التأصيل الطبي للضرورة الطبية
من وجهة نظر طبية حسب قواعد الشريعة

أعده
د خالد بن حمد الجابر
محرم ١٤٢٩ هـ

يا رب أتمم بخير

بسم الله الرحمن الرحيم، والحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على خاتم المرسلين، وعلى آله وأصحابه وأتباعه. أما بعد:-

فهذا ورقة علمية مختصرة، في "التأصيل الطبي للضرورة الطبية"، مقدمة لندوة القواعد الفقهية المنعقدة في الرياض في شهر الله المحرم فاتحة ١٤٢٩ للهجرة. وقد اختصرته من بحث طويل كتبته أيام الدراسة انتساباً في كلية الشريعة المباركة في الرياض قبل عشر سنوات، وأضفت إليه بعد ذلك إضافات كثيرة ومهمة جداً بحكم الممارسة، خاصة ما استجد في علم الطب المسند. وقد جعلته مختصراً حسب الوقت المتاح لتقديم الورقة.

وللحقيقة والتاريخ: فإن التراث العلمي الكبير الذي تركه لنا علماء الأمة على مدار الخمسة عشر قرناً الماضية مفخرة كبيرة، تحتاج من أهل العصر تحليلها بعناية واحترام، وإضافة أشياء كثيرة استجدت خاصة في علم الفقه الطبي، فهذا العلم جديد نسبياً ولا يحتاج في تأصيله إلى مجرد النقل بل لابد من التحليل والنقد والتأمل وابتكار قواعد ضابطة، تماماً كما فعل الأسلاف مع مستجدات عصرهم.

وعلم الفقه الطبي بالذات يحتاج لإعادة صياغة بالكامل، ويسرني أن أزف إلى جميع المهتمين بهذا العلم أن (موسوعة الفقه الطبي والأخلاقيات الصحية) التي شرفني الله تعالى بالإشراف على تحريرها، مع كوكبة مباركة من علماء الشريعة وأساطين الأطباء منذ أكثر من ثلاث سنوات قارب الجزء الأول منها على الصدور في غضون هذه السنة بإذن الله تعالى. أسأل المولى العظيم أن تحقق هذه الموسوعة حلم محبي هذا العلم الجديد ورواده. كما أسأله عز وجل أن تكون هذه الورقة إضافة حقيقية في هذا العلم المهم. إنه مسئول مجيب، سبحانه. آمين.

د خالد بن حمد الجابر

استشاري طب الأسرة، بكالوريوس شريعة

مدير برنامج زمالة طب الأسرة، ومدير الشؤون الدينية

الشؤون الصحية بالحرس الوطني بالرياض

والمشرف على موسوعة الفقه الطبي والأخلاقيات الصحية

مؤسسة الإعلام الصحي

محرم ١٤٢٩، الرياض

عناصر الورقة..

أولاً: مصطلح الضرورة الطبية	**٥**
١) الضرورة عند علماء الشريعة	٥
٢) الضرورة الطبية في الطب المعاصر	٨
٣) التعريف المختار للضرورة الطبية	٨
٤) المصطلحات ذات الصلة: الضرر والمشقة والرخصة والحرج والتيسير	١٠
ثانياً: موقف الفقهاء والأطباء من الضرورة الطبية وهل المرض حال ضرورة؟	**١٢**
١) أقوال الفقهاء في هل المرض حال ضرورة	١٢
٢) رأي طبي في هل المرض ضرورة؟	١٣
ثالثاً: أنواع الضرورة الطبية وأمثلتها.	**١٧**
١) النوع الأول: الضرورة الطبية في العبادات	
٢) النوع الثاني: الضرورة الطبية في الكشف والتعليم	
٣) النوع الثالث: الضرورة الطبية في التداوي بالأدوية مما هو أكل وشرب	
٤) النوع الرابع: الضرورة الطبية في التداوي والتشخيص بإجراءات طبية من غير الأكل والشرب	
٥) النوع الخامس: موازنة المفاسد والمصالح	
٦) النوع السادس: الضرورة الطبية في المعاملات	
رابعاً: ضوابط الضرورة الطبية.	**١٩**
١) الضوابط المشهورة التي ذكرها الفقهاء	١٩
٢) ضوابط أخرى مقترحة من وجهة نظر طبية	١٩
خامساً: مقاييس الضرورة الطبية (طريقة عملية لتحديد قدر الضرورة الطبية)	**٢٣**
١) تمهيد حول فكرة المقاييس	٢٣
٢) مقياس شدة الضرر	٢٣
٣) مقياس احتمالية الضرر	٢٥
٤) مقياس الألم	٣٢
٥) مقياس التعب	٣٥

سادساً: نموذج تطبيقي مقترح للتعامل مع حالات الضرورة الطبية	**٣٦**
١) نموذج تحديد مستوى الضرورة	٣٦
٢) المثال الأول: نظام تعقيم المرأة ذات القيصريات المتكررة.	٣٧
٣) المثال الثاني: إجهاض الجنين بسبب تناول دواء خطير.	٣٩
سابعاً: الخاتمة والتوصيات	**٤١**

ملاحظة: اكتفيت بذكر المراجع في الحاشية عن إعادتها في فهرس خاص بها رغبة في الاختصار.

اللهم إني أسألك السداد والهدى

أولاً: مصطلح الضرورة الطبية

١) الضرورة عند علماء الشريعة:

بحث علماء الشريعة الضرورة في مواطن من العلم. فالفقهاء منهم بحثوها في أبواب الأطعمة، في آخرها. والأصوليون بحثوها في أبواب القواعد الفقهية ومقاصد الشريعة. والمفسرون ناقشوها عند تفسير آيات الضرورة. وأقاويلهم في هذا متقاربة، وأكثرها تعريف بالمثال. وسأضطر لذكرها مع أن الورقة طبية لأنها ستساعدنا في التعريف الطبي.

فمما قاله الفقهاء في هذا:

قول الإمام الشافعي في الأم [١]: "والمضطر الرجل يكون بالموضع، لا طعام فيه معه ولا شيء يسد فورة جوعه، من لبن وما أشبهه، ويبلغه الجوع ما يخاف منه الموت، أو المرض وإن لم يخف الموت، أو يضعفه ويضره، أو يعتل، أو يكون ماشيا فيضعف عن بلوغ حيث يريد، أو راكبا فيضعف عن ركوب دابته، أو ما في هذا المعنى من الضرر البين".

وقال الشافعي بعد هذا أيضاً[٢] : "قد قيل: إن من الضرورة وجها ثانيا، أن يمرض الرجل المرض يقول له أهل العلم به، أو يكون هو من أهل العلم به: قلما يبرأ من كان به مثل هذا إلا أن يأكل كذا، أو يشرب كذا، أو يقال له: إن أعجل ما يبرئك أكل كذا أو شرب كذا، فيكون له أكل ذلك وشربه، ما لم يكن خمرا إذا بلغ ذلك منها أسكرته، أو شيئا يذهب العقل من المحرمات أو غيرها فإن إذهاب العقل محرم".

وقال ابن قدامة الحنبلي في المغني [٣]: "الضرورة المبيحة، هي التي يخاف التلف بها إن ترك الأكل. قال أحمد: إذا كان يخشى على نفسه، سواء كان من جوع، أو يخاف إن ترك الأكل عجز عن المشي، وانقطع عن الرفقة فهلك، أو يعجز عن الركوب فيهلك، ولا يتقيد ذلك بزمن محصور "..

وقال الدردير من علماء المالكية [٤]: الضرورة المبيحة: "هي الخوف على النفس من الهلاك علماً أو ظناً".

---

[١] الأم ٢٦٦/٢

[٢] الأم ٢٧٧/٢

[٣] المغني ٣٣٠/٩

[٤] الشرح الكبير مع حاشية الدسوقي ١١٥/٢

وقال ابن حزم [٥]: "وحد الضرورة أن يبقى يوما وليلة لا يجد فيها ما يأكل أو يشرب، فإن خشي الضعف المؤذي الذي إن تمادى أدى إلى الموت، أو قطع به عن طريقه وشغله – حل له الأكل والشرب فيما يدفع به عن نفسه الموت بالجوع أو العطش".

ومن تعاريف المفسرين تعريف الجصاص، إذ قال [٦]: "الضرورة خوف الضرر على نفسه، أو بعض أعضائه بتركه الأكل".

ومن تعاريف الأصوليين ما قاله ابن جزي [٧]:"الضرورة هي خوف الموت، ولا يشترط أن يصبر حتى يشرف على الموت ".

وقال الحموي [٨]: "الضرورة بلوغ الإنسان حداً إن لم يتناول الممنوع هلك أو قارب".

وأكثر هذه التعاريف كما ترى ركزت على ضرورة الجوع[٩]، وبعضهم عرفها تعريفا عاماً وربطه بالهلاك والموت، ولم يشر غالبهم لضرورة الدواء، وإن كان الشافعي عليه رحمه الله مثَّل بضرورة الدواء، وهو من أهل القرن الثاني (ت ٢٠٤هـ)، ولهذا فإن بعض المعاصرين ممن عرف الضرورة توسعوا فيها.

ومن تعاريف المعاصرين:

ما جاء في معجم لغة الفقهاء لقلعجي وقنيبي في تعريف الضرورة[١٠]: " الضرر النازل بإحدى الضروريات الخمس" ، ويعني بها الضروريات الكبرى في حياة الإنسان، وهن: حفظ الدين والعقل والنفس والعرض والمال.

وبمثل هذا قال الزحيلي [١١]: "أن تطرأ على الإنسان حالة من الخطر أو المشقة الشديدة، بحيث يخاف حدوث ضرر أو أذى بالنفس أو بالعضو أو العرض أو بالعقل أو بالمال وتوابعها، ويتعين أو يباح عندئذ ارتكاب الحرام أو ترك الواجب أو تأخيره عن وقته، دفعاً للضرر عنه في غالب ظنه ضمن قيود الشرع".

وظاهر في تعاريف المعاصرين استنادهم على تعريف الشاطبي في الموافقات للضرورة، وهو تعريف

---

[٥]) المحلى ١٠٥/٦

[٦]) أحكام القرآن ١٢٩/١

[٧]) القوانين الفقهية ١٧٢

[٨]) غمز عيون البصائر ٢٧٧/١

[٩]) انظر الاضطرار للطريقي ١٦، والضرورة للأحيدب ١٧.

[١٠]) معجم لغة الفقهاء مادة الضرورة

[١١]) نظرية الضرورة ٦٨

مشهور معروف[١٢].

واختارت الموسوعة الفقهية الكويتية [١٣] تعريف الحموي والزركشي، حين قالت: "هي عند الفقهاء: بلوغ الإنسان حدا إن لم يتناول الممنوع هلك أو قارب، كالمضطر للأكل واللبس بحيث لو بقي جائعا أو عريانا لمات، أو تلف منه عضو، وهذا يبيح تناول المحرم ".

والحاصل من هذا كله:

أن الضرورة عند علماء الشريعة محصورة في الخوف من الهلاك وهو الضرر الشديد، فهل المشقة الشديدة جداً تعامل معاملة الهلاك والضرر الشديد؟

غالب المتقدمين لم يشيروا إلى المشقة الشديدة في تعاريفهم للضرورة لأنهم كانوا يضربون المثال بالجوع، والجوع لا يجوز فيه الأكل من المحرم إلا عند خوف الهلاك، ولكن فتاوى العلماء متواطئة على اعتبار المشقة الشديدة جداً في بقية أنواع الضرورة الأخرى، ومنها ضرورة العلاج فالمشقة الشديدة جداً لابد من إضافتها.

وقد أشار إلى المشقة الشديدة العز بن عبد السلام في قواعد الأحكام بكلام نفيس[١٤]**، فقال رحمه الله:** المشاق ضربان:

- أحدهما مشقة لا تنفك العبادة عنها كمشقة الوضوء والغسل في شدة السبرات وكمشقة إقامة الصلاة في الحر والبرد، ولا سيما صلاة الفجر، وكمشقة الصوم في شدة الحر وطول النهار، وكمشقة الحج التي لا انفكاك عنها غالبا، وكمشقة الاجتهاد في طلب العلم والرحلة فيه، فهذه المشاق كلها لا أثر لها في إسقاط العبادات والطاعات ولا في تخفيفها.
- الضرب الثاني: مشقة تنفك عنها العبادات غالبا، وهي أنواع:
  - النوع الأول: مشقة عظيمة فادحة كمشقة الخوف على النفوس والأطراف ومنافع الأطراف فهذه مشقة موجبة للتخفيف والترخيص.
  - النوع الثاني: مشقة خفيفة كأدنى وجع في إصبع أو أدنى صداع أو سوء مزاج خفيف، فهذا لافتة

---

[١٢]) الموافقات ١٧/٢ .

[١٣]) الموسوعة الفقهية الكويتية مادة ضرورة

[١٤]) قواعد الأحكام ٢٦٦/٢ مختصراً

إليه ولا تعريج عليه.

- النوع الثالث : مشاق واقعة بين هاتين المشقتين مختلفة في الخفة والشدة فما دنا منها من المشقة العليا أوجب التخفيف، وما دنا منها من المشقة الدنيا لم يوجب التخفيف، وقد توسط مشاق بين الرتبتين بحيث لا تدنو من أحدهما فقد يتوقف فيها، وقد يرجح بعضها بأمر خارج عنها

ولهذا أضاف بعض المعاصرين كالزحيلي المشقة الشديدة جداً في تعريفهم كما مر معنا في التعاريف.

٢) الضرورة الطبية في الطب المعاصر:

مصطلح الضرورة الطبية medical necessity لا وجود له تقريبا في كتب الأخلاقيات الغربية، والسبب أن الضرورة مصطلح ديني يفيد جواز ارتكاب المحرم شرعاً أو ترك الواجب شرعاً في ظروف معينة، والبعد الديني في الطب الغربي مفقود أو ضعيف.

ويستخدم مصطلح الضرورة الطبية medical necessity في أمريكا لكن له دلالة مختلفة عن دلالته في الشريعة فهو عندهم يشير إلى: كون الإجراء الطبي منطقياً ومطلوباً للوصول إلى التشخيص أو العلاج أو التأهيل، وذلك بهدف حماية المرضى من جشع القطاع الخاص الذي يطلب إجراءات لا حاجة لها، كما يستخدمونه في مجال التأمين للتفريق بين الإجراء الذي يشمله التأمين وما لا يشمله التأمين.

> Medicare defines "medical necessity" as services or items reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of illness or injury or to improve the functioning of a malformed body member

لكن عدم وجود مصطلح الضرورة في الطب المعاصر لا يعني أن بعض مفاهيمه لا تستخدم، بل إن كثيراً من مفاهيم الموازنة بين المفاسد (Harm & benefit) ، ومراعاة المصلحة interest ودفع الضرر موجودة، لكن يتم التعامل معها واستخدامها على المنهج العلماني، وبطريقة مختلفة بشكل كبير عن الشريعة، لاختلاف المرجعية وغياب فوقية الأمر والنهي الشرعي.

٣) التعريف المختار للضرورة الطبية

بعد الاطلاع على تعريف الضرورة عند علماء الشريعة، وبعد أن تبينا موقف الطب المعاصر من مصطلح الضرورة الطبية يمكننا الآن الوصول على تعريف طبي إسلامي للضرورة الطبية، وهو اجتهاد واقتراح قابل للمناقشة والتعديل، وهذه بعض التعريفات المقترحة:

(حالات صحية يكون فيها ضرر كبير أو مشقة شديدة جداً، يباح لأجلها في أحوال معينة ارتكاب ما يحتاج لارتكابه من المحظور شرعاً، عند عدم البديل المباح وغلبة الظن بحصول النفع)

أو **(وضع صحي فيه ضرر بين على حياة المريض أو أعضائه أو منافعها، أو فيه مشقة شديدة جدا لا تحتمل، ولابد لدفعه من ارتكاب محرم أو ترك واجب)**

أو **(حال يتعرض فيها المريض لضرر شديد على صحته حاصل أو متوقع، ولا يمكنه دفع هذا الضرر الشديد إلا بارتكاب محرم أو ترك واجب، فيباح له ذلك حينئذ في ضوابط)**.

أو **(جواز ارتكاب المحرم شرعاً أو ترك الواجب شرعاً في ظروف صحية استثنائية)**

أو **(خطر على الحياة أو خطر على أحد وظائف الجسم أو أعضائه، أو ألم شديد لا يحتمل في العادة، أو يسبب حرجاً كبيراً ومعاناة في الحياة اليومية)**

أو **(دفع الضرر الصحي بارتكاب المحرم شرعاً)**

أو (اضطرار المكلف لارتكاب المنوع شرعاً لدفع ضرر صحي)

أو (حالات صحية استثنائية شديدة يباح فيها ارتكاب المنوع شرعاً لدفع ضرر أو مشقة شديدة جداً)

وهذه التعاريف الثمانية متقاربة لكن بعضها يعرف الضرورة بأنها الحالة الصحية للمريض، وبعضها يعرفها بأنه الضرر الذي يلحق بالمريض، وبعضها يعرفها بأنها إباحة ارتكاب المنوع، والحقيقة أن الضرورة تحتمل ذلك كله فهي من الألفاظ المشتركة.

ومن الواضح في التعريف أن الضرورة الطبية فيها ركنان رئيسان:

الأول: وجود الخطر على صحة المريض أو حياته/ أو وجود المشقة الشديدة الخارجة عن حد العادة والاحتمال والتي تشوش على المريض

الثاني: وجود إجراء طبي محرم شرعا يؤدي ارتكابه إلى حماية المريض أو تخفيف المشقة الشديدة جدا عنه.

وستدور الورقة حول هذه المعاني، ومحاولة تحريرها وتحديدها.

٤) المصطلحات ذات الصلة

١) باب الأحكام المخففة والرخصة والتيسير لأجل المرض

الضرورة الطبية داخلة في باب كبير من أبواب الشريعة وهو (الأحكام المخففة والرخص والتخفيفات الشرعية لأجل المرض). ويتناولها علماء الشريعة بألفاظ متنوعة وفي مواطن كثيرة، منها مثلاً:

- التيسير، ومنها القاعدة الفقهية الكبرى المشهورة "المشقة تجلب التيسير"
- الرخصة
- رفع الحرج والتخفيف.
- ومنها قاعدة الضرورات تبيح المحرمات.

والرخصة ورفع الحرج والأحكام المخففة موضوع واسع وأصل كبير في الشريعة، وله تطبيقات كثيرة جداً في كل أبواب الفقه، والضرورة الطبية أحد تطبيقات هذا الأصل الكبير، وهي مختصة بالحالات الشديدة، ولهذا أفردت بالبحث. وبقية تطبيقات الرخصة ورفع الحرج والتخفيف فيما دون الحالات الشديدة، وأكثرها أحكام مخففة شرعها الشارع الحكيم ونص عليها.

٢) العلاقة بين قاعدة الضرورة تبيح المحظورات وقاعدة الضرر يزال

قاعدة الضرورة: تناقش دفع الضرر على الصحة بإباحة ارتكاب المحرم شرعاً

وقاعدة الضرر: تناقش التشخيص والتداوي بما فيه ضرر، ويدخل في ذلك أي إجراء طبي بغرض التشخيص أو العلاج ويكون فيه شيء من الضرر على المريض. وذلك يشمل:

- المضاعفات الجانبية للأدوية،
- وخطورة بعض العمليات الجراحية،
- وخطورة بعض الفحوصات والمناظير وأخذ العينات،
- ونحو ذلك.

فالضرر هو القاسم المشترك بين القاعدتين، وتحديده وبيانه ومعرفة طرق قياسه مهمة في القاعدتين.

والقاعدتان عموماً بينهما تداخل فقد يعبر بعض الفقهاء بهذه عن هذه، حتى أن السيوطي[١٥] جعل قاعدة الضرورة فرعاً من فروع قاعدة الضرر.

٣) الضرر والمشقة

الضرورة كما تبين من تعريفها شرعت لدفع الضرر أو المشقة الشديدة. وحسب ما فهمت فسيقوم بعض الأفاضل من الفقهاء والأطباء بمناقشة هذين المصطلحين بتوسع، ولذلك سأكتفي هنا بإشارات سريعة.

الضرر في باب الضرورة هو الضرر الشديد، ويعبر عنه الفقهاء بالتلف والهلاك وغيرها من الألفاظ. وربما يقابله في الطب مصطلح الضرر Harm، ومصطلح الخطر Risk.

أما المشقة فهي مصطلح عام وواسع في الطب، وفي نظري أن المشقة طبياً تشمل: الألم Pain والتعب Fatigue، وصعوبة أداء الأعمال والانتاج، وقد يطلق عليها الخلل في الأداء والوظيفة quality of life, function impairment

ولكل واحدة من هذه الأشياء مقياس خاص في الطب.

وهذا يعني أن المشقة تشمل ٣ أشياء: الألم والتعب والصعوبة

ونلاحظ أن المشقة والضرر متداخلان عند الفقهاء، فهو سلم من درجات تبدأ بالمشقة المعتادة ثم اليسيرة حتى يصل إلى المشقة العظيمة الفادحة وهي الضرر. أما الأطباء فالمشقة عندهم مستقلة عن الضرر.

وسأتكلم عن هذين المصطلحين بتوسع في فصل مقاييس الضرورة.

---

[١٥]) في الأشباه والنظائر ص ٨٤ .

ثانياً: موقف الفقهاء والأطباء من الضرورة الطبية وهل المرض حال ضـــرورة؟ وأي الأمـــراض ضرورة وأيها لا يكون ضرورة.

١) أقوال الفقهاء في هل المرض حال ضرورة

كثير من الأطباء والمرضى يعتبرون مطلق المرض ضرورة، وقد يستبيح بعضهم التداوي بالمحرمـــات لأجل ذلك، كما أن كثيراً من الباحثين عند بحثهم للضرورة عموماً يسحبون أحكامها علـــى الـــضرورة الطبية، مع أن الفقهاء المتقدمين لهم رأي آخر، فالمسألة عندهم فيها خلاف كبير، وضرورة المرض ليست في الشريعة كضرورة الجوع والقتل، وسنذكر أقوال العلماء في المسألة ثم نبين لماذا لم يسحبوا جميع أحكام الضرورة على الضرورة الطبية. ومبحث التداوي بالحرام لا ينفك عن مبحث الضرورة فهمـــا مبحثـــان متصلان.

للعلماء في هذا أقوال كثيرة منثورة في بطون الكتب والمراجع الفقهية، وفيها تفصيل كثير لا تحتمله مساحة هذه الورقة[١٦]، وما يلي اجتهاد في تلخيصها وتحريرها وتقسيمها:

١) القول الأول: أن المرض لا يبيح التداوي بالمحرمات بأي حال، إلا ما جاء النص بإباحته، كالحرير للرجال وسن الذهب

٢) القول الثاني: أن المرض إذا بلغ حال الضرورة فتقع عليه جميع أحكام الضرورة، وتباح المحرمات حينها إلا الخمر، وعلى رأس هؤلاء الإمام الشافعي رحمه الله

٣) القول الثالث: مثل الثاني إلا أنهم يبيحون التداوي بالخمر أيضاً، على رأسهم ابن حزم

٤) القول الرابع: التفصيل، فضرورة المرض تبيح بعض المحرمات، لكنها لا تقوى عليها كلها. فـــلا يجوز التداوي بأكل الحرام أو شربه بحال أبداً، ولو كانت ضرورة لأنها ليست في حقيقتها ضرورة والمرض ظني وقد يشفى بدونها. لكن التداوي بغير الأكل والشرب كاللبس والادهان والتركيب والإدخال والإخراج والإسقاط والجراحة وغيرها من الإجراءات الطبية الأخرى، فهـــذه يحكـــم على كل حالة بحسبها. وهذا القول الرابع لم ينص عليه بهذه الصيغة، لكن بتتبع فتاوى العلمـــاء

---

[١٦]) الأم ٢٦٦/٢ والمجموع للنووي ٥٥/٩ وحاشية العدوي ٤٩٢/٢ والمبسوط ٩/٢٤ وحاشية ابـــن عابـــدين ٢٢٧/٥ والمغني ٩ م ٧٨٢٤ والإنصاف ٣٧٠/١٠ وشرح منتـــهى الإرادات ٤١٢/٣ والفتـــاوى ٥٦٣/٢١-٥٦٦ و ٢٦٨/٢٤-٢٦٩ والمحلى ١٧٥/١ ونيل الأوطار ٢٣٤/٨.

وأقوالهم تبين أن هذا هو قول جماهير أهل العلم من المتقدمين والمتأخرين.
وهذا يعني أن هناك ممنوعات تباح للحاجة، وممنوعات لا تباح إلا للضرورة

٢) رأي طبي في هل المرض ضرورة؟

يبدوا أن أصل المسألة دائر حول قضيتين:

الأولى: هل التداوي يرفع المرض أو لا ؟

الثاني: فقه النصوص الواردة. فثمت نصوص أباحت التداوي بأنواع من المحرمات، فهل هـذا لأن المرض ضرورة؟. وثمت نصوص منعت من التداوي بالحرام، إما بعينه كالخمر، أو عاماً كالخبيث، فهل هو نهي على إطلاقه؟.

وسنناقش هنا القضية الأولى لأنها طبية، وسأحذف من هذه الورقة نقاش القضية الثانية اختصاراً.

فنقول: العلاجات الطبية المعاصرة ليست على درجة واحدة:

- إذ منها أدوية عُرفت وجربت، وثبت أثرها، وترجح الضرر بتركها، فهي أسباب وإن لم تكن قطعية لكنها أشبه بالقطعية.
- ومنها أدوية أخرى يغلب على الظن نفعها، بلا ضرر ظاهر يلحق بتركها، فهي أسباب مظنونة وليست قطعية.
- وبعض العلاجات المعاصرة لم يثبت نفعها، وليس في تركها ضرر، فهي أسباب موهومة [١٧].

والعلم برجحان النفع أو رجحان عدمه أو الشك والتساوي، عائد إلى ما يؤتاه الطبيب من العلم، فقد يقوى علم الطبيب، وتزداد تجربته، حتى يكون أقدر من غيره على تحديد قوى العلاجات. وقد يقل علمه حتى لا يقدر على ذلك. والطب الذي كان في زمن النبي ﷺ، كان في غاية الضعف، بحيث يصدق عليه أن غالبه موهوم أو مظنون. ولم يزل الطب يزداد قوة، جيلاً بعد جيل، حتى آل إلى ما هو عليه الآن من القوة.

والقوة التي نعني هنا، هي قدرة أطباء هذا الزمن، على قياس قوة العلاج، وتحديد نوعه: وهل هو من

---

[١٧]) مما نبالغ فيه نحن الأطباء: تخويف المرضى من ترك العلاج الذي نصرفه لهم، مهما يكن نوعه، وهذا غفلة عن هذا التقسيم البديع لقوى الأدوية، الذي قرره علماء العقيدة رحمهم الله تعالى.

العلاج المقطوع به، أو من المضنون، أو من الموهوم. وهذا كله يتم خلال دراسات علمية منظمة مقارنة غير منحازة [١٨]، بل إنه يمكن تحديد قوة العلاج بالنسبة المئوية. وهذا بالطبع لا ينطبق على كل أدوية هذا الزمن، لكنه ينطبق على كثير منها. والجهات الرسمية والجمعيات العلمية [١٩]، لا توثّق علاجاً ما، حتى تطمئن إلى قوته الشفائية، وغلبتها على ما قد يحصل بسببه من أضرار [٢٠].

ومع ذلك فيبقى قدر ليس باليسير للتقدير البشري البحت، خاصة فيما يتعلق بالمريض، ومدى تحمله للمرض من عدمه، وهو باب واسع، محل تفاوت الأذهان، واختلاف الخبرات.

وقول الفقهاء رحمهم الله: "إن الأكل من المحرم يرفع الجوع يقيناً، وأما التداوي فهو ظني"، كلام صحيح بالنسبة إلى الطب الذي كان في زمانهم، لأن غالبه إن لم يكن كله كان ظنياً، وربما موهوماً. أما في زمننا هذا فإن نسبة اليقين في الطب زادت زيادة بينة ملحوظة، بما فتح الله على بني آدم من معرفة خفايا الجسم ما لم يكن معروفاً للأسلاف.

وقولهم: "قد يحصل الشفاء بدون تداو" حق لا شك في ذلك، لكن الأمراض ليست على مستوى واحد ودرجة واحدة. فبعضها –وهو ليس قليلاً– يشفى بلا تدخل من البشر، وهو الذي يسمى في الطب المعاصر " ذاتي الشفاء"، لكن منها أمراضاً تقتل أو تضر إذا تركت.

وقول الفقهاء رحمهم الله: "إن الأدوية كثيرة، ولا يتعين الدواء في المحرم"، صحيح بلا ريب، ومن سلم من الأطباء من غرور "إنما أوتيته على علم عندي"، يدرك هذا جيداً. إذ أنه من النادر في الطب الحديث أن يكون للمرض علاج واحد لا يكون الشفاء إلا به، بل الأدوية كثيرة متكاثرة، وأمثلة هذا لا تكاد تحصى. ولست أعلم شيئاً من المحرمات في الشريعة، تتعين بنفسها وذات تركيبها دواء في الطب الحديث. فلا الخمرة ولا الميتة ولا النجاسات ونحوها تتعين في الطب الحديث دواء لأي مرض من الأمراض. فالأنسولين[٢١] الخنزيري مثلاً يمكن استبداله ببشري أو بقري أو مصنع، والجيلاتين المستخرج من الميتة أو الخنزير، يمكن استبداله بالمستخرج من المذكى، والأدوية المذابة بالخمر يمكن إذابتها بغير الخمرة، وهكذا وهكذا.

---

[١٨]) كلمة منظمة Randomized ويترجمها البعض عشوائية، ومقارنة (Controlled)، وغير منحازة (Double Blind)، مصطلحات خاصة في علم البحوث الطبية، لها مدلولاتهما المميزة.

[١٩]) من مثل وزارات الصحة، والمجلات الطبية الكبرى، ومنظمة FDA الأمريكية، وغيرها.

[٢٠]) الاستفادة من المفاهيم الشرعية في العلاج الطبي: للدكتور خالد الجابر (غير منشور).

[٢١]) الأنسولين مادة تفرزها غدة البنكرياس في البطن، ضرورية لحرق السكر في الدم، تنقص عند بعض مرضى السكر أو يضعف تأثيرها، فيحتاجون لأخذها من الخارج، بإبر تضرب تحت الجلد.

والإشكال ليس هنا في نظري، ولكن الإشكال في الأدوية المباحة التي خالطها شيء من المحـــرم، وهذا كثير. وسببه ما تعيشه الأمة المسلمة من التخلف، فألجأها هذا إلى الاستيراد من النصارى والكفار، وهم قوم لا يحلون حلالا ولا يحرمون حراماً.

ويحصل الحرج عندما لا يجد المسلم بين يديه إلا دواء خالطه شيء من المحرمـــات، أو دخـــل في تركيبه شيء منها، وهو على يقين أن الشفاء ليس في هذا الجزء المحرم، ولكن من صنعه من الكفار جعله فيه، لأن الأمر لا يعنيه في قليل أو كثير. فهل يكون المسلم والحالة هذه مضطراً إلى تناول هذا المحرم ؟.

هل يقال بتحريمها أيضاً، وفي هذا على الناس مشقة كبرى، أو يقال بإباحتها مطلقاً، أو يقال إن بلغ المرض درجة الضرورة جاز، وإلا فلا.

والجواب في ذلك صعب !، لكنا -في مجال العمل- ننقل للناس فتيا من قال بالإباحة من المعاصرين، بضابط ألا يكون البديل الحلال متوفراً، مع تأكيدنا على الأطباء ألا يصرفوا هذه الأنواع من الأدوية، إلا بعد غلبة الظن بحاجة المريض لها، وانتفاعه منها.

كما أننا نؤكد في الوقت نفسه على أصحاب القرار، وأصحاب المبادرات أيضاً، أن يسارعوا لحل هذا الإشكال الكبير، بدعم الصناعات الدوائية الملتزمة في البلاد الإسلامية. وقيد الملتزمة ضروري، لأننـــا نعني به التي تلتزم بأحكام الشريعة، لأن المؤسف أن كثيراً من المصانع الدوائية في البلاد الإسلامية، ليست إلا نسخاً باهتة من المصانع الغربية، والله المستعان.

والجواب والله أعلم راجع إلى غلبة الظن بالضرر الناتج عن المرض، وإلى غلبة الظن بارتفاع ذلك الضرر بالدواء، فانقسمت صورة المسألة إلى حالات:

الأولى: أن يغلب على الظن غلبة راجحة، أن هذا المرض إذا ترك أضر بصاحبه ضرراً بيناً، مـــن الهلاك أو ما هو دونه.

الثانية: أن يغلب على الظن غلبة راجحة، أن هذا المرض إذا ترك لم يضر بصاحبه، لكن سيحدث له مشقة زائدة، كألم شديد، أو سعال متواصل، أو حكة مقلقة.

الثالثة: أن يغلب على الظن غلبة راجحة، أن هذا المرض إذا ترك لم يضر بصاحبه، لكن سيحدث له مشقة يمكن احتمالها، كبعض أمراض الجهاز الهضمي.

الرابعة: أن يغلب على الظن غلبة راجحة، أن هذا المرض إذا ترك لم يضر بصاحبه، ولا تحصل له منه مشقة، لكن قد يتأخر برؤه، كأمراض الزكام وما في معناها.

ولابد من الإشارة هنا إلى معنى قولنا "أن يغلب على الظن غلبة راجحـــة" في منظـــور الطـــب

الحديث. فالمقصود: غلبة راجحة حسب التجربة الطبية العلمية المعتبرة، وحسب قواعد الطب المسند المبني على البراهين. وهذا هو أحد أهم الفروق وأكبرها بين الطب القديم والحديث. ففي الطب الحديث يستطيع الطبيب -في كثير من الحالات- أن يحكم حكماً أقرب ما يكون إلى الجزم، على تأثير هذا المرض لو ترك بلا علاج، وما قد يسببه من مضاعفات.

وهذا التحديد يكون بالأرقام والنسب، وهو جزء من العلم القائم الجديد المسمى "الطب المبني على البراهين".

على ما مضى فإجابة لسؤال المبحث: هل المرض حال ضرورة ؟ أن يقال:

هذا يختلف بنوع المرض ونوع الدواء الموصوف، لكن المرض بحد ذاته ليس ضرورة على الإطلاق، بل المرض نفسه درجات متفاوتة، فقد يكون ضرورة وقد لا يكون. وكلما كان الضرر من المرض أوضح وأبين، وكلما كان الدواء أرجى في الشفاء كلما كان المرض إلى حال الضرورة أقرب. وعلى هذا التقرير فإن مسؤولية تحديد ذلك راجعة في جزء كبير منها إلى تقرير الطبيب.

ثالثاً: أنواع الضرورة الطبية وأمثلتها.

تبين معنا من الفصل السابق أن الأمراض ليست على درجة واحدة في الترخص بأحكام الضرورة، وقد اجتهدت في تقسيم الضرورة الطبية إلى الأنواع الستة الآتية، وجعلت تحت كل قسم أسئلة تطبيقية. ويجدر التذكير هنا أن الضرورة كما مر هي للحالات الشديدة، وكثير من الأمثلة الآتية يرخص فيها حتى للحالات الخفيفة، لما مر معنا أن باب الرخص أوسع من باب الضرورة.

النوع الأول: الضرورة الطبية في العبادات

وباب العبادات واسع، حيث تخفف فيه الأحكام لمجرد الحاجة، ولا يلزم الوصول لحال الضرورة، هذا في الأصل وإلا على التفصيل فهو درجات تبدأ من الحاجة حتى تصل إلى الضرورة.

١) هل من الضرورة ترك المريض بعض أركان الصلاة لعدم القدرة أو للمشقة الشديدة؟

٢) هل من الضرورة ترك المريض للوضوء والغسل إلى التيمم؟

٣) هل من الضرورة الجمع بين الصلوات للمريض؟

٤) هل من الضرورة أن يترك المريض صلاة الجمعة؟

٥) هل من الضرورة تناول المريض الصائم بخاخ الربو؟

٦) هل من الضرورة إجراء منظار فموي اختياري لمريض في نهار رمضان؟ أو عملية اختيارية غير عاجلة؟

النوع الثاني: الضرورة الطبية في الكشف والتعليم

٧) هل من الضرورة معالجة الطبيب لمريضة أو معالجة الطبيبة لمريض؟

٨) هل من الضرورة التعلم على العورات؟

٩) هل من الضرورة تشريح الموتى لتعليم طلاب الطب؟

النوع الثالث: الضرورة الطبية في التداوي بالأدوية مما هو أكل وشرب

١٠) هل من الضرورة تناول دواء مصنع من الخنزير أو ميتة؟

١١) هل من الضرورة تناول دواء يحتوي على كحول؟

١٢) هل من الضروري التداوي بنقل الدم؟

١٣) هل من الضروري تناول الأدوية المسكنة للآلام الشديدة المشتقة من الأفيون والحشيش ونحوها؟

النوع الرابع: الضرورة الطبية في التداوي والتشخيص بإجراءات طبية من غير الأكل والشرب

١٤) هل من الضرورة نزع الأعضاء من الميت لزرعها في حي محتاج؟

١٥) هل من الضرورة عمليات تجميل الأنف والثدي ونحوها؟

١٦) هل من الضرورة إسقاط الجنين لأنه مشوه؟

١٧) هل من الضرورة الحمل بطريقة الرحم المستأجر؟

١٨) هل من الضروري تخصيب الأجنة خارج الرحم للزوجين العقيمين؟ وما قد يترتب على ذلك من كشف العورة المغلظة؟

١٩) هل من الضرورة إجراء عملية قيصرية للأم لمجرد رغبتها بذلك، دون مبرر طبي؟

٢٠) هل من الضرورة التداوي عند السحرة والكهان؟

النوع الخامس: موازنة المفاسد والمصالح:

٢١) هل من الضرورة إعطاء المرأة الحامل دواء الصرع أو غيره من الأدوية التي قد تضر بالجنين؟

٢٢) هل من الضرورة نزع أجهزة الإنعاش عن مريض لا يرجى برؤه وإعطاؤها لمريض يرجى برؤه؟

٢٣) هل من الضرورة إزالة الرحم بسبب نزيف شديد يضر بالأم؟

النوع السادس: الضرورة الطبية في المعاملات

٢٤) هل التأمين الصحي ضرورة؟

رابعاً: ضوابط الضرورة الطبية

١) الضوابط المشهورة للضرورة التي ذكرها الفقهاء

لقد وضح الفقهاء أهم الضوابط الشرعية للضرورة، أنقلها بتصرف من الموسوعة الفقهية[٢٢] مع شرح بسيط، ولا أتوسع لأن الورقة طبية وليست فقهية، لكن لابد من الإشارة لهذه الضوابط كمقدمة للضوابط التي سنقترحها.

أ – أن تكون الضرورة قائمة لا منتظرة. يعني: أن احتمال حدوث الضرر حقيقي من جهة وكبير من جهة أخرى.

ب– ألا يكون لدفع الضرورة وسيلة أخرى مباحة. يعني: لا يوجد بديل مباح يحقق الغرض.

ج – مراعاة قدر الضرورة، لأن ما أبيح للضرورة يقدر بقدرها. وما جاز لعذر بطل بزواله.

د – مراعاة مبدأ درء الأفسد فالأفسد، والأرذل فالأرذل، وألا تؤدي إزالة الضرورة إلى ضرورة أكبر منها. يعني: يراعي درء المفسدة الأعظم بالمفسدة الأقل.

هـ – ألا يقدم المضطر على فعل لا يحتمل الرخصة بحال. يعني: أن الضرورة لا تبيح كل المحرمات، فهناك محرمات لا تبيحها الضرورة.

٢) ضوابط مقترحة من وجهة نظر طبية

أقترح في ضوابط الضرورة الطبية أن نستفيد من الضوابط العامة التي ذكرها الفقهاء ونعيد صياغة ضوابط خاصة بالضرورة الطبية، وأقترح الضوابط الآتية وهي مستفادة أصلاً مما قرره الفقهاء، مع صياغة بلغة العصر لأنها أقرب إلى فهم الأطباء.

١) الشريعة مبناها على التيسير والرخصة مع احترام الحلال والحرام،

فهي وسط بين الغالي الذي لا يبيح ارتكاب الممنوع بأي حال، وبين المتساهل الذي يبيح ارتكاب الممنوع لأدنى سبب.

---

[٢٢]) الموسوعة الفقهية مادة ضرورة

٢) يحكم على حالات الضرورة الطبية كل حالة بحسبها، وباب العبادات مبني على التخفيف والتيسير، بينما في باب التداوي بالحرام مبني على الاحتياط والترك، أما الإجراءات الطبية الأخرى والكشف فالترخص فيها مبني على الدليل والترجيح.

هذا ضابط مهم جداً، وربما كان هو أهم الضوابط، فكما تبين معنا في نتيجة مبحث (هل المرض حال ضرورة؟) أن الضرورة الطبية ليست على إطلاقها، وأن جماهير الفقهاء لا يبيحون المحرم لمجرد ضرورة المرض، وأنهم يفرقون بين المحرمات، فليست كلها سواء، وبعضها حرمته قوية لا تباح بالمرض.

ولهذا فالحكم على كل حالة يكون بحسبها، حيث تدرس بعناية وتفصيل، ويدخل في دراسة الحالة مجموعة من الأسئلة ذكرتها في النموذج المقترح لدراسة حالات الضرورة.

وباب الرخص في العبادات واسع للمريض، وهو أوسع من ارتكاب المحرم، سواء كانت الحالة شديدة كما في الضرورة أو دون ذلك في بقية الرخص. ولا يلزم فيها الضرورة بل ولا المشقة الشديدة وإنما من رحمة الشارع أن جعل الرخصة فيها منوطة بالمشقة المتوسطة فوق المعتاد، وذلك حرصا منه على أداء العبادة ولو بأقل من الكمال، كي لا يشق الأمر على المسلم فقد يترك العبادة بالكلية. أما في حال الضرورة فهي من باب الأولى. وأمثلة هذا كثيرة.

فالمريض يجوز له ترك القيام وهو ركن في الصلاة لألم في المفاصل، ويجوز له ترك السجود لعملية في عينيه ويجوز له ترك الوضوء إلى التيمم للبرد أو التعب والآنهاك.

والصيام تكفي فيه في حال المرض المشقة فوق المعتاد، ولا يلزم الوصول لمرحلة الضرورة كي يفطر. لكن السؤال هو في العكس: حين يريد المريض الصوم فيمنعه الطبيب خوفاً عليه، فيسأل المريض هل آثم بصومي؟!

لكن لا يجوز له التداوي بالخمر بحال أو بالخنزير، خاصة إذا كانت أصيلة في الأدوية ولم تأت تبعاً. كما لا يجوز للحامل إسقاط جنينها بعد الشهر الرابع إلا إذا خافت على نفسها الموت، أما المشقة والألم فلا تجيز قتل الجنين، ولو قبل المئة وعشرين يوما وهي زمن نفخ الروح. وقطع النسل بالكلية لا يجوز لمجرد رغبة الزوجين، بل لابد من سبب ضروري لمراعاة الشارع كثرة النسل. ونزع أجهزة إطالة الحياة عن المرضى المزمنين لا يجوز لمجرد رغبة الأقارب، بل لابد من ضرورة لذلك. وهكذا.

وفي الكشف والفحص: بعض الناس متساهل في الباب لا غيرة عنده ولا حمية، ويرى أن الدخول من باب المستشفى أو العيادة كاف لإباحة ذلك كله. وبعض الأغيار يشددون في هذا الباب كثيراً، ويجعلونه هو قضيتهم الأولى في إصلاح القطاع الصحي، ولا شك أن داعي الغيرة يقتضي الحمية على العرض، غير أن هذا كله منوط بتعليمات الشارع لا بأعراف الناس، سواء كانت أعرافاً متساهلة أو متشددة.

والحق أن التفصيل في هذا المقام على النحو الآتي:

- الاستشارة وأخذ التفاصيل دون كشف: فهذه داخلة في الإباحة العامة في حديث الرجال والنساء، مع الأدب والحشمة وأمن الفتنة. ولا تزال الأمة منذ فجرها يذهب النساء فيها للسوق والفتيا والقضاء، ويحادثون الرجال ولا حرج.
- كشف ما سوى العورة: وهذا الاحتياط فيه أرفع، لكنه يجوز للحاجة.
- كشف العورات: وهذا يجب فيه الاحتياط والغيرة ولا يجوز إلا للضرورة.

والأولى بالعناية واهتمام أهل الغيرة هو الاختلاط الحاصل في القطاع الصحي، فهذا الذي تواترت فيه أعلام الشريعة وأعراف المسلمين. لكنه للأسف صار الآن مستمراً بل ومشرعاً.

وفي باب التعدي على بعض حقوق المريض مراعاة للمصلحة العامة: حيث يجوز كشف سره، وعلاجه ولو بلا إذنه في حالات، ونحو ذلك.

٣) الضرورة الطبية تبيح بعض المحرمات لكنها لا تقوى على كل المحرمات

هذا الضابط فرع مما قبله، والهدف من إبرازه التنبيه على أن قاعدة الضرورة تبيح المحرمات إذا فهمت مع القواعد الضابطة الأخرى، مثل "**الضرورة تقدر بقدرها**" وقاعدة " **ألا يقدم المضطر على فعل لا يحتمل الرخصة بحال**" وغيرهما، صار معناها ما ذكرنا من أن "الضرورة الطبية تبيح بعض المحرمات لا كلها".

ويمكن تقسيم المحرمات في باب الضرورة الطبية إلى قسمين:

أ- الأدوية المحرمة المنصوص عليها لا يجوز التداوي بها بأي حال

ب- يجوز ارتكاب بعض المحرمات في التشخيص والعلاج عند الضرورة

- مما لم يرد النص بحرمتها للتداوي
- أو جاء النص بإباحتها في حال المرض

i. خرج به التداوي بالحرير وسن الذهب وأبوال الإبل

- أو كان فيه تغليب مصلحة عامة على مصلحة خاصة
- أو كان فيه دفع ضرر أكبر بضرر أقل

i. خرج به التداوي بالدم والمورفين

٤) لابد أن تكون الضرورة الطبية حقيقية، ويحدد مستواها حسب الدليل العلمي الطبي المعتبر، فإن لم يوجد فبقول لجنة طبية متخصصة، ولا يكفي فيها قول أفراد الأطباء

يتفاوت الناس في تحديد خطورة الأشياء، والأطباء مثلهم مثل غيرهم من البشر يتفاوتون في تحديد مدى خطورة الأمراض، فبعض الأطباء يبالغ في التحذير من الخطورة وبعضهم متساهل، ولهذا فأقوال أفراد الأطباء لا يصلح أن تكون مقياساً، ولابد من مقياس عادل ومحايد.

وفي علم "الأدلة الطبية" المشهور بـ "الطب المبني على البراهين" وسمي مؤخراً "الطب المسند" عدد من المعادلات الإحصائية تساعد كثيراً في تحديد نسبة الخطر المتوقع من مرض ما، ونسبة الشفاء المتوقع من علاج ما، وهي مفيدة فيما أحسب في هذا الباب، وقد استعرتها من هناك لتطبيقها في فصل مقاييس الضرورة الطبية، وأرجو أن أوفق في ذلك.

٥) لابد أن يكون الإجراء الطبي المقترح متيقن النفع أو يكون هو أخف الضررين

اشترط كثير من الفقهاء تيقن النفع في الضرورة الطبية، وهذا مشكل! لأن تيقن النفع نادر في الطب، ومحصور في حالات معينة أغلبها في حالات الطوارئ. ولو قيل مثلاً: أن يكون النفع من الإجراء المطلوب كبيراً أو هو أخف الضررين ربما كان أقرب إلى الواقعية، وهو متلائم مع قواعد الشريعة في دفع أكبر الضررين بأخفهما.

وأحياناً لا يتيقن النفع لكن هناك احتمال ضعيف بالنفع، وهو أفضل الخيارات المتاحة وأفضل من لا شيء، أي أفضل من الانتظار، فهذا تطبق فيه قاعدة موازنة المصالح والمفاسد.

وللعز ابن عبد السلام رحمه الله وهو من عباقرة الفقهاء كلام جيد متين في ضوابط الضرورة والمشاق، لولا خشية الإطالة لذكرته، وهو في كتابه قواعد الأحكام ٢/٩.

خامساً: مقاييس الضرورة الطبية (طريقة عملية لتحديد قدر الضرورة الطبية)

١) تمهيد حول فكرة المقاييس

هذا المبحث في نظري أهم مسائل الورقة!

وخلاصته: أن الحكم الشرعي كما تبين معنا ينبني على مدى تحقق الضرورة وشدة المشقة، والسؤال الذي يردنا نحن الأطباء كثيراً هل هذا المرض ضرورة أم لا؟

- هل هذه المشقة شديدة جداً أم لا؟

فكيف نستطيع نحن كأطباء الإجابة على هذين السؤالين؟ هل هناك مقاييس طبية تساعدنا في ذلك؟

ولأن موضوع الضرورة الطبية أصلاً كما تقدم ليس من ضمن اهتمامات الطب المعاصر، فلا يوجد حسب علمي وتتبعي مقياس للضرورة، لكن توجد مقاييس كثيرة جداً في مجالات متنوعة قد تكون مفيدة، فلابد من التفتيش والتنقيب. وهذا اجتهاد مني واقتراح يحتاج لمراجعة وتدقيق من المهتمين، خاصة أنني ربما أكون حسب علمي أول من حاول تأصيل الموضوع، والخطأ في مثل هذا المقام وارد، والتوفيق والتسديد من الله سبحانه.

ولأن الضرورة مبناها على ركنين هما الضرر والمشقة الشديدة، فسأقسم الكلام إلى قسمين: الأول في مقاييس الضرر، والثاني في مقاييس المشقة الشديدة. وهي في مجموعها ٥ مقاييس:

الأول: مقياس شدة الضرر

الثاني: مقياس احتمالية الضرر

الثالث: مقياس الألم

الرابع: مقياس التعب

الخامس: مقياس العنت والعسر والصعوبة (مقياس صعوبة الأداء وكفاءة الوظيفة)

ثم سأختم بمقترحات حول كيفية استخدام هذه المقاييس.

١) مقياس شدة الضرر.

عند دراسة الحالة لابد أن نوافق ابتداء أن هذا الأمر ضرر حقيقي أصلاً، والأطباء يتفاوتون في تحديد شدة الضرر واعتباره ضرراً أصلاً أم لا، وهل هذا الأمر فيه ضرر حقيقي أم أن الضرر الناتج ولو كانت

نسبته عالية فهو في حقيقته مجرد مشقة محتملة.

ولذلك لابد من تحديد طبيعة الضرر، وما الذي يترتب عليه والخطورة الفعلية منه.

ومثال ذلك: قد تكون نسبة حصول الضرر عالية (حسب ما سنبين في مقياس الاحتمالية)، لكن الضرر نفسه ضعيف أو يسير محتمل، هنا لا قيمة للاحتمالية العالية.

أنواع الضرر (من جهة شدته)

١) **ضرر يسير**: وهي الألم والمشقة والمعاناة المحتملة التي لا تؤثر على وظيفة الأعضاء ولا تسبب تشوهات أو إعاقة

٢) **ضرر متوسط**: المعاناة والمشقة الشديدة غير المحتملة، بدون تأثير على وظائف الأعضاء وبدون حصول إعاقات.

٣) **ضرر شديد**: وهو الضرر الشديد على أحد أعضاء الجسم وقد تؤثر على وظيفة الأعضاء، أو تسبب إعاقة لكنها غير دائمة وقابلة للعلاج

٤) **ضرر شديد جدا**: وهو الضرر الذي يؤدي إلى إعاقة دائمة Disability، أو فشل دائم في وظيفة عضو من الأعضاء أو أكثر Impairment، أو تشوهات جنينية، أو تشوهات بدنية.

ومن أمثلة الأمراض التي قد تسبب الضرر الشديد جداً: الحمى الشوكية، وجلطات الدماغ، وحوادث السيارات العنيفة، والسرطانات، والفشل الكلوي وغيرها كثير.

٥) **الوفاة**

وهناك أمراض كثيرة قتالة، من أشهرها السرطانات.

وهناك طرق ومقاييس كثيرة في الطب لقياس مدى شدة الضرر بعد وقوعه وحصوله، لكنها ليست مجال ورقتنا هذه.

والشافعي رحمه الله له تقسيم للضرر لكنهم يعبرون عنه بالمشقة[٢٣]:

١) **مشقة عظيمة فادحة**: كالخوف على النفوس والأعضاء ومنافع الأعضاء

[٢٣]) قواعد الأحكام للعز ابن عبدالسلام ١٢/٢

٢) **مشقة دون هذه المشقة:** في الرتبة كالخوف من حدوث المرض المخوف، فهذا ملحق بالرتبة العليا على الأصح .

٣) **خوف إبطاء البرء وشدة الضنى:** ففي إلحاقه بالرتبة الثانية خلاف، والأصح الإلحاق .

٤) **خوف الشين (يعني التشوه):** إن كان باطنا لم يكن عذرا، وإن كان ظاهرا ففيه خلاف والمختار الإباحة.

وهناك مقاييس أخرى للفقهاء سنذكر بعضها عند مقياس المشقة.

٢) مقياس احتمالية الضرر واحتمالية الشفاء. [مقياس الاحتمالية]

أ- التعريف:

مقياس الاحتمالية يعني: ما هي احتمالية حصول الضرر المتوقع؟ أو احتمالية الشفاء المتوقع؟

ب- كيف تعرض نتيجة المقياس؟

العادة أن النتيجة تكون بنسبة مئوية معينة (مثلاً: ٢٠% أو ٥٦% وهكذا)، أو برقم مطلق له دلالة إحصائية (مثلاً: احتمالية كذا هي ٥ أو ٤٧ وهكذا).

ت- الأرقام الإحصائية لمقياس الضرورة

نظراً لأن الأرقام الإحصائية تقرأ بأكثر من طريقة، وتخرج نسب الخطورة أو نسب الشفاء بأرقام عجيبة، لذلك اتفق علماء الطب المسند (ويسمى الطب المبني على البراهين)[٢٤] على توحيد المصطلحات، فخرجوا بمجموعة كبيرة جداً من المصطلحات الإحصائية الموحدة والمقننة، سنختار منها هنا ما له علاقة بالضرورة. وأرى أن أقرب المصطلحات الإحصائية لموضوعنا ما يلي:

المصطلح الأول: Event rate وترجمته (معدل الإصابة أو معدل الوقوع ويعجبني ترجمته إلى النسبة البسيطة)، وهو مصطلح بسيط، لا يستخدمه المتخصصون لوحده، لأنه لا يحمل أي قيمة معيارية، أي لا يحمل دلالات المقارنة مع الأرقام الأخرى. فلو قال طبيب إن احتمالية الضرر من هذا المرض بدون العلاج هي **٤٠%**، فهذا لا يفيدني كثيراً، لأننا كما سنذكر لابد أن نعرف احتمالية الضرر مع العلاج،

---

[٢٤] المصادر والمراجع المعتمدة في الطب المسند كثيرة، انظر مثلاً: www.cebm.net، و www.usersguides.org، و www.cebm.utoronto.ca، و www.cche.net، وهي كلها باللغة الإنجليزية. وبالنسبة لترجمة المصطلحات فقد اجتهدت فيها، كما ذكرت أيضاً ترجمات إخواننا في سوريا ولهم على أهل هذا اللسان فضل. منهم مثلاً مقالة الطب المسند: في النت للدكتور أحمد العسالي.

وأيضاً نسبة الفائدة المتوقعة من العلاج المطلوب.

ويقرأ الرقم الناتج هكذا: معدل الإصابة المتوقعة هي كذا، أو معدل الخطر (الضرر) المتوقع هي كذا، أو معدل الفائدة المتوقعة من العلاج هي كذا.

المصطلح الثاني: Relative Risk أو Risk Ratio أو Prevalence Of Risk، وترجمته (الخطر النسبي أو نسبة الخطر أو النسبة المطلقة للخطر أو احتمالية حدوث الخطر)، وهو نسبة حدوث المرض مع العلاج إلى نسبة حدوثه بدون العلاج. فمثلاً إذا كانت نسبة الضرر المتوقع بدون العلاج ٤٠% ونسبته بعد العلاج تقل إلى ١٥%، فإنه يقال إن الخطر النسبي يساوي **٣٧,٥%**.

ويقرأ الرقم الناتج هكذا: نسبة الخطر في المرضى الذين تناولوا العلاج مقارنة بالمرضى الذين لم يتناولوا العلاج هي كذا. وكلما قل الرقم كان أفضل، فهو يعني في المثال أعلاه أن احتمالية الضرر بالعلاج هي ثلث احتماليته بدون علاج، وكلما زادت النسبة اقتربنا من نسبة الضرر بدون علاج.

المصطلح الثالث: Relative Risk Reduction (RRR)، وترجمته (نسبة خفض الخطر النسبي أو إنقاص الخطر النسبي)، وهو أكثر ما يستخدمه الأطباء وشركات الأدوية ويسمونه أحياناً (نسبة فائدة العلاج) لكنه للأسف غير دقيق وقد يكون مضللاً، مع أنه ربما يكون أكثر الأرقام استعمالاً لسهولته. فمثلاً إذا كانت نسبة الضرر المتوقع بدون العلاج ٤٠% ونسبته بعد العلاج تقل إلى ١٥%، فإنه يقال إن العلاج الفلاني يقلل الخطر بنسبة **٦٢,٥%** وسيبدو هذا الرقم للقارئ غير المتخصص نسبة جيدة، لكنها غير دقيقة، لأن هذا الرقم لم يبين الفرق الفعلي بين من أخذ العلاج ومن لم يأخذه.

ويقرأ الرقم الناتج هكذا: العلاج الفلاني يقلل الخطر بنسبة كذا وكذا.

وهناك نوعان آخران من هذا المصطلح:

RBI (relative benefit increase) أي زيادة المنفعة النسبية

RRI (relative risk increase). أي زيادة الضرر النسبية

المصطلح الرابع: Absolute Risk Reduction (ARR)، وترجمته (معدل خفض الخطر الفعلي أو إنقاص الخطر المطلق)، وهو من أفضل الأرقام وأدقها لأنه يبين لك الفرق في نسبة الخطورة إذا أخذ العلاج وإذا لم يؤخذ، أي أنه يقارن بين مستوى الضرر بالعلاج ومستوى الضرر بدون العلاج، فهو يعطيني نسبة المستفيدين فعلياً من العلاج. لكنه لا يستخدم بكثرة ولا يعرفه غير الأطباء، بل كثير من الأطباء لا يعرفونه.

وإذا أخذنا المثال السابق (إذا كانت نسبة الضرر المتوقع بدون العلاج ٤٠% ونسبته بعد العلاج تقل إلى ١٥%) فمعدل الفائدة الفعلية للعلاج هي الفرق بين النسبتين أي **٢٥%**. وبشرح آخر: بدون علاج سيتضرر ٤٠% من المرضى، ومع العلاج ستقل النسبة إلى ١٥% لكن العلاج لا يمنع الضرر نهائياً، فصار المستفيدون فعلياً من العلاج ٢٥%. وبشرح آخر: إذا عالجنا ١٠٠ مريض فسيستفيد منه بإذن الله ٢٥ شخصاً منهم.

ويقرأ الرقم الناتج هكذا: النسبة الفعلي لمن سيستفيدون من العلاج هي كذا.

وهناك نوعان آخران من هذا المصطلح:

ABI (absolute benefit increase). أي زيادة المنفعة الفعلية

ARI (absolute risk increase).. أي زيادة الضرر الفعلية

المصطلح الخامس: Odds Ratio (OR)، وترجمته (معدل الاحتمالية أو نسبة الأرجحية) أي معدل احتمالية حصول شيء ما إلى احتمالية شيء آخر، فهو نسبة النسبة إلى النسبة!، وذلك بحساب احتمالية حدوث الضرر أو النفع مع العلاج إلى احتماليته بدون علاج. وهو جيد ودقيق لكن فهمه صعب على غير المتخصصين في الإحصاء.

وهو في مثالنا يساوي **٠,٢٧**، وحتى نفهمه نحتاج أن نقارنه بالرقم **١**، فكلما ابتعد عن الواحد كانت دلالته أكبر.

المصطلح السادس: Number Needed To Treat (NNT)، وترجمته (العدد المطلوب علاجه ويعجبني ترجمته إلى قيمة الشفائية) أي لظهور أثر العلاج، وهذا يحبه المتخصصون كثيراً، وله قيمة كبيرة عندهم، لكنه صعب الفهم على عامة الناس.

والعدد المطلوب علاجه (قيمة الشفائية)، مصطلح إحصائي يحبه علماء الإحصاء الطبي، لكنه غير معروف لكثير من الأطباء فضلاً عن عامة الناس. وهو رقم مطلق لا نسبة فيه ولا تمييز[٢٥]. وفي المثال الذي

---

[٢٥] استخدام الأرقام المطلقة كثير وواسع في حياتنا، فنحن نقول: طول هذا الجدار ٥٠ متراً وذاك ٣ أمتار، فنعرف أن الأول طويل والآخر قصير. ونقول: هذا الرجل وزنه ١٠٠ كغم والآخر وزنه ٤٥ كغم فنعرف أن الأول بدين والثاني نحيل، ونقول درجة الحرارة اليوم ٤٥ فنعرف أن الجو حار قائظ ونقول إنها ١٠ درجات فنعرف أن الليلة باردة، وهكذا.

ضربناه قبيل تكون قيمة الشفائية **٤**. وهذا يعني أنه لتجنب حدوث الضرر المتوقع على مريض واحد فيلزم علاج ٤ مرضى، وهذه هي نفس دلالة نسبة إنقاص الخطر الفعلي أي أننا سنعالج ١٠٠ مريض لكن المستفيدين فعلاً من العلاج هم ٢٥.

وهي نسبة تعتبر في الطب ممتازة جداً. ولو كان رقم الشفائية ٣٥ مثلاً فهذا يعني: أن من كل ٣٥ شخصاً تناولوا العلاج سيستفيد شخص واحد. وإذا كان رقم الشفائية ٦٠ فمن كل ٦٠ شخص تناولوا العلاج سيستفيد شخص واحد، وهكذا.

ويعبر عن هذا الرقم بطريقة أخرى، فيقال: كم مريضاً أحتاج أن أعالج ليستفيد مريض واحد؟. وهو يعطي الطبيب والفقيه أيضاً تصوراً عن قوة العلاج ومستوى فعاليته. وأكثر من يستخدمه علماء اقتصاديات الصحة للمقارنة بين أسعار الأدوية وكفاءتها.

المصطلح السابع: Number Needed To Harm (NNH)، وترجمته (العدد المطلوب للتضرر ويعجبني ترجمته إلى قيمة التضرر) أي لحصول الضرر، وهو مثل الذي قبله، لكنه يستخدم في حالات المضاعفات.

وأنا لا أتوقع من الفقهاء أن يدركوا هذه الأرقام والفروق بينها، ووقت الورقة لا يسمح بالتفصيل في دلالات هذه الأرقام وكيفية حسابها مع أنه في نظري يحسن بالفقيه أن يعرفها ولو بشكل مبسط.

المهم عندي التنبيه على بعض الملاحظات:

١) الرسالة المهمة هي أن الأرقام لها أكثر من وجه وتقرأ بأكثر من طريقة وتفسر بأكثر من تفسير، ولهذا اسألوا الطبيب عن كل الإحصائيات المتوفرة. فكما رأيتم في المثال السابق، يمكن التعبير عن نفس الحالة بأرقام مختلفة: فقد نقول: **٦٢,٥%** أو **٤٠%** أو **٣٧,٥%** أو **٢٥%** أو **٤** أو **٠,٢٧**. وكلها أرقام لنفس الحالة ولنفس المريض!!

٢) الطب الحديث لم يعد يسأل عن الأكثر خبرة من الأطباء، لأن العمدة الآن هي البحوث والأرقام حسب قواعد الطب المسند وليس الخبرة الشخصية، نعم الخبرة الشخصية للطبيب قد تكون أنفع في حالة علاج مريض محدد، لكن الخبرة والشهرة ليس لها قيمة كبيرة في الفتيا والأرقام والإحصائيات.

ولذلك لا تقبلوا كلام أي طبيب مهما كان حاذقا ومشهوراً حتى يأتي لكم بإحصائيات من مراجعها العلمية الحديثة، وتأكدوا أن البحوث قوية وليست بحوثاً ضعيفة، واسألوه دوماً عن مرجعه

وهل في المسألة خلاف أم لا، وخذوا الإحصائيات من أكثر من مصدر. والعادة أن كبار الأطباء المشاهير ضعيفون في الإحصائيات!، والأفضل منهم من يجيد قواعد الطب المسند ولو كان أقل شهرة وخبرة في التخصص.

٣) مستوى الضرورة هو حاصل معامل نسبتين وليس نسبة واحدة. فهو حاصل نسبة الضرر المتوقع مع نسبة المنفعة المتوقعة. لأنه إذا كانت فائدة العلاج كبيرة تحقق أحد شروط الضرورة وهو تيقن منفعة العلاج أو غلبة الظن بنفعه. وهذه نقطة مهمة كررناها أكثر من مرة. ولذلك فإن أفضل الأرقام الإحصائية ما جمع بين النسبتين، كما في "إنقاص الخطر الفعلي" و"قيمة العلاجية أو قيمة التضرر".

٤) للأسف لا نستطيع الحصول على أرقام دقيقة في كل الحالات، بل يكاد يكون هذا مستحيلاً، وغالب الموجود إحصائيات تقريبية، لكن الشارع لا يطالب بأكثر من هذا.

٥) لدينا معلومات جيدة وكافية عن احتمالات مضاعفات كثير من الأمراض إذا لم يتم علاجها، ومن أمثلة ذلك: السكري والضغط وارتفاع الدهنيات وجلطات القلب والدماغ وبعض السرطانات وغيرها كثير. لكننا بالطبع لا نملك إجابة لكل الأمراض. والمعلومات التي لدينا كلها جاءت من نتائج بحوث علمية كثيرة قام بها أساطين الطب في أنحاء المعمورة، وكلما نشط البحث العلمي في مجال الطب ازدادت معلوماتنا عن الأمراض ومضاعفاتها وأضرارها، وكانت إجاباتنا أكثر دقة.

٦) حصول الضرر لمريض معين تحدده عوامل كثيرة جداً، منها عمر المريض وحالته الصحية قبل المرض وقوة جسمه وقوة مناعته وقابليته للإصابة وشدة المرض وغيرها. ولذلك فإن الأطباء لا يعطون النسب الإحصائية التي تكون صالحة لكل الناس، فنسبة الخطر لمرضى أصحاء أقوياء ليست كنسبتها لمرضى كبار في السن قد شاخوا.

كذلك فإن شدة الأمراض والمضاعفات واحتمالاتها تتفاوت حسب تكرار حدوثها على المريض، فما يحصل مرة واحدة غير الذي يتكرر حدوثه.

٧) قيمة الأرقام الإحصائية تتفاوت حسب أهمية الموضوع. فالمرض الشديد الخطير المخوف لا تقبل فيه النسب القليلة، أما الأمراض الأخرى فيمكن قبول حتى النسب العالية فيها.

ث- قوة وموثوقية الأرقام الإحصائية.

يهمنا جداً أن يدرك غير الأطباء أن البحوث العلمية ليست كلها مقبولة، ولو كانت منشورة في مجلات محكمة، ولو قام بها استشاريون كبار، فلا محاباة في الطب ولا مجاملات.

ولهذا قام العلماء بتقسيم البحوث والأدلة العلمية من جهة قوتها إلى درجات، في هرم أسموه هرم المعلومات. وهناك عدة أشكال لهذا التصنيف[٢٦] ، متفقة في الإجمال على أن البحوث التجريبية القوية المتقنة تأتي في الدرجة الأولى من حيث القوة. وأضعف الأدلة العلمية هو رأي الخبراء! وبينهما تأتي درجات البحوث حسب قوتها.

ولهذا لا يكفي القول: نشر في بحث علمي كذا وكذا، أو أشارت بعض الدراسات الطبية إلى كذا وكذا. كل هذا لا يفيد، إذ لابد من التأكد أن البحوث أصيلة وقوية. ولا يمكن معرفة هذا لغير المتخصصين. ولا أقصد بالتخصص هنا التخصص في الطب، وإنما التخصص في تقييم البحوث وتمييز غثها من سمينها.

والبحوث تقسم إجمالاً إلى ٥ درجات نزولاً من الأقوى للأضعف:

١) البحوث التجريبية المقارنة غير الانتقائية RCT
٢) البحوث المسحية المقارنة المستقبلية (دراسات الحشد) Cohort
٣) البحوث المسحية المقارنة القبلية Case-control
٤) بحوث سجل الحالات Case series
٥) رأي الخبراء Expert opinion

ج- درجات مقياس الضرر (درجات احتمالية الضرر/ احتمالات الضرر)

هل هناك رقم معين من نسبة احتمالية الضرر نحكم بالوصول إليه بأننا دخلنا مرحلة الضرورة؟

هذه نقطة عملية مهمة جداً، وتحتاج لجلسة عمل وحلقة نقاش مطولة وتبادل الآراء. ويحددها عوامل كثيرة، فنسبة خطر الوفاة مثلاً لا نقبل فيها حتى النسب القليلة، أما الأضرار اليسيرة فنتحمل منها أكثر مما نتحمل من الأضرار الخطيرة.

عموماً أقترح أن نستفيد مما كتبه المتقدمون في بعض تقسيماتهم فنقسم الضرر من جهة الاحتمال إلى الدرجات الآتية، وذلك بعد الحصول على الأرقام الإحصائية:

---

[٢٦] - Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025

- U.S. Preventive Services Task Force Ratings: Strength of Recommendations and Quality of Evidence. *Guide to Clinical Preventive Services, Third Edition: Periodic Updates*, 2000-2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/ratings.htm

١) ضرر موهوم (غير وارد أصلاً)

٢) ضرر مظنون (ضعيف الاحتمال)

٣) ضرر أغلبي (عالي الاحتمال)

٤) ضرر مؤكد

أو نستخدم الدرجات الأخرى التي يستخدمها الفقهاء أيضاً:

١) ضرر نادر: ويقولون النادر لا حكم له

٢) ضرر قليل: ويقولون يغتفر في القليل ما لا يغتفر في الكثير

٣) ضرر كثير: وهو الذي تنطبق عليه الأحكام.

يبقى تحديد الرقم المطلوب لكل درجة، هذه تحتاج كما ذكرت لحلقة نقاش من مجموعة من الخبراء.

ح- كيفية استخدام هذا المقياس

قد تبين أن تحديد مرحلة الضرورة ليست مسألة بسيطة بل هي معقدة، وفيها أرقام وإحصائيات متشابكة، لكننا نعرف من قواعد الشرع أنه لا يخاطب الناس إلا بالسهل الممكن، وعليه فالبديل العملي السهل في نظري هو أن يكون تحديد درجة الضرورة عن طريق لجنة مختصة في كل مستشفى من عدة تخصصات، وتصدر القرارات بالتصويت المبني على أفضل الأدلة العلمية المتوفرة.

ولا أعتقد أننا سنحصل على إجماع طبي في كل قضايا الضرورة فالأطباء يتفاوتون كثيراً في التقدير، وفي تفسير الإحصائيات، لكن بعض القضايا أوضح من بعض والحصول على الأغلبية فيها ممكن.

وربما يرد سؤال هنا:

هل نحن بحاجة إلى كل هذه الإحصائيات والتعقيدات لمعرفة هل هذا المرض بالذات ضرورة أم لا؟

والجواب: قطعاً نحن بحاجة لهذه الإحصائيات الدقيقة، وهي في نظري من التقدم في الطب، وأحد أهم مميزات الطب المعاصر. وتطبيقات هذه الأرقام الإحصائية في الفقه كثيرة، فالأرقام الإحصائية الطبية تساعدنا في معرفة ما يلي:

- تحديد مستوى الضرر المتوقع من استخدام دواء ما، وبالتالي الفتوى بإباحته أو حرمته.
- تحديد مستوى الضرورة الطبية بدقة، أي تحديد مستوى الخطر المتوقع من المرض ومستوى المنفعة المتوقعة من العلاج، لأننا كما كررنا لا يكفي معرفة نسبة الخطر بل لابد من معرفة نسبة مستوى المنفعة المتوقع أيضاً، ويمكننا معرفة ذلك عبر ARR أو NNT أو NNH.

مقاييس المشقة والألم

تبين لنا من كلام الفقهاء أن المشقة الشديدة جداً قد تلحق بالضرر في الحكم، فتنطبق عليها أحكام الضرورة الطبية على التفصيل المذكور سابقاً. وقد بينا بعض الإحصائيات المتعلقة بالضرورة والضرر والخطر، والآن نحاول تبيين بعض المقاييس المتعلقة بالمشقة الشديدة.

والمشقة كما تقدم تشمل:

الألم Pain والتعب Fatigue، وصعوبة أداء الأعمال والانتاج، وقد يطلق عليها الخلل في الأداء والوظيفة quality of life, function impairment

ولكل واحدة من هذه الأشياء مقياس خاص في الطب.

٣) مقاييس الألم

نظراً لاهتمام الطب المعاصر بقياس الألم وشدته، نشرت عشرات الأبحاث في هذا الموضوع، ويوجد حالياً أكثر من ٢٥ مقياساً منشوراً للألم. وهذه أسماء بعضها بلغتها الأصلية:

1. Visual analog scale (VAS)
2. McGill Pain Questionnaire (MPQ)
3. Faces Pain Scale (FPS)
4. Pediatric Pain Questionnaire (PPQ)
5. Faces Pain Scale - Revised (FPS-R)
6. Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)
7. Schmidt Sting Pain Index
8. Verbal Rating Scale (VRS)
9. Simple Descriptive Pain Scale (SDS)
10. Wong-Baker Pain Faces Rating Scale (PFS)
11. Numerical Pain Scale (NPS)
12. Modified Eland Scale

13. Modified Faces Scale
14. Brief Pain Inventory (BPI)
15. Mankowski Pain Scale (SKIP)
16. Dolorimeter Pain Index (DPI)
17. The Walid-Robinson Index (WRI)

وأشهر مقاييس الألم شهرة هو (مقياس الألم المصور)، وله نماذج كثيرة منها هذا النموذج المـــصور، وله عشر درجات، خمس منها أصلية وخمس أخرى بينهن، ودرجة صفر تعني بدون ألم.

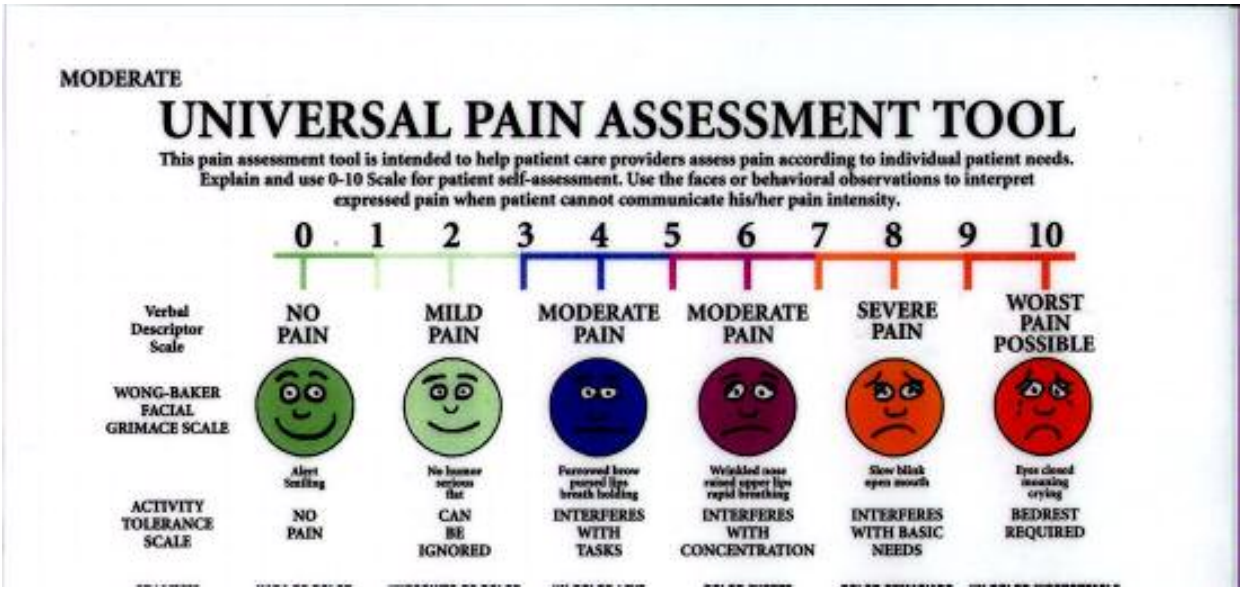
١) ألم خفيف: يتمكن الشخص من تجاهله.

٢) ألم متوسط: يشغل المريض عن أداء بعض المهام.

٣) ألم متوسط: يشتت تركيز المريض.

٤) ألم شديد: يمنع المريض من القيام باحتياجاته الضرورية.

٥) ألم شديد جداً: يجعل المريض طريح الفراش لا يكاد يتحرك من شدة الألم.



وقد يعرض هذا النموذج بالدرجات الأصلية فقط، كما في المصور الآتي:

وهناك مقاييس مطولة مثل Brief Pain Inventory (BPI) لكن زبدتها فيما ذكرنا.

ويمكن للفقيه أن يستخدم هذا المقياس مع المستفتين فهو سهل ومفهوم. ويمكن اعتبار الدرجات رقم ٤ و ٥ هي درجات المشقة الشديدة التي توجب الترخص بالضرورة. أما في باب العبادات فالأمر أوسع حيث يمكن اعتبار المشقة المبيحة للترخص بترك بعض الواجبات كالقيام مثلاً من الدرجة ٢ فما فوق.

مقاييس للمشقة ذكرها الفقهاء

نحن نعلم أن مبدأ التقسيم إلى درجات قديم جداً، وقد استخدمه الفقهاء منذ وقت مبكر.

فالعز ابن عبد السلام مثلاً وضع مقياساً من ٥ درجات (أصل كلامه ذكرته في المقدمة وعدلته هنا بلغة العصر):

١) **مشقة خفيفة:** كأدنى وجع في إصبع أو أدنى صداع أو سوء مزاج خفيف، فهذا لا التفات إليه ولا تعريج عليه.

٢) **مشقة متوسطة:** أقرب إلى الخفيفة

٣) **مشقة مترددة:** بحيث لا تدنو من أحدهما فقد يتوقف فيها، وقد يرجح بعضها بأمر خارج عنها

٤) **مشقة شديدة:** أقرب إلى العظيمة الفادحة

٥) **مشقة عظيمة فادحة:** كمشقة الخوف على النفوس والأطراف ومنافع الأطراف فهذه مشقة موجبة للتخفيف والترخيص.

ومقياس العز رحمه الله يصلح أن يكون أيضاً مقياساً للضرر.

والشاطبي له كلام مشهور في أقسام المشقة، وقد أعدت ترتيبه وصياغته في مقياس من ٥ درجات، كالآتي:

١) **مشقة مخالفة الهوى**: وهو أن يكون التكليف خاصا بما يلزم ما قبله ، فإن التكليف إخراج المكلف عن هوى نفسه ، ومخالفة الهوى شاقة على صاحب الهوى مطلقا ، ويلحق الإنسان بسببها تعب وعناء ، وذلك معلوم في العادات الجارية في الخلق، فإذا مخالفة الهوى ليست من المشقات المعتبرة في التكليف .

٢) **المشقة المعتادة**: لا يسمى في العادة مشقة طلب المعاش بالتحرف وسائر الصنائع ، لأنه ممكن معتاد لا يقطع ما فيه من الكلفة عن العمل في الغالب المعتاد ، وإلى هذا المعنى يرجع الفرق بين المشقة التي لا تعد مشقة عادة ، والتي تعد مشقة ، وهو أنه إن كان العمل يؤدي الدوام عليه إلى الانقطاع عنه أو عن بعضه وإلى وقوع خلل في صاحبه في نفسه أو مال ، أو حال من أحواله فالمشقة هنا خارجة عن المعتاد ، وإن لم يكن فيها شيء من ذلك في الغالب فلا يعد في العادة مشقة وإن سميت كلفة .

٣) **المشقة الزائدة على ما جرت به العادة**: وهو إذا كان الفعل خاصا بالمقدور عليه ، وليس فيه من التأثير في تعب النفس خروج عن المعتاد في الأعمال العادية ، ولكن نفس التكليف به زيادة على ما جرت به العادات، .... ، لأنه إلقاء بالمقاليد ودخول أعمال زائدة على ما اقتضته حياة الدنيا.

٤) **المشقة غير المعتادة**: المشقة التي تطاق لكن فيها شدة يمكن احتمالها ، إلا أنه خارج عن المعتاد في الأعمال العادية ، بحيث يشوش على النفوس في تصرفها ويقلقها في القيام بما فيه تلك المشقة .

٥) مشقة ما لا يطاق

وقد مر معنا في مقياس الضرر الإشارة إلى مقياس الشافعي. وهناك مقاييس أخرى للنووي وغيره، وهي قريبة من هذا. وأعتقد أن الفقيه قد يستأنس بهذه المقاييس سواء ما قعده الفقهاء أو ما ذكره الأطباء المعاصرون، خاصة أنه يسهل فهمها وتقديرها.

٤) مقاييس التعب Fatigue

المقصود بالتعب هنا ما يعبر عنه الفقهاء بالعجز، وتعبير العجز لدى الفقهاء ليس هو العجز عند الأطباء، فإن العجز عند الأطباء مرادف للإعاقة. عموماً التعب أو ضعف القوة كثير في الأمراض، وله مقاييس في الطب كثيرة أيضاً، وهي في الغالب رقمية، بحيث تعطي رقماً معينا في سلم من الدرجات.

منها مثلاً Fatigue Symptom Inventory (FSI),[٢٧]، وهو عبارة عن استبيان من ١٤ سؤالاً تهدف إلى تقييم شدة التعب وتكراره وأثره على الوظيفة.

والتعب نوع من أنواع المشقة لكن يندر أن تباح به المحرمات، لكن يرخص به وبشكل واسع كثير من العبادات، كالتيمم وترك القيام في الصلاة والفطر في رمضان للمريض وغيرها كثير. ولذلك فالأمر فيه واسع ولا أظن أن الفقهاء يحتاجون فيه لمقياس، فالمريض هو من يحدد ذلك.

٥) مقياس العنت والعسر والصعوبة (مقياس صعوبة الأداء وكفاءة الوظيفة)

وهذا يحتاج لتفصيل طويل لا تحتمله هذه الورقة.

---

[٢٧] Hann, D. M., Jacobsen, P. B., Azzarello, L. M., Martin, S. C., Curran, S. L., Fields, K. K., Greenberg, H., & Lyman, G. (1998). Measurement of fatigue in cancer patients: Development and validation of the Fatigue Symptom Inventory. Quality of Life Research, 7, 301-310.

Hann, D. M., Denniston, M. M., & Baker, F. (2000). Measurement of fatigue in cancer patients: Further validation of the Fatigue Symptom Inventory. Quality of Life Research, 9, 847-854.

سادساً: نموذج مقترح للتعامل مع حالات الضرورة الطبية (نموذج تحديد مستوى الضرورة)

الفصل التطبيقي

كنا ذكرنا أن الضرورة كل مركب من عنصرين:

الأول: الضرر أو المشقة الشديدة

الثاني: ارتكاب المحظور

وهذا نموذج اجتهادي مقترح أتمنى أن يكون إضافة لهذا العلم الجليل، وقد أسميته (نموذج تحديد مستوى الضرورة).

نموذج تحديد مستوى الضرورة	
١) ما الضرر المتوقع/ أو المشقة بالتحديد؟	
٢) ما المحرم المراد ارتكابه؟ (الأدلة والأقوال)	
٣) هل يوجد علاج بديل مباح؟	
٤) ما درجة الضرر؟ [مقياس الشدة]	
٥) ما قوة المعلومات أعلاه حسب تصنيف هرم المعلومات؟ وما مصدرها؟	
ما الأرقام الإحصائية المتوفرة عن الضرر؟/ أو ما درجة المشقة؟ [مقياس الاحتمالية]	
٦) الحكم النهائي	

المثال الأول: نظام تعقيم المرأة ذات القيصريات المتكررة.

نموذج تحديد مستوى الضرورة	
١) ما الضرر المتوقع/ أو المشقة بالتحديد؟	الولادة بعد القيصريات المتكررة تحمل خطورة إضافية على الأم تتمثل في الآتي: التصاق الأحشاء الداخلية بعد العمليات المتكررة، وبالتالي صعوبة إجراء القيصرية نفسها + المشيمة المنغرزة + نزيف دموي شديد + احتمال إزالة الرحم. وغيرها.
٢) ما المحرم المراد ارتكابه؟ (الأدلة والأقوال)	الإجراء المطلوب هو تعقيم المراة نهائيا بحيث لا تتمكن من الحمل بعد ذلك. وهو في الشريعة ممنوع إلا للضرورة.
٣) هل يوجد علاج بديل مباح؟	البديل الوحيد للقيصرية هو الولادة الطبيعية وفيها تكمن المشكلة والخوف على الأم من الضرر.
٤) ما درجة الضرر؟ [مقياس الشدة]	لغرض الدراسة فسنأخذ مثالاً واحداً وهو المشيمة المنغرزة، وهي ربما أكثر المضاعفات خطراً. وتسبب الآتي: الولادة المبكرة للجنين وبالتالي يصبح الطفل خديجاً لم يكتمل نموه أحياناً + نزيف الرحم واحتمال إزالة الرحم أو خطر على الأم. وهذه المضاعفات ذات درجة عالية حسب تقديرنا.
٥) ما قوة المعلومات أعلاه حسب تصنيف هرم المعلومات؟ وما مصدرها؟	بعد البحث وجدنا قرابة ١٥ بحثاً، متفاوتة في القوة، ومختلفة كثيرا في النتائج!، بعضها محلي أجري في السعودية والخليج والشام، وبعضها أجري في أوروبا وأمريكا. بعض هذه النتائج يرى أنه ليس هناك أي خطورة إطلاقاً من القيصريات المتكررة، وبعضهم يرى أنها تبدأ من القيصرية الثالثة، ومنهم من يرى أن الخطر يزداد من الرابعة فما فوق، ويتضاعف بشكل كبير من القيصرية السادسة فما فوق. ولكن عند النظر إلى الدراسات القوية، فقد حصلنا على ٣ دراسات أحدها أجري في السعودية. وحسب قوانين الطب المسند فإننا لم نلتفت إلى الدراسات الأخرى الضعيفة.

٦) ما الأرقام الإحصائية المتوفرة عن الضرر؟/ أو ما درجة المشقة؟ [مقياس الاحتمالية]	نظراً لكثرة المضاعفات التي تمت دراستها فسنأخذ أرقام خطورة المشيمة المنغرزة فقط، في الجدول:

	الحمل العادي	القيصريات				
		الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	السادسة
النسبة البسيطة	٠,٠٤ %	%٠,٢	%٠,٣	%٠,٩	%٢,٤	%٣,٥	%٦,٧.
زيادة الخطر الفعلي	–	–	قريبة من النسبة البسيطة لأن الخطر في القيصرية الأولى ضئيل جداً				
العدد المطلوب للتضرر	–	–	٤٥٤,٦	١٤٢,٩	٤٥,٣	٤١,٨	١٥,٤

تبين من الجدول أن نسبة الخطر ٣ درجات:

قليلة في القيصريات الثلاث الأولى

متوسطة إلى عالية في الرابعة والخامسة

عالية إلى عالية جداً في السادسة فما فوق

٧) الحكم النهائي	مما تقدم نقترح على السادة الفقهاء والأمر لهم أن تصدر فتوى بهذا الصدد، تنص على جواز التعقيم النهائي وقطع النسل للزوجين الذين يطلبان ذلك إذا أنجبت المرأة ٣ مواليد بقيصرية، بعد إعطائهما كافة المعلومات المطلوبة بحيادية ووضوح. ويجوز للزوجين الاستمرار في الإنجاب إلى أن تنجب المرأة ٥ مواليد بالقيصرية. وبعد ذلك فإن المصلحة تقتضي أن تتوقف الزوجة عن الإنجاب.

	والله أعلم.

المثال الثاني: إجهاض الجنين بسبب تناول دواء خطير (isotretinoin/ Accutane).

نموذج تحديد مستوى الضرورة (إجهاض الجنين بسبب تناول الأم دواءاً خطيراً)	
١) ما الضرر المتوقع/ أو المشقة بالتحديد؟	بعض النساء تطلب الإجهاض لأنها تناولت دواء حبوب الشباب المسمى (isotretinoin/Accutane) دون علمها بأنها حامل، وهذا الدواء خطير جداً على الجنين، فقد يسبب تشوهات خطيرة تشمل تشوهات في الرأس والدماغ والأطراف وغيرها.
٢) ما المحرم المراد ارتكابه؟ (الأدلة والأقوال)	إجهاض الجنين في الأسابيع الأولى قبل نفخ الروح. وهو محل اتفاق المجامع على منعه قبل نفخ الروح إلا إذا خيف على صحة الأم. وأضاف بعضهم إذا تيقنا وجود تشوهات كبيرة في الجنين.
٣) هل يوجد علاج بديل مباح؟	لا يوجد. بل ولا يمكن معرفة حصول التشوهات فعلاً ولا شدتها إلا بعد الأسبوع ١٦ أي بعد نفخ الروح.
٤) ما درجة الضرر؟ [مقياس الشدة]	التشوهات الجنينية متفاوتة في الشدة. فبعضها شديد جداً قد يؤدي للوفاة أو الإعاقة الدائمة وبعضها يسير كتشوهات في الأطراف.
٥) ما قوة المعلومات أعلاه حسب تصنيف هرم المعلومات؟ وما مصدرها؟	حصول الضرر من العلاج على الجنين يتعذر إجراء بحوث تجريبية فيها، والمعتمد فيها على التقارير الميدانية التي ترد من الأطباء. وهي متواترة على حصول الضرر من هذا الدواء على الجنين. وساندتها البحوث التجريبية على الحيوانات.
ما الأرقام الإحصائية المتوفرة عن الضرر؟/ أو ما درجة المشقة؟ [مقياس الاحتمالية]	من الصعوبة الحصول على أرقام دقيقة، لأن التشوهات الجنينية لا تجرى فيها أبحاث، وإنما هي تقارير مسحية. والمنشور من التقارير يفيد الآتي: **معدل الإصابة بالضرر:** من ٢٥% إلى ٣٥% نسبة تشوهات محتملة،

	متفاوتة في الشدة والخطورة، فبعضها يسير كلحمة زائدة في الأذن وبعضها مميت. بينما نسبة التشوهات في الحمل الطبيعي من ٣-٤%. **العدد المطلوب للتضرر: ٣,٧** وهو رقم مخيف، لكنه لا يميز بين التشوهات الشديدة واليسيرة.
٦) الحكم النهائي	نظراً لصعوبة تحديد نوع التشوه ودرجته، وهل هو مما يباح لأجله الإجهاض أم لا، فإننا نقترح على السادة الفقهاء والأمر لهم أن تنص الفتوى على عدم جواز الإجهاض في هذه الحالة. والله أعلم.

الخاتمة والتوصيات