريف معنى الحياة والموت، أو شرح السبب لاعتبار من توقّرت فيه تلك المقدمات ميتاً، وهذا عمل عقلي فلسفي أو ديني في واقع الأمر، وهذا التفصيل لمستويات النظر في قضية موت الدماغ يتضح من

(١٢) انظر: الاستعانة بأهل الاختصاص في الاجتهاد "دراسة أصولية"، أ.د أحمد الضويحي، ٢٢-٢٥، مجلة العدل ٤٢٤ ربيع الآخر ١٤٣٠هـ.

(١٣) انظر:

Douglas B. White, et al. Expanding the paradigm of the physician's role in surrogate Decision-making: An empirically derived framework. Crit Care Med. 2010 March; 38(3): p1,8.

(١٤) انظر:

Teres D. Trends from the United States with end of life decisions in the intensive care unit. ..Intensive Care Med. 1993;19(6):316-22

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

القراءة المعمّقة في جدليات موت الدماغ، وقد قرّره كبار المختصين في موت الدماغ مثل المؤيد الشهير والمؤثر جيمس بيرنات^(١٥)، يمكن توضيح وتلخيص هذا التفصيل للمستويات في الجدول التالي^(١٦).

المستوى	طبيعته	يحمل المحتوى
مستوى تعريف الموت	دينية أو فلسفية حسب المرجعية	تعريف شرعي أو تعريفات فلسفية تحاول صياغة ما يفرّق بين الموت والحياة
مستوى المقومات (التعريف)	مفهوم طبيّ يعتمد على أساس فلسفي غير ظاهر لتسوية من توقّرت فيه المقومات بالميت	توقّف دائم لجميع وظائف كامل الدماغ (جذعه في مدرسة أخرى). ملاحظة: عمليا لا يطلب حرفياً توقّف نشاط كل خلايا الدماغ
مستوى المعايير	طبيّة، ويفترض بها أن تحقّق المقومات في كل حالة بعينها بطريقة تتوافق مع مفهوم الموت الذي انبنت عليه المقومات	<ul style="list-style-type: none"> - غيبوبة - عدم استجابة لمجموعة فحوص سريرية تركز على انعكاسات منطقة جذع الدماغ - مرور فترة معينة على الفحوص - استبعاد مجموعة مشوشات على التشخيص - فحوص تأكيدية

والحاصل أنّ الخبير هنا يبني كلّ تقريراته على أساس فلسفي في البداية، فعندما يحيل عليه الفقيه بحجة أنّه خبير بتشخيص الموت، فهو في الحقيقة يترك مهمته الشرعية ويدفع الطبيب لاعتماد مفاهيم فلسفية لا خبرة له بها، كأساس للمعايير والفحوصات طبيّة التي هو خبير فيها.

(١٥) انظر:

Bernat, James L. A defense of the whole-brain concept of death. The Hastings Center Report; Mar/Apr 1998; 28, 2 p. 16

(١٦) انظر لمضامين الجدول: أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، ١٣٩/١، ١٤١/١-١٧٤، ١٩٠/١ وما

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

الإشكال الثالث: تحميل الأطباء مسؤولية إصدار حكم غير طبي!

ويبرز هذا الملحظ ضمناً في مثال (عدم الجدوى) السابق، ويبرز كذلك في تعليق الحكم على تقرير الأطباء بأنّ الحالة المنظورة هي في حكم الموتى، وقد جاء في الفتوى (١٥٩٦٤) للجنة الدائمة حول سؤال عن مريضة أصيبت بالرأس وتتنفس عن طريق التنفس الصناعي وتموت فوراً بسحبه على حدّ وصف السؤال، جاء فيها ما يلي: " ..إذا كان الأمر كما ذكر فلا مانع من نزع الجهاز التنفسي عنها، إذا قرر طبيبان فأكثر أنّها في حكم الموتى..".

وكون الإنسان في حكم الميت قضية شرعية من جهة المعايير، فما هو معيار كون الإنسان في حكم الميت؟ لا نجد في تلك الفتاوى تأصيلاً لهذه القضية، وهذا بلا شك سيسبب إرباكاً للطبيب، أو سيتركه أمام خيار اللجوء لخلفيات فلسفية أو حتى اعتبارية يحكم على أساسها بأن الحالة في حكم الموتى! خاصة أنّ هيئة كبار العلماء في قرارها رقم (١٩٠) قررت عدم اعتماد موت الدماغ في الحكم بالموت.

الإشكال الرابع: البناء على تصوّرات طبيّة غير دقيقة.

وهذا من أشد الإشكالات تأثيراً في وقوع الخلل في الفتاوى والأبحاث، ومن أمثلته ذات التأثير الكبير:

المثال الأول: صناعية الحياة أو الحياة بفعل الأجهزة.

جاء في فتوى (٦٦١٩) للجنة الدائمة عن حالة وصفت بتوقّف المخ حسب التخطيط ما يلي: " إذا كان الواقع كما ذكر جاز إيقاف الأجهزة التي تشغّل القلب وجهاز التنفس أوتوماتيكياً إذا كان القلب لا ينبض، والتنفس لا وجود له إلا بالأجهزة؛ لأنّه على هذا يكون ميتاً، وحركة القلب والتنفس إنّما هي بالأجهزة لا حياة الشخص..".

وهذا التوصيف يحتاج لوقف، لكن الإشكالية الأكبر أنّ هذا التوصيف انعكس فيما يبدو على فتاوى أخرى ليس فيها وصف توقّف المخ، مثل فتوى الشيخ بن باز رحمه الله في ١٤١٩/٨/٧هـ^(١٧)، عن مريضة انفصل عندها الحبل الشوكي فتوقف التنفس مع استمرار وظيفة المخ، فجاء في الفتوى جواباً: " .. إذا كان الواقع هو ما ذكرتم فلا مانع من نزع آلات الإنعاش عنها..".

(١٧) انظر: الفتاوى المتعلقة بالطبّ وأحكام المرضى، إشراف د صالح بن فوزان الفوزان، ص ٣١٥.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

والغريب أنّ هذه الحالة ظاهر توصيفها أنّها تتمتع بالوعي، ومع ذلك تم الترخيص بإيقاف التنفّس مع كونه يؤدي لوفاتها.

وعلى كل حال، حتّى حالة الموت الدماغى التي تقع في أقصى الطرف، لا يحصل فيها تشغيل آلي للجسد، بل يعمل القلب بآلية نبض ذاتية إذا توفرت له شروط ذلك ولو صناعياً، لكن نفس عمله لا يمكن عزوه للآلة بصورة خالصة، ثمّ إنّ الصّحة الجسدية بما فيها من تبادل للغازات خلويّاً والهرمونات وغيرها من وظائف المناعة والجهاز العصبي تبقى رغم ما حصل للدماغ، وتوصف في أحدث الدراسات بأنّها صحة جسدية تكاملية بين مختلف أعضاء ومكونات الجسد، حتّى أنّ التدخل العلاجي بالعناية المركّزة يتم تخفيضه إلى درجة من التدخل تقع دون حالات أخرى متدهورة تحتاج تدخلات أكثر مع كونها حيّة قطعاً^(١٨)، وما يصفه الفقهاء المتقدّمون بأنّه حياة مستعارة ينصرف إلى حالة الذبيح، والتي تفتقر إلى مثل هذه الأوصاف الصحيّة الجسدية ولا يمكن تسويتها بمثل هذه الحالات لاعتبارات كثيرة يضيق المقام عن تفصيلها^(١٩).

المثال الثاني: تصورات حالة موت الدماغ

هناك قائمة طويلة من التصورات غير الدقيقة التي يبني عليها الفقهاء فتاواهم، ولن يسع المقام هنا لتفصيلها، ولكن من أبرزها أنّ موت الدماغ يصدّر على أنّه توقّف كامل حرفياً لكل خلايا الدماغ وكأنّ الرأس مقطوع تماماً، وكذلك القول بأنّ أعضاء ميت الدماغ تعمل بشكل منفصل عن بعضها ولا تدلّ على وجود صحّة جسديّة تكاملية، وأنّ الحالات تموت سريعاً رغم التدخل العلاجي، وأنّه لا يوجد خلاف طبيّ في موت ميت الدماغ، وأنّ المسألة طبيّة محضة محسومة وواضحة، وأنّ التشخيص قطعيّ تماماً ومدعوم بالأدلة العلمية اليقينية، إضافة لعدم بيان علامات الحياة التكاملية التي أثبتتها الدراسات الكثيرة بصورة متصاعدة، حتى اعترف بذلك تقرير رئاسي أمريكي صدر في ٢٠٠٨م عن جديليات تحديد الموت^(٢٠).

^(١٨) انظر لتفاصيل هذه النقاط والمراجع الطبيّة المتعلّق بها: أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، ١/٧٩، ١٤٧-١٤٩، وما بعدها، ١٦٠، ١٩٦، ١٧٧ وما بعدها، وللخلاصة مركّزة انظر ٢/٧٦٨ وما بعدها.

^(١٩) انظر: أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، ٢/٧٤٥ وما بعدها.

^(٢٠) انظر لمناقشة هذه التصورات بالتفصيل المدعّم بالدراسات الطبيّة: أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة،

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

الإشكال الخامس: إجمال ما حقّه التفصيل.

ويبرز هذا في أنّ تلك الفتاوى والأبحاث لم تُعن بتفاصيل ما تنصب عليه القرارات من إجراءات علاجية، بل أجملتها تحت اسم الإنعاش أو أجهزة الإنعاش ونظرت إليها نظرة مجملة، بينما هي في حقيقتها متفاوتة في صفاتها وآثارها، والقرارات تتخذ إزاء بعضها دون البعض في كثير من الأحيان، وذلك مما يستدعي النظر الفقهي التفصيلي مراعاةً للتأثير المحتمل لتلك الفروق في الأحكام.

الإشكال السادس: الاقتصار في البناء على مسائل دفع الهلاك على مسألتي التدوي والإنقاذ.

وخلاصة هذا الإشكال أنّ نظرة ثنائية تولّدت في الأبحاث، ترى أنّ الإنعاش إجمالاً يجب مطلقاً لأنه إنقاذ^(٢١)، أو لا يجب مطلقاً لأنه تدوي، كما جاء في فتوى للشيخ بن باز رحمه الله عن حالة طفل مصاب بالاستسقاء لا يرجى برؤه ويتوقع أنّ قدراته العقلية ستكون ناقصة جداً، فجاء في الجواب: " أفيدكم بأنّه قد ذهب جمهور أهل العلم إلى أنّ علاج المرضى مستحب حيث يرجى برؤه، ولا يجب، وهذا هو الأرجح من حيث الدليل.. وبناء على ذلك فتري اللجنة أنّه لا حاجة إلى الاستمرار في العلاج، ولا حرج عليكم ولا على الأطباء في تركه.. " (٢٢).

والواقع أنّ توسيع الاستقراء يكشف عن أنّ الفقهاء تناولوا مسائل كثيرة فيها دفع للهلاك غير هاتين المسألتين بإطارهما العام، ولهم في تناولها تعليقات تكشف عن أسباب إيجابهم لبعضها دون البعض، بل نجد ذلك حتّى في ثنايا كلامهم في تعليل حكم التدوي العام والتعليل للفرق بينه وبين الغذاء والشراب، وسأذكر فيما يلي بعض النقاط الأساسية التي كشف عنها الاستقراء والتحليل لذلك كلّ على سبيل الاختصار:

١- التدوي له صورة عامة ترتبط بخفاء التأثير^(٢٣) وطبيعته فيها غير منضبطة النفع كما يعرّف القرافي^(٢٤)، ويعسر الوقوف على النفع معها بصورة معتادة، بل يعسر ذلك حتى على حدّاق

(٢١) انظر: الإنعاش، محمد المختار السلامي، ٤٨١-٤٨٢؛ رفع الأجهزة الطبية عن المريض، لعبد الله الطريقي، ص ٣٠.

(٢٢) الفتاوى المتعلقة بالطب وأحكام المرضى، إشراف د صالح بن فوزان الفوزان، ص ٣١٩.

(٢٣) انظر: الكليات لأبي البقاء الكفوي، ص ٤٢٢؛ أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، ١/٣٣٤ وما بعدها.

(٢٤) الفروق، ٤/١٨٤.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

الصناعة كما يعبر الجويني^(٢٥). وفي المقابل، للتداوي صور أخرى فيها وضوح في النتيجة واستقرار، مثل وقف النزيف بشد الجرح اليسير أو الخياطة، ومثل إساعة اللقمة لمن غصّ بها، فضلاً عن صور دفع الهلاك بالأكل والشرب والإنقاذ بصورة العاديّة، وهذا أوجبه الفقهاء من حيث الأصل.

٢- أنّ الفقهاء أرادوا الانفكاك عن ربط وجوب دفع الهلاك بما لا ينضبط، أي لا يظهر فيه النفع بشكل معتاد يتيسّر إدراكه، مشياً مع قاعدة الشرع في أصل عدم الوجوب واليسير، ولكنهم أوجبوا دفع الهلاك حين انفكّ عن هذه المنطقة بالوثوق في نفعه كما عبّر بعضهم^(٢٦)، أو تيقّنه كما عبّر كثيرون^(٢٧).

٣- أنّ الفقهاء عاملوا المنع من تحصيل شخص لأسباب تدفع الهلاك عنه، كمنعه الشراب لو غصّ أو حبسه مع منع الطعام عنه، معاملة الجاني الذي يجب عليه الدية أو القصاص^(٢٨)، بل نصّ بعض الشافعية والحنابلة على إدخال المنع من شدّ الفساد لوقف النزيف في ذلك^(٢٩). وذكروا أيضاً الضمان أو القصاص في صور فيها إزالة لسبب دفع الهلاك أو إزالة للمانع من حدوث الهلاك، كأخذ الطعام ممن وجد في بركة، وأخذ السلاح والترس ممن يدفع به عن نفسه الصيال، وإزالة قرية العوام أو اليد من تحته، وإزالة ما يمنع حدوث الشنق، وغير ذلك^(٣٠). وكل هذا يظهر خطورة اعتبار كل الأفعال التي تتضمّن التسبب في الوفاة من قبيل ترك التداوي فحسب، على الرغم مما يظهر فيها من صور المنع والإزالة مع تحقّق النجاة بالسبب^(٣١).

(٢٥) انظر: نهاية المطلب، ٢/٣٠٦.

(٢٦) انظر: أسنى المطلب، ٤/٦؛ تحفة المحتاج، ٨/٤٦٨؛ الإنصاف، ٩/٤٣٤؛ الفروع، ٥/٦٢٣.

(٢٧) انظر: أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، ١/٣٤٨-٣٥١.

(٢٨) أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، ١/٣٤٨-٣٥١.

(٢٩) انظر: مغني المحتاج، ٥/٢١٥؛ أسنى المطلب، ٤/٤؛ مطالب أولي النهى، ٦/٥.

(٣٠) انظر: أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، ١/٥٠٥-٥١٣.

(٣١) انظر: أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، ٢/٧٢٦ وما بعدها.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

□ المطلب الرابع: مرتكزات المنهج الصحيح في معالجة القضية

يقوم هذا المنهج على ما يلي:

- 1- التصوّر الطبيّ المعمّق والشّموليّ من خلال المصادر الطبيّة المعتمدة، مع فحص ما يؤثّر في الفتاوى ويتعلّق بالمؤثرات في الحكم.
 - 2- البناء على أصول شرعية أكيدة من حفظ النفس وقاعدة التيسير وأصل براءة الذمّة، وغير ذلك مما يأتي تفصيله، مع الشمولية في ذلك.
 - 3- عدم البناء على تقييم الحياة وتثبيت قيمتها الذاتية.
 - 4- تحرير مساحة الوجوب في تقديم العلاجات، بحيث ينحصر الامتناع الجائز في ما عداها.
 - 5- مراعاة الاعتبارات المتعدّدة في الحكم بالوجوب أو عدمه، كنوع العلاج ونوع الحدّ منه ونوع الحالة والمقصد وحقّ الغير وغير ذلك.
- وأحسب أنّه قد تيسّر لي بفضل الله تطبيق هذا المنهج في رسالة أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، ولعلّ في هذه الورقة ما يبرز شيئاً من ذلك إن شاء الله.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

□ المطلب الخامس: مبادئ مهمة للمعالجات الشرعية للقضية

من المفيد في نظري أن نعرض للمعالجات الشرعية للقضية من زاوية المبادئ، وثمة مبادئ مهمة لاحظت أنّ كثيراً من التفاصيل ترجع إليها^(٣٢)، ومن أهمها:

أولاً: مبدأ حفظ النفس. وهو من الضرورات الخمس، وتأثيره قوي جداً في فهم موقف الشريعة في مجالات هذه القضية، وذلك أنّ كون حفظ النفس من الضرورات الكبرى التي ترجع لها الأحكام يستلزم أنه مقصود لذاته شرعاً، وأنه مقصد أكبر له مكانة كبرى وتقدم، وهو ما يناقض جعل الحياة محلّ تقييم عند اتخاذ القرار، فتعتبر تارة ويقصد حفظها، وتهدر تارة ويقصد تسهيل فواتها، وهذه قضية جوهرية في الفرق بين الموقف الشرعي والمواقف الأخلاقية الحديثة.

كما يندرج تحت هذا المبدأ مشروعية حفظ النفس من ناحية الحاجيات والتحسينات، وتحت ذلك تخفيف الآلام وتحسين الصحة.

ثانياً: الشريعة مبنية على التيسير. وهذا المبدأ هو ما يبني عليه الحدّ من العلاج بصورة متوازنة مع مبدأ حفظ النفس، وهذا التوازن يتحقق من خلال إعمال مبادئ شرعية تالية أكثر تفصيلاً، يمكن أن نعتبرها منبثقة من هذا المبدأ العام.

ثالثاً: الأصل براءة الذمة وعدم وجوب التكاليف. وهذا من أوجه تيسير الشريعة، وينبني على هذا المبدأ أنّنا نحتاج لتحديد مساحة الوجوب وضبطها، لأنّ براءة الذمة هي الأصل.

رابعاً: الأحكام الشرعية تبني على الأوصاف الظاهرة المنضبطة. وهذا يرتبط بما سبق، لأنّ الوصف الذي يظهر ويمكن إدراكه بدون عسر، ثم يكون منضبطاً لا يضطرب ويختلف ويتردد عند اختلاف الصور والظروف، فهذا الوصف هو ما يرتبط به الحكم ببسر، وفي حالة ضبط الوجوب نجد أنّ ذلك يميّز لنا مساحة الوجوب ويفصلها عن المساحة المباحة من حيث الأصل، وهو ما جعل كثيراً من الفقهاء لا يوجبون بعض ممارسات العلاج التي لا ينضبط نفعها من حيث الأصل، وهو ما يرجع له قول الجمهور بعدم وجوب التداوي من حيث الأصل.

^(٣٢) يمكن مراجعة تأصيل هذه المبادئ وبيان دورها في الباب الثاني من كتاب أحكام قرارات العلاجات المساندة

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

خامساً: العمل بالظن الغالب أصل شرعي، ودرجة الظن التي يتعلّق بها الحكم قد تتفاوت تبعاً لمقاصد الشرع. فالفقهاء مع سيرهم على مبدأ العمل بغلبة الظنّ عموماً، اعتمدوا ظنوناً أضعف أو اشتروا ظنوناً أعلى في بعض المسائل التي يستدعي تحقيق مقصد الشرع فيها ذلك، تيسيراً أو احتياطاً بحسب طبيعة المسألة ومنزلة ما يتعلّق بها من مصالح ومفاسد في الشريعة^(٣٣).

وهذا المبدأ يضبط التيسير عند النظر في تحديد العلاج الواجب، فهو يتّجه بنا إلى جهة إيجاب حفظ النفس عند وقوع الظنّ بدفع المعالجة للهلاك، ولكننا في هذا الاتجاه ننظر أيضاً إلى الجانب الآخر الذي ينحى للتيسير، ونوازن بينهما بطريقة تراعي مقاصد الشرع.

ومثل هذا التنوع والتفاوت يلاحظ في كلام الفقهاء إذا استقرأ بتوسّع في عموم أبواب الفقه، وفي قضيتيّ المعالجات التي تدفع الهلاك نجد أنّ ثمة صور منها أوجبها الفقهاء خلافاً لتأصيلهم العام بعدم وجوب التداوي من حيث الأصل، لأنّ طبيعتها تعطي الانضباط الذي تزول معه مشقّة الإدراك، فعاملوها معاملة الأسباب العادية كبعض صور وقف النزيف وخياطة الجرح وفك الاختناق بإساعة اللقمة للغاص وغير ذلك.

سادساً: مبدأ عدم الإضرار والموازنة بين المضار والمنافع. وهذا المبدأ يفتح نافذة للحدّ من بعض صور العلاج التي يعظم فيها جانب الضرر، ولهذا قواعد وتفصيلات ربّما يصعب بسطها في هذا المقام، لكنّ المراد هنا بيان المبدأ الذي ترتكز عليه المعالجات الشرعية.

سابعاً: أصل عدم الإجمار. وهذا المبدأ يرجع إلى أنّ المكلف هو المخاطب بما يتعلّق بنفسه والأصل أنّه أحقّ باتخاذ ما يتعلّق بها من قرارات، ولكن لكون هذه النفس مملوكة لله، ولكون هذا المكلف محكوم في تصرفه بعبوديته للخالق، فإنّ هذا المبدأ يحتمل الاستثناء في صور ضيقة يمكن فيها إجبار المريض، عند وضوح تحقّق الوجوب مع انتفاء مجال تأوّل المريض بأنّ المعالجة غير واجبة.

ثامناً: مبدأ تقديم الأولى. ويندرج تحت هذا المبدأ تقديم حالات على أخرى عند التزاحم مع عدم إمكان الجمع، ويرجع ذلك لاعتبارات شرعية محدّدة مثل السبق وتقديم الأحوج عند

(٣٣) انظر: أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، ١/٢٩٧ وما بعدها.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

التساوي، وغير ذلك مما يضيق المقام عن بسطه هنا نظراً لاشتماله على قواعد وتفصيلات مهمة لا يصلح اختزالها^(٣٤).

^(٣٤) انظر: أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، ٨٩٣/٢ وما بعدها.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

□ المطلب السادس: منافذ الحدّ من العلاجات المساندة للحياة

أولاً: منفذ العلاجات غير الواجبة

وقد خلصت إلى جملة من الضوابط التي تكشف عن حدود مساحة الوجوب، وأنّ ثمة مساحات لعدم الوجوب توجد بسبب اشتراط بعض الشروط للوجوب، وقبل أن أذكر مجموعة من أهمها، أتبه هنا إلى أنّ بيان مساحات الامتناع الجائز لا يعني تشجيعه، أو أنّه يكون جائزاً بإطلاق دون نظر لاعتبارات أخرى، فقد يكون الامتناع رغم جوازه من حيث الأصل ممنوعاً لتناقضه مع قواعد شرعية أخرى أو عدم تناسبه مع مقاصد الشرع، أو وجود تعاقد على خلاف ذلك.

أمّا أهم تلك الضوابط التي تكشف عن مساحات الامتناع الجائز فأجملها كما يلي^(٣٥):

فمن جهة المريض: يجب طلب وتقديم العلاج إذا ترجّح هلاك المريض أو تضرّره ضرراً شديداً يذهب بعضو أو منفعة إذا لم يُعالج به، ويجب تقديم العلاج للغير لا طلبه للنفس دفعاً للآلام والمشاق.

وهنا نلاحظ الرجحان شرطاً، مما يسمح بالامتناع عند عدمه.

وكذلك من جهة المريض: لا يجب العلاج إذا وصل المريض إلى حدّ الإشراف على الموت بحيث لا يعيش وإن تعالج، ويجب العلاج إن كان يتسبّب في بقاء المريض حياً ولو لمُدّة يسيرة.

ومن جهة المُعالج: يتوقّف وجوب العلاج على كون المُعالج قادراً على تقديمه، فيجب عليه عندئذ القيام به ما لم يترجّح له أنّ غيره قام به.

ومن جهة نفس العلاج، فالعلاج الذي يكون الأصل فيه الوجوب هو ما توقّرت فيه ثلاثة

شروط :

الشرط الأول: أن يكون نفعه في دفع الهلاك مترجّحاً بانضباط^(٣٦).

^(٣٥) يمكن مراجعة هذه الضوابط مختصرة في أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة ٩٩٩/٢ فما بعدها، ومفصّلة معلّلة في ٥٢٦/١ فما بعدها.

^(٣٦) أي يوجد ترجّح نفعه باعتياد في الحالات الشبيهة، بحيث لا يتفاوت وجود ترجّح النفع وعدم وجوده تفاوتاً كبيراً بين الحالات المشابهة، فإنّه إذا ترجّح نفعه أحياناً ولم يترجّح أخرى باختلاف الأشخاص رغم تشابه الحالات، كان غير منضبط.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

الشرط الثاني: أن يكون ملحقاً^(٣٧).

الشرط الثالث: أن يكون متعيّناً^(٣٨).

ويترتب على كون الأصل في العلاج الوجوب أنّ الموقف الأصلي الذي يستصحب ويعمل به هو تقديم ذلك العلاج وجوباً، ولا يترك ذلك العلاج للتردّد في توقّع نجاحه، بل يعتمد على العادة الغالبة في نجاحه، ولا يتوقّف وجوبه على حصول ظنّ النجاح في الحالة المعيّنة. ويستصحب أصل الوجوب في العلاج الذي يجب من حيث الأصل ويستمرّ الحكم به، حتّى يقوى ترجّح عدم نفع العلاج في دفع الهلاك ويزيد الظنّ بذلك على أصل الرجحان^(٣٩)، بحيث يكون النجاح نادراً^(٤٠).

وبما سبق ينكشف أنّ العلاج الذي يكون الأصل فيه عدم الوجوب هو العلاج الذي لا يترجّح نفعه بانضباط، أي لا يوجد رجحان نفعه باعتياد في الحالات الشبيهة. وهذا العلاج لا يحكم بوجوبه بالاحتمال المرجوح أو الشكّ أو حصول أصل رجحان الظنّ بدفع الهلاك دون زيادة فيه، ويحكم بوجوبه إذا قوي ترجّح نفعه في دفع الهلاك وزاد الظنّ بذلك على أصل الرجحان^(٤١).

وسبب اشتراط زيادة قوة الظنّ على أصل الرجحان هو التيسير عند وجود عدم الانضباط الذي تتّصف به المساحة الأولى من الظنّ، فإذا قوي وانفك الإدراك عن هذه المساحة فلا مانع حينها

^(٣٧) إلحاحه بأن يكون ضرورياً لا يحتمل التأخير لحفظ حياة المريض وعدم تضرّره.

^(٣٨) تعيّن بأن لا يكون له بديل.

^(٣٩) توضيح: أصل الرجحان يكون بمجرد ترجّح النفع في بدايته ترجّحاً يسيراً، والزيادة على ذلك تكون بتزايد الظنّ وقوّته بحيث يرى أنّه زاد عن ذلك الترجّح اليسير وتميّز عنه.

^(٤٠) والأحوط أن لا يحكم بعدم الوجوب إلّا إذا انعدم احتمال النجاح أو كان قريباً جداً من الانعدام، ما لم يسبّب ذلك مشقّة ظاهرة بسبب تكاثر هذه الحالات على الطاقم الطيّ، فيكتفي حينها بقوّة ترجّح عدم النفع وزيادتها على أصل الرجحان، بل يمكن أن يكتفي بمجرد رجحان عدم النفع ليحكم بعدم الوجوب إذا لم تنتف المشقّة بتعليق عدم الوجوب بالندرة، بل لا يبعد أن يسقط الوجوب بالشكّ واستواء احتمال النجاح وعدمه إذا بقيت مشقّة ظاهرة لا تندفع إلّا بذلك.

^(٤١) وينبغي أن يكتفى بحصول أصل رجحان الظنّ ما لم يترتب على الاكتفاء به دون طلب الظنّ الأعلى مشقّة ظاهرة أو تأثير على توزيع الكوادر والموارد بما يضرّ بكفاءة تغطيتها للحاجات العامة لعموم المرضى.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

من اقتضاء مقاصد الشرع لجريان الحكم، فنحكم بالوجوب ولو لم نصل لليقين بنفع المعالجة لدفع الهلاك ما دام الظن قوي إلى مرحلة تجاوزنا فيها التردد والاضطراب.

ثانياً: منفذ الخطر في المعالجة

خلاصة أهم ما في هذا المنفذ: أنّ وجوب المعالجة يسقط إذا زاد خطرها على خطر تركها أو ساواه، أو كان خطرها كثيراً غير نادر، وكان احتمال دفع المعالجة للهلاك مرجوحاً، أو كان مشكوكاً فيه غير مترجح، وأمكن تراخي الهلاك مع تركها بحيث لا يقع عاجلاً بالترك. وثمة صور أخرى للخطر يمكن أن تكون منفذاً، تحتاج الدقة في تفصيلها ويصعب ذلك في هذا المقام، لكن لإعطاء الفكرة العامة لها نقول أنّها تدور بإجمال حول اقتتان الخطر بمؤيدات، مثل كون المعالجة إفساداً في الأصل كالجراحات واشتمالها على ألم شديد، مع كون الحكم بالوجوب ليس قوياً والهلاك بالترك ليس عاجلاً في حصوله.

ثالثاً: منفذ الترجيح بين التعارضات

خلاصة هذا المنفذ أنّ الترك قد لا يكون لعدم وجود ما يتقضي الوجوب، بل لحصول تعارض حقيق بين أمرين لا مفرّ من اختيار أحدهما، فحينئذ إذا قدّم من حقّه التقديم وفق القواعد الشرعية كان ذلك منفذاً للامتناع عن علاج الآخر. وليس من قبيل هذا المنفذ التوسّع والإسراع في الامتناع بحجّة التزاحم الذي لا يتحقق معه مثل هذا التعارض بالمعنى الحقيقي الواقعي، ولا القيام بممارسة الإيقاف للتنفّس الصناعي بما يتسبّب في موت المريض الذي سبق.

رابعاً: منفذ التيسير

خلاصة هذا المنفذ أنّه إذا كان الأصل في المعالجة الوجوب، ولم يحصل بنفع المعالجة في الحالة المعيّنة رجحان، فإنّ المشقة الشديدة تُسقط الوجوب عن المريض، أمّا غير المريض فالأصل بقاء الوجوب بحقه.

أمّا إذا كان الأصل في المعالجة الوجوب وحصل بنفع العلاج رجحان، أو كان الأصل عدم الوجوب وحصل بنفعه زيادة في رجحان الظنّ عن أصله في حالة معيّنة، فالأرجح عدم سقوط الوجوب بالمشقة.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

ولا يخفي أنّ أثر التيسير أوسع من أن يحصر في هذا المنفذ، فاليسر خاصيّة للسرعة تسري فيها سريان الروح في الجسد، ومن آثار ذلك ما ذكرناه مثلاً في المنفذ الأول.

خامساً: منفذ إذن المريض

خلاصة هذا المنفذ أنّ رفض المريض للعلاج يُسقط إيجابه عليه حتّى لو تحققت ضوابط وجوبه في نظر غيره، إلا إذا تُبيّن نفعه في دفع الهلاك مع تعيّن لذلك وكونه ملحاً فيه، على أن لا يكون ثمة مجال لتأول المريض في اعتقاد عدم تحقّق وجوبه، أو في اعتقاد سقوط وجوبه بأحد المسقطات^(٤٢).

^(٤٢) كأن يكون في المعالجة ضرر يُحتمل أن يُقدّر بأنه مساوٍ أو أكثر من ضرر التّرك، أو ألم أو مشقّة تُحتمل أن يقدر المريض أنّها شديدة تسقط الوجوب في اعتقاده.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

□ المطلب السابع: نحو الوصول لمعايير مناسبة

ظهر لي مع التقدّم في الرسالة أنّ تعقيد قضايا العلاجات المساندة للحياة لا مفرّ من التعامل معه بتعقيد مقابل في المعالجات، وبدون ذلك ستستمر المسألة في اتصافها بأحد أعقد - أو أعقد بالفعل - قضايا الطب المتعلّقة بمعرفة الصواب والخطأ في الممارسة، ولكنّ هذا في المقابل يلقي جمهوراً لا يتعامل مع هذه الصبغة التفصيلية الشرعية التخصصية، إمّا لعدم تخصّصه كالأطباء عموماً، أو لصعوبة تعمّقه في ذلك لما يحتاجه من جهد ووقت.

ولا زالت هذا القضية تؤزّقني حتى وأنا أقارب الآن الانتهاء من كتابة هذه الورقة التي آمل أنّها ربّما تسهم في شيء من الحل والتجسير، وسأقدّم هنا أحد محاولاتي المبكّرة والتي أرى أنّها إن نضحت ستكون من أنسب طرق التجسير بين المحتوى العلمي العالي وبين الواقع العملي، وهي محاولة صياغة معايير يسهل تطبيقها طبيّاً، ولو أدّى ذلك لبعض الاختزالات للقيود والضوابط حتى يمكن الوصول لمحتوى مناسب من ناحية مستوى التعقيد، ولا بد أن يكون ذلك الاختزال في اتجاه الاحتياط لا التساهل، لأنّ التساهل هنا يعني الوقوع في إثم ترك الواجب ونتيجة إهدار حفظ النفوس، وهذا يعني أنّ هناك مجالاً للتعديل في هذه المعايير باتجاه الانضباط بالأرجح بين التساهل والاحتياط.

والحاصل أنّي قمت في أواخر مرحلة كتابة الرسالة بصياغة معايير لقرارات العلاجات المساندة للحياة مستقاة من ضوابط الدراسة المبيّنة في المبحث الأوّل من هذا الفصل، بغرض عرضها على مجموعة من الأطباء المختصين ضمن استبيان، وراعت في الصياغة أن تشكّل المعايير قواعد ذات طبيعة عمليّة مقيدة لممارسة الأطباء الحدّ من العلاجات المساندة للحياة، مع الاختصار والتركيز على أهمّ الضوابط وأكثرها صلة بالواقع العملي، لتتناسب الواقع وطبيعة الاستبيانات.

كما ركّزت على القواعد العامة مبتعداً عن القواعد الخاصة بالحالات المعيّنة؛ حتّى لا يكون حكم الأطباء على المعايير مرتبطاً بزاوية هذه الحالات، كما أنّي صغت المعايير بطريقة فيها ميل للاحتياط - كما أسلفت-، حيث جعلت الأصل في الامتناع التحريم إلّا في حالات محصورة.

وقد قامت فكرة الاستبيان على قراءة الطبيب لهذه المعايير، وبعد قراءتها وفهم متى يسمح ومتى لا يسمح بالحدّ من العلاجات المساندة للحياة، فإنّه يجيب على عدّة أسئلة تعتمد على افتراض تطبيق المعايير وتحليل آثارها في الواقع، ثم يجيب على بعض الأسئلة الأخرى، وقد تضمّن الاستبيان حديثاً موجزاً عن واقع قرارات العلاجات المساندة للحياة وإشكالاتها وطبيعة دراستي لها، وجوهر فكرة المعايير التي

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

صغتها للاستبيان وابتعادها عن تقييم الحياة وتركيزها على تحديد متى يجب العلاج وفق محددات الدراسة المستخرجة منها. وسأعرض هنا المعايير طمعاً في تقريبها للأفكار المهمة الرئيسة التي خرجت بها، وطمعاً في تحفيزها تطويراً علمياً لها يحلّ بديلاً عن السياسات الحالية التي تركز على مبادئ الممارسة الغربية وتتضمن الإشكالات التي سبق الحديث عنها في هذه الورقة.

■ نصّ المعايير:

المعايير المقيّدة لممارسة الحدّ من العلاجات المساندة للحياة

تمهيد في تعريف بعض المصطلحات:

الحدّ من العلاج: الامتناع عن المعالجة قبل البدء فيها أو إيقاف المعالجة الجارية
الامتناع: ترك ابتداء المعالجة، أو ترك تقديم الدفعة التالية منها إذا كانت تقدّم بشكل غير متواصل.

الإيقاف: القيام بفعل يوقف المعالجة الجارية التي تقدّم بشكل متواصل.

العلاجات المساندة للحياة: هي إجراءات علاجية تستعمل للمحافظة على الحياة بعد فشل عضو أو أكثر من الأعضاء الحيوية بالجسم. (مثل: الإنعاش القلبي الرئوي-التنفس الصناعي-غسيل الكلى الخ).

الترجّح أو الرجحان: هو أن يكون التقدير لاحتمال حصول الشيء فوق ٥٠% بالمائة.

المعايير:

معيار الامتناع: يجوز الامتناع عن العلاج المساند للحياة في الحالات التالية حصراً:

الحالة الأولى: أن تترجّح سلامة المريض لو ترك بدون علاج بحيث لا يهلك أو يتضرّر عاجلاً أو أجلاً بسبب الترك، مع عدم وجود آلام ومشاق يمكن تخفيفها بتقديم العلاج.

الحالة الثانية: أن يكون احتمال نفع العلاج في دفع الهلاك عن المريض منعدماً أو نادراً.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

الحالة الثالثة: أن يكون نفع العلاج في دفع الهلاك عن مثل حالة المريض غير مترجّح بشكل معتاد في الحالات الشبيهة، مع كون نفعه في دفع الهلاك عن حالة المريض المعين المنظورة غير مترجّح بصورة واضحة.

توضيح للحالة الثالثة:

ت (1) يعتبر الأصل في العلاج الذي لا يترجّح نفعه بشكل معتاد في الحالات الشبيهة هو عدم الوجوب، وذلك بأن تكون نسبة النجاح في الحالات الشبيهة ٥٠% أو أقل - وفي حال اختلاف الدراسات فالأمر يتعلّق باجتهاد الطبيب في تقدير نسبة النجاح الشائعة الأقرب للواقع حسب اجتهاده.

ت (2) بناءً على كون الأصل في هذه الحالة عدم الوجوب، لا يكون تقديم العلاجات من هذا النوع واجباً إلا إذا استثنيت الحالة المعينة من المعتاد في الحالات الشبيهة، وذلك عندما يقوى الظنّ بدفع العلاج للهلاك عنها فيترجّح بصورة واضحة، ويحدث ذلك عندما تزيد العلامات التي تقوّي الظنّ بالنسبة للمريض المعين فتحدث طمأنينة في النفس إلى نجاح المعالجة وإن ظلّ احتمال الفشل قائماً.

من أمثلة العلاجات التي تدخل في هذه الحالة -بالنسبة لبعض الحالات المرضية: الإنعاش القلبي الرئوي، العلاجات الدوائية والكهربائية للقلب.

الحالة الرابعة: ضعف الظنّ بنجاح المعالجة التي تقدّم بشكل غير متواصل في دفع الهلاك بعد الشروع في تقديمها، بحيث تدرج ضمن الحالة الثانية أو الثالثة، فيمكن الامتناع عن تقديم الدفعة التالية من المعالجة عند ذلك.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

تنبيهان للحالات عموماً:

التنبيه الأول: قصر الحياة المتوقعة للمريض لا يجعل العلاج غير واجب.

التنبيه الثاني: هذه المعايير حين ينتج عنها أن الامتناع جانز فإن ذلك لا يعني منع الأطباء من محاولة دفع الهلاك بناءً على نظرتهم للمصلحة المتوقعة لو نجح العلاج ولو على سبيل الندرة.

الحالة الخامسة: رفض المريض للعلاج حال احتياجه إليه، فلا يجبر إلا إذا تُيقن نفع العلاج في دفع الهلاك (مثل التغذية والتروية الصناعية)، على أن لا يكون ثمة مجال لظن المريض سقوط وجوب العلاج لوجود ضرر كبير مُحتمل أو مشقة يمكن أن يظن المريض أنها شديدة ترخص له ترك العلاج.

معيار الإيقاف: يحرم إيقاف العلاجات التي تُقدّم بشكل متواصل كالنتفس الصناعي إذا كان يترجّح أن إيقافها يؤدي لهلاك المريض أو تضرره أو تعرّضه للآلام والمشاق، ويجوز إيقاف العلاجات التي تُقدّم بشكل متواصل إذا ترجّحت سلامة المريض من الهلاك والأضرار والآلام بصورة واضحة.

توضيح ١: لا يدخل في هذا المعيار العلاجات التي تُقدّم بصورة منقطعة كالغسيل الكلوي مثلاً، فإن التوقف عن تقديمها هو امتناع عن المواصلة يرجع في أحكامه إلى معيار الامتناع.

توضيح ٢: إذا كان الإيقاف مشكوكاً في تأديته للهلاك (٥٠%) أو يترجّح عدم تأديته للهلاك ترجّحاً خفيفاً فحسب، فإن في الإيقاف في هذه الحالة تعريض المريض للخطر، لكنّه يمكن أن يكون محل موازنة مع وجود حاجة للمريض في الإيقاف أو عند وجود التزام، ولذلك ضوابط تفصيلية لم أدرجها ضمن هذه المعايير لاعتبارات عملية تتعلق بتسهيل إجراء الاستبيان بصورة مبسطة ومركزة على الأهم.

- نهاية نصّ المعايير -

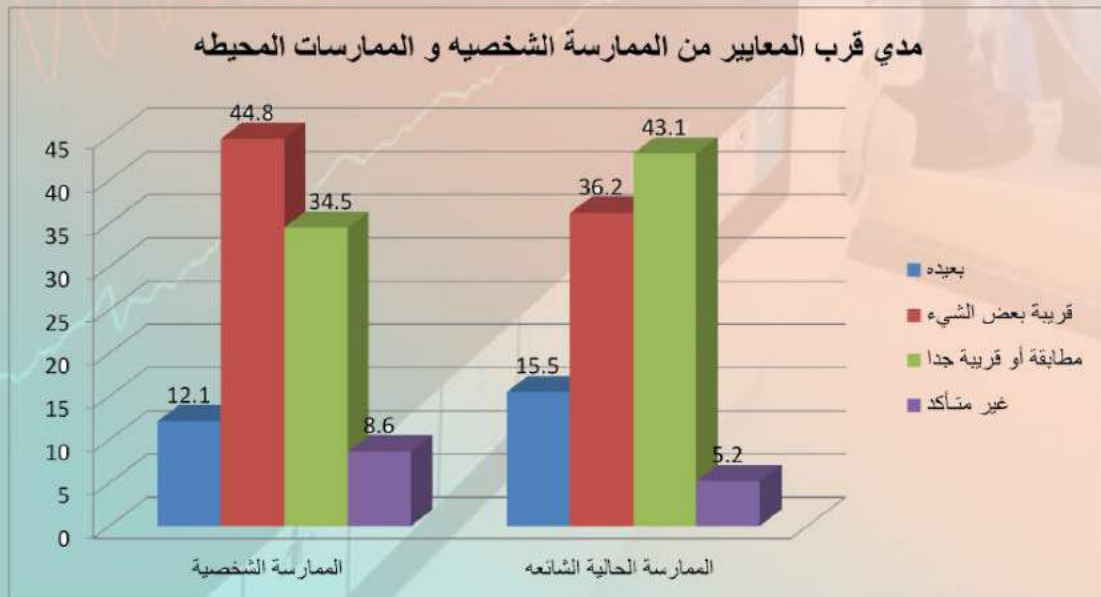
ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

فكرة موجزة عن نتائج الاستبيان: شارك بالاستبيان ٥٨ شخصا من تخصصات مختلفة ذات صلة، أبرزها العناية المركزة بأنواعها، وكان أغلب المشاركين يعملون في السعودية وسبق لهم العمل أو التدريب في أحد الدول الغربية. وهذه جملة من أهم خلاصات النتائج:

١. أغلب الأطباء يرون أنّ هذه المعايير ليست بعيدة عن ممارستهم الشخصية (٧٩,٣%)، بل يرى أغلبهم (٤٤,٨%) أنّها إما مطابقة أو قريبة جداً من الممارسة الشخصية أو قريبة بعض الشيء منها (٣٤,٥%).
٢. أغلب الأطباء يرون أنّ هذه المعايير ليست بعيدة عن الممارسة الحالية الشائعة في محيطهم (٧٩,٣%)، بل يرى أغلبهم (٤٣,١%) أنّها إما مطابقة أو قريبة جداً من الممارسة الشائعة أو قريبة بعض الشيء منها (٣٦,٢%).
٣. يرى أغلب الأطباء أنّ المعايير يمكن التأقلم معها (٨٢,٨%)، ويرى أغلبيتهم أيضاً (٥٥,٢%) إمكانية التأقلم معها بدون صعوبة أو بصعوبة غير كبيرة، في حين يرى بعضهم أنّ للتأقلم صعوبة كبيرة (٢٧,٦%).

يوضح هذا الجدول (٢) التالي:



ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

٤. انقسم الأطباء انقساماً واضحاً تجاه توقع تأثير تطبيق المعايير، بين من يرى أنه يتجه إلى عدم التأثير في الممارسة بشكل كبير (٢٥,٩%)، ومن يرى أنه يتجه لتوسيع الممارسة الحالية للحدّ من العلاجات المساندة للحياة (زيادة الامتناع أو الإيقاف) (٣٦,٢%)، ومن يرى أنه يتجه للتضييق (٢٧,٦%)، ومن عبّر عن عدم تأكده (١٠,٣%).

٥. رأى أغلبية الأطباء أنّ تطبيق المعايير سيحسن توزيع الموارد (٥٨,٦%)، ورأى بعضهم أنّه لن يؤثر بشكل كبير (٢٠,٧%)، في حين عبّر بعضهم عن عدم تأكده (١٠,٣٥%)، وعبّر بعضهم عن أنّه سيجعل التوزيع سيئاً (١٠,٣٥%).

٦. توقع نسبة (٤٦,٦%) من الأطباء أنّ تطبيق المعايير سيقبّل تقديم العلاج للحالات التي لا يجدي علاجها وفق معيار جودة الحياة، ورأى آخرون أنّ تقديمه لن يتغيّر كثيراً (١٩%)، وعبّر بعضهم عن عدم تأكده (١٩%)، بينما رأى بعضهم (١٥,٥%) أنّه سيزيد من تقديم العلاج.

٧. توقع نسبة ٣٧,٩% من الأطباء أنّ تطبيق المعايير سيقبّل تقديم العلاج للحالات التي لا يتوقع أن تعيش طويلاً، ورأى آخرون أنّ الأمر لن يؤثر بشكل كبير (٢٤,١%)، وعبّر بعضهم عن عدم تأكده (١٧,٣%)، بينما رأى بعضهم (٢٠,٧%) أنّه سيزيد من تقديم العلاج.

٨. توقع أغلبية الأطباء (٥٣,٤%) أنّ تطبيق المعايير سيخفّف الأعباء عن الطواقم الطبيّة، ورأى آخرون (١٩%) أنّه سيزيد الأعباء عليهم، ورأى آخرون أنّه لن يؤثر بشكل كبير (٢٠,٧%)، وعبّر بعضهم عن عدم تأكده (٦,٩%).

٩. رأى أغلبية الأطباء في أنّ التأثير المتوقع لهذه المعايير عموماً إيجابيّ (٦٧,٣%)، فقد توقّعت نسبة كبيرة أن يكون إيجابياً بعض الشيء (٣٩,٧%)، وبعضهم توقع أنّه سيكون إيجابياً جداً (٢٧,٦%)، في حين توقع آخرون أنّه لن يحدث تأثيراً (١٧,٢%)، وتوقّعت نسبة ضئيلة (٨,٦%) تأثيراً سلبياً جداً (٥,٢%) أو بعض الشيء (٣,٤%)، وعبّر آخرون بآراءٍ أخرى (٦,٩%) مثل توقع تأثير إيجابي عند التطبيق الدقيق أو بصورة تصاعديّة، ورأى أحدهم أنّ المعايير بالشكل الحالي غير قابلة للفهم.

١٠. قبل غالبية الأطباء (٩٨,٣%) المعايير مطلقاً (٥٥,٢%) أو إذا أُجريت عليها تعديلات يسيرة (٢٩,٣%) أو تعديلات كثيرة (١٣,٨%)، ورفضها مطلقاً شخص واحد فقط.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

وقد خلصت من تحليل نتائج الاستبيان إلى أنّ للمعايير قابلية عالية للتطبيق في الوسط الطبيّ، وأنّ ثمة احتمالية تبدو عالية حسب إجابات الأطباء لتأدية تطبيق المعايير لنتائج يرونها إيجابية، مع وجود صعوبة نسبيّة في توقّع اتجاه المعايير نحو التوسيع أو التضييق، ربما ترجع لعدم فهم المعايير بشكل موحد لأجل صياغتها أو كونها بمصطلحات اللغة العربية التي لم يعتد عليها الأطباء، أو أنّ توقّع نتائج المعايير صعب واقعياً بدون تجربته ضمن دراسة عملية، أو غير ذلك من الأسباب التي تتعلّق بالعوامل الشخصية.

كما تبين من خلال أسئلة أخرى بالاستبيان أنّ الأطباء يهتمون بإيضاح الحكم الشرعي في ممارسة الحدّ من العلاجات المساندة للحياة اهتماماً يشجّع على بذل الجهود في التحرير الفقهي لمسائل البحث، وأنّ أغلبهم يرحّبون بطرح معايير جديدة لتقييد الممارسة.

وختاماً أرى أنّ ما كشفه الاستبيان من توجّهات وتوقّعات يشير إلى أنّ تطبيق هذه المعايير -مع ميلها للاحتياط وإمكان تعديلها بعض الشيء- أمر عمليّ ممكن، بل قد يُحسّن الممارسة ونتائجها في كثير من الجوانب، وإن كانت المآلات الواضحة ستبيّن بعد تطبيقها في بعض البيئات الطبيّة، مع مقارنة المعطيات الناتجة أثناء التطبيق بالمعطيات المسجّلة سابقاً بنفس البيئات.

ويظهر من خلال بعض نتائج الاستبيان والملاحظات التي ظهرت منها أنّ تحسين المعايير ونتائجها مهمٌّ ويمكن من خلال أعمال علمية وبخثية، تتخذ طابعاً عملياً يدمج بين العلم الشرعي المتخصّص في هذا الموضوع، والعلم والتجربة الطبيّة المتخصّصة فيه أيضاً، ويمكن أن يأخذ ذلك -على سبيل الاقتراح لا الحصر- الأشكال التالية:

١. تحسين الصياغة من خلال عقد ورش عمل يجتمع فيها الإدراك الشرعي لمعاني وأبعاد هذه المعايير وما بنيت عليه من ضوابط، إلى جانب الإدراك الطبيّ العملي المبني على الممارسة والإدارة الطبيّة المتخصّصة للحالات التي تتخذ القرارات تجاهها، مع المعايير الشائعة لتقريب التعبيرات لها.

٢. تطوير المعايير من خلال إضافة معايير طبيّة وإدارية ذات طبيعة مؤقتة قابلة للتغيير حسب الواقع، لتضمن توجيه الممارسة إلى تحقيق المقاصد الشرعية، بعيداً عن استغلال مساحات السماح بالحدّ من العلاج فيها وتوجيهها إلى التساهل في حفظ الحياة، وعلى سبيل المثال يمكن أن يضاف للمعايير ما يجعل الحدّ من العلاج الذي تسمح به المعايير خاصّاً بالحالات التي يحكم بعدم جدوى معالجتها وفق

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

المعايير السائدة طبيياً، فيستثمر معيار جودة الحياة مثلاً في جانب حفظ الحياة لا هدرها، وذلك بأن تلزم المعايير بتقديم العلاج الذي لا يجب بحسب الضوابط الشرعية إذا كانت جودة الحياة المتوقعة لو نجح العلاج عالية.

٣. تطبيق المعايير في بيئة طبية عبر عمل بحثي يرصد التأثيرات ويقارن المعطيات السابقة بالمتأثرة بالتطبيق، ويحلل ثم يصب استنتاجاته في جهد بحثي فقهي وطبي، يستهدف التوصل لإدراك أدق للمآلات، ثم يقترح تحسين الصياغة بناءً على ذلك، وبما ينسجم مع الضوابط التي توصلت لها الدراسة.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

الخاتمة

أختم هذه الورقة بخلاصة توصيات رسالة أحكام القرارات العلاجات المساندة للحياة، نظراً لتناسبها وأهمية وصولها إلى الشريحة التي تستهدفها هذه الورقة.

١. اهتمام المتخصصين بنقد رسالة أحكام قرارات العلاجات المساندة للحياة، نظراً لما تضمنته من جهد استقرائي وتحليلي واجتهادي معمق وموسّع، والنقد لهذا المحتوى هو ما يدفع به للتطوير والإنضاج ضمن الساحة العلمية، إضافة إلى بذل الباحثين للجهد في إثراء ما تضمنته الرسالة من مباحث وإشكالات لم تنل حظّها سابقاً من الاهتمام والتوضيح.

٢. عقد الندوات والمؤتمرات من الجهات الفقهية والطبية المختصة لإعادة بحث المسائل الرئيسة التي درسها البحث، والمناطق المؤثرة التي توصل لاعتمادها، مع دراسة ما جاء فيه من معلومات طبية واجتهادات فقهية، وصولاً إلى فتاوى وقرارات مدققة في هذه المسائل الحساسة، ومن ذلك على وجه الخصوص قضية تقييم الحياة وفق جودتها المتوقعة أو طولها، وبناء الحكم بجدوى العلاج أو عدمه عليها، على اعتبار أنّ هذه القضية هي جوهر الموقف الشائع في الممارسة الطبية، فلا بد من اتّخاذ مواقف واضحة مؤصلة تجاهها، وبحث اعتماد معيار نفع العلاج في دفع الهالك لتقييم جدوى العلاج، وهو المعيار الذي اعتمده البحث بشكل كبير.

٣. تبني الجهات الشرعية للنتائج الرئيسة لهذه الدراسة أو لما تراه صواباً منها بعد تدقيقها، ثم نشرها ودعوة الجهات الطبية لضبط الممارسات بها.

٤. تبني الجهات الطبية مشاريع لدراسة وتحسين المعايير المقترحة في الرسالة وتحسين أسلوب إدارة الحالات طبيّاً بما يتوافق معها، على أن تجمع في ذلك بين العلم الشرعي المتخصّص في الموضوع، وبين العلم والتجربة الطبية المتخصّصة فيه، ويمكن أن يتضمّن ذلك -على سبيل المثال- ما يلي:

أ- عقد ورش العمل التي تستهدف دراسة المعايير الفقهية وكيفية تطبيقها وتقريب صياغتها للغة الطبية المفهومة للأطباء، وإضافة المعايير الطبية والإدارية لتسهيل وتحسين تطبيقها بما يضمن توجيه الممارسة إلى الانضباط بالضوابط الفقهية وتحقيق المقاصد الشرعية.

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

- ب- تطبيق المعايير ضمن عمل بحثي يتضمّن رصد تأثيراتها ومقارنتها بالنتائج في بيئات أخرى لا تطبقها، وصولاً لاستنتاجات وتوصيات عملية.
- ت- تطبيق أكثر من صيغة معدّلة للمعايير تصاغ ضمن حدود الاحتمالات التي فرضتها الدراسة تجاه بعض الأحكام الاجتهاديّة، مع رصد التأثيرات المتعدّدة والمقارنة بينها.
- ث- دراسة تعديل أساليب الإدارة الطبيّة لرعاية الحالات والابتكار فيها بما يتوافق مع المعايير والنتائج التي ظهرت من تجربة تطبيقها ورصد آثارها، مما يحسّن استعمال الموارد الطبيّة، ليتكامل الجهد البحثي الفقهي والطبي وصولاً إلى معرفة الإشكالات الواقعية وطرح الحلول لها ضمن حدود الضوابط الشرعيّة.
- ج- دراسة الجهات الطبيّة إمكانية عمل أماكن وأساليب رعاية صحيّة متوسّطة بين العناية المركّزة والأجنحة العاديّة، بحيث تحوّل لها الحالات التي يرى الأطباء ضعف جدوى علاجها، ويقتصرُ فيها على العلاجات الواجبة مع العلاج التلطيفي، لكن دون تفريط في حفظ حياة المريض بما يجب من العلاجات المساندة للحياة، أو رفع وتخفيف المشاقّ عنه بما يلزم من تدخّلات.

٥. تبني الجهات الطبيّة لمعالجة شاملة لقرارات العلاجات المساندة للحياة، تشمل ما يلي:

- أ- تقييد ممارسة الحدّ من العلاجات المساندة للحياة بالضوابط والمعايير التي توصل لها البحث، أو بصيغة معدّلة منها بعد دراستها وتعديل صياغتها وفق اجتهاد فقهي وإسهام طبيّ متكامل، ووضع ذلك في قوالب طبيّة مناسبة، مثل النماذج المعدّة مسبقاً لاتّخاذ القرارات، والخوارزميّات (Algorithms) التي تساعد على سرعة اتّخاذ القرار عندما يتطلّب الحال ذلك.
- ب- تدريب الأطباء والعاملين في الرعاية الصحيّة على التعامل الشمولي مع الحالات التي تتطلّب اتّخاذ القرارات، بحيث يشمل ذلك دراسة الحالة وفق الضوابط الفقهية، وتوعية المريض وأهله بالمعطيات الطبيّة والشرعيّة التي تساعد في اتّخاذ القرار.
- ت- تكوين لجان متخصصة في الفقه الطبيّ للمساعدة على اتّخاذ القرار وحل الخلافات

ندوة

(أخلاقيات طب الطوارئ و العناية المركزة)

بين الأطباء والمرضى أو أهاليهم، وتأليف مواد علمية مختصرة مزوّدة بالمعلومات الطبية والفقهية والإرشادات التي تساعد الأهل على اتخاذ القرار وفق فهم وخطوات سليمة، ومما يمكن دراسة عمله ضمن هذا السياق تصميم نماذج للقرارات تكون مقيّدة بالضوابط الفقهية، بحيث تسهّل فهم وتحديد الخيارات الطبية للمريض أو أهله أو الطبيب دون إخلال بتلك الضوابط.

* وأخيراً، فإني كتبت ما كتبت بناءً على محدود ما علمت، وكنت في كثير منه ظاناً راجياً أن أصيب، خائفاً من أن أخطئ، ولولا رجائي أن ينفع الله به وأن يغفر لي خطأه برحمته، لما أقدمت عليه، وأسأل الله أن يغفر لي ويعفو عني، وأدعو من قرأ هذه الورقة أن ينظر فيها بنظر الناقد، سائلاً الله أن يبصره بالحق، وليتبع ما يظهر له أنه الحق بعد البحث والتأمل الجاد، ولا يغترّ بما حسن في نظره من هذا البحث فيقبل منه ما ساء، فإنّ ما حسن فبفضل الله وحده، وما ساء فهو من نفسي الضعيفة ومن الشيطان، والله ورسوله منه براء. والله المستعان، ولا حول ولا قوة إلا بالله، نسأله العفو والغفران والنجاة من النيران، وأن نفوز بالجنة والرضوان. وصلى الله على نبيّنا مُحَمَّد وعلى آله وصحبه وسلم