



الرعاية التلطيفية والأخلاق الإسلامية: استكشاف القضايا الرئيسية وأفضل الممارسات

تقرير خاص بالتعاون مع مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق

محمد غالي (المحرر)

راندي آر. دايموند

مها العاكوم

عزة حسن



الإحالة المرجعية المقترحة لهذا التقرير: محمد غالي، راندي أ. رايمون، مها العاكوم، عزة حسن.

الرعاية التلطيفية والأخلاق الإسلامية: استكشاف القضايا الرئيسية وأفضل الممارسات.

الدوحة، قطر، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، 2018.

ISBN: 978-1-912865-06-8

الرعاية التلطيفية والأخلاق الإسلامية: استكشاف القضايا الرئيسية وأفضل الممارسات

تقرير خاص بالتعاون مع مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق

المحتويات

03	تمهيد
04	الملخص التنفيذي
06	القسم الأول: المداولات والرؤى على الصعيد الدولي
15	القسم الثاني: الممارسات في منطقة الشرق الأوسط
27	القسم الثالث: منظور الأخلاق الإسلامية
38	شكر وتقدير
39	المراجع

تمهيد

تعَدُّ الرعاية التلطيفية أحد التخصصات الطبية الحديثة نسبيًا، والتي تجسّد عددًا من القيم المشتركة عالميًا، وأهمها العمل على تخفيف الآلام وغيرها من الأعراض المسببة للقلق (مثل ضيق التنفس)، وتحسين نوعية حياة المصابين بأمراض خطيرة، وتقديم خدمات رعاية جيدة للمرضى خلال فترة الاحتضار. وفي هذا الصدد، يواجه أطباء الرعاية التلطيفية العديد من المعضلات الأخلاقية خلال مساعيهم الرامية إلى تحقيق هذه الأهداف النبيلة ومحاولاتهم الدؤوبة للتعامل مع شتى الجوانب المتعلقة بالمرضى، بدلاً من النظر إليهم باعتبارهم أشخاصًا مصابين بأوضاع صحية بائسة. ولتقديم خدمات رعاية تلطيفية تراعي الاعتبارات الثقافية، فلا بدّ من الأخذ بعين الاعتبار معتقدات المرضى (الدينية) وأعرافهم الأخلاقية.

تتناول الدراسة الحالية بعض التساؤلات الأخلاقية المهمة عن مجال الرعاية التلطيفية والتي تظهر عند تناولها من المنظور الإسلامي. وليست الأخلاقيات الإسلامية بمعزل عن عالمها المحيط. لذا، واكب الاهتمام الشديد بممارسات الرعاية التلطيفية في العالم اهتمامًا مماثل في البلدان ذات الأغلبية المسلمة. ولم يفرز مجال الأخلاقيات الإسلامية المعاصرة في الطب الحيوي ما يكفي من النقاشات التي تركّز على الرعاية التلطيفية بوجه خاص، وبالتالي اضطررنا في بعض المواضع إلى البداية من الصفر. ومن ثمّ، فإن هذا التقرير ليس إلا بحثًا استكشافيًا نتطرق فيه إلى أفكار ونقاشات جديدة، دون تقديم إجابات شافية حيال القضايا المطروحة.

استفادت الدراسة التي بين أيدينا من دراسة استقصائية أجراها موقع "YouGov" بتكليف من مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش"، إذ قام الموقع بإجراء استطلاع عبر شبكة الإنترنت في عدد من البلدان ذات الأغلبية المسلمة -من بينها إندونيسيا، وماليزيا، وعمان، وقطر، والسعودية- طُلب فيه من الجمهور تقييم خدمات الرعاية التلطيفية، بجانب طرحه تساؤلات عمّا إذا كانت مراعاة المعتقدات والقيم الدينية للمريض تمثّل جزءًا من خدمات الرعاية التلطيفية عالية الجودة.

ليس بوسعنا القول بأن هذه الدراسة قد تناولت جميع المعضلات والمشكلات الأخلاقية المتعلقة بالرعاية التلطيفية، إذ ينحصر تركيزها على تحليل المشكلات الأخلاقية التي يواجهها الأخصائيون في مجال الرعاية الصحية، كما تطرح رؤى عن المشكلات الأخلاقية التي تبرز عند علاج المرضى المسلمين.

ونأمل أن تبرز هذه الدراسة لصانعي السياسات والمشرعين في مجال الرعاية الصحية مدى أهمية علاج الثغرات القائمة في التشريعات الراهنة من خلال وضع أطر تنظيمية تتماشى مع النسيج الديني-الأخلاقي للمجتمعات الإسلامية.



محمد غالي

محمد غالي،
مركز دراسات التشريع الإسلامي
والأخلاق، كلية الدراسات الإسلامية،
جامعة حمد بن خليفة، قطر



أ. ل. ر.

البروفيسور اللوردي دارزي
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي
لمؤتمر "ويش"، مؤسسة قطر
مدير معهد الابتكار في مجال
الصحة العالمية، إمبيريال
كوليدج لندن

المخلص التنفيذي

باتت الرعاية التلطيفية وتخفيف الآلام جزءًا لا يتجزأ من خدمات الرعاية الصحية، وتشهد كثير من الدول العربية إقبالًا متزايدًا على تقديم هذه الخدمات، في ظل توقعات الخبراء بزيادة نسبة الإقبال عليها. ويرجع ذلك إلى أسباب عدّة، من بينها الزيادة في أعداد المسنين وانتشار الأمراض المزمنة التي تصيب الكبار والأطفال من جميع الفئات العمرية وغيرها من الاعتلالات التي قد تضع إطارًا زمنيًا محدودًا لحياة المرضى.

تولي هذه الدراسة اهتمامًا خاصًا بمنظور أخلاقيات الطب الحيوي في الإسلام، مع أخذ عدد من وجهات النظر الأخرى بعين الاعتبار. وكما هو الحال مع تقرير مؤتمر "ويش" لعام 2016، والذي يحمل عنوان "علم الجينوم في منطقة الخليج والأخلاقيات الإسلامية"¹، يركز هيكل الدراسة الحالية على رؤية محددة عن كيفية تعامل أخلاقيات الطب الحيوي في الإسلام مع الرعاية التلطيفية.

وعليه، ينقسم التقرير إلى ثلاثة أقسام تتناول الموضوعات التالية:

1. المنظورات الدولية، بما في ذلك لمحة تاريخية عن تطور مجال الرعاية التلطيفية وتوسّعه في العالم، والنطاق المستقبلي لتطوره.

2. ممارسات الرعاية التلطيفية في الشرق الأوسط، وخاصة في دولة قطر.

3. منظور الأخلاقيات الإسلامية حيال الرعاية التلطيفية والمرضى المسلمين.

وفي ظل التطور الذي يشهده خطاب الأخلاقيات الإسلامية عن خدمات الرعاية التلطيفية، فستصبح خدمات الرعاية التلطيفية للمرضى المسلمين أكثر مراعاة للحساسية الثقافية، وبالتالي أكثر فعالية وأعمّ نفعًا.

وينتهي التقرير إلى عدد من الاستنتاجات والتوصيات، وهي على النحو التالي:

- **ينبغي منح الأولوية للرعاية التلطيفية:** إذ تظهر مؤشرات عدّة تصاعد معدلات الحاجة لخدمات الرعاية التلطيفية في أرجاء العالم كافة. ومن هذا المنطلق، يتعين على وزارات الصحة توفير مخصصات مالية لإنشاء المزيد من وحدات الرعاية التلطيفية والتوسّع في البرامج التعليمية وبرامج التدريب الداخلي وبرامج الزمالة في هذا المجال.
- **يجب أن يولي خطاب الأخلاقيات الحيوية الإسلامية مزيدًا من الاهتمام بالتحديات الأخلاقية المرتبطة بالرعاية التلطيفية:** فبالكاد توجد دراسات معنية تتناول العلاقة بين الأخلاقيات الإسلامية والرعاية التلطيفية. وعليه، فأن إجراء المزيد من الدراسات في هذا المجال من شأنه الإسهام في التعامل مع التساؤلات الأخلاقية التي يواجهها أخصائيو الرعاية التلطيفية مع المرضى المسلمين.

- **ضرورة تحديث التشريعات الحالية:** غالبًا ما تفتقر البلدان ذات الأغلبية المسلمة إلى قوانين وسياسات وطنية معنية بالرعاية التلطيفية، يضاف إلى ذلك عدم وجود مبادئ توجيهية تسري على المستشفيات، ما يجعل أخصائيو الرعاية الصحية عرضةً لاتهامات التقصير الوظيفي والمساءلات القانونية.
- **أهمية تعزيز الوعي العام:** فتوعية المرضى وأسرهم بالرعاية التلطيفية يتيح لهم دومًا اتخاذ قرارات أفضل وأكثر استنارة. على سبيل المثال، تسهم توعية الجمهور بإمكانية اختيار المريض لشكل الرعاية الصحية الذي يفضله عبر اتباع إجراءات محددة، مثل "التوجيه المسبق" أو "وصية الحياة" (وهي توجيهات تحدد للأطباء رغبات المريض التي تخص رعايته الطبية خلال احتضاره)، في أن توفر على المرضى، وعائلاتهم والأطباء المعالجين كثيرًا من الوقت والجهد، وذلك بمحاولتها تنظيم عملية اتخاذ القرار المتعلق بالقضايا الحرجة.
- **قد يكون الامتناع عن تناول أدوية علاجية معينة أمرًا مقبولاً من الناحية الأخلاقية:** وذلك بخلاف التدخلات الطبية مؤكدة النجاح التي تهدف إلى إنقاذ حياة المريض، فهذه التدخلات تكون واجبة من منظور الأخلاقيات الإسلامية. أمّا الأدوية العلاجية فأنها تصنّف ضمن الأفعال المباحة والمحايدة من الناحية الأخلاقية، فيحقّ للمريض اختيارها أو رفضها. لذلك، فأن التوقف عن استخدام أنظمة بعينها لعدم الحياة -مثل التهوية الميكانيكية عبر أجهزة التنفس الصناعي والإنعاش القلبي الرئوي- قد يكون أمرًا مقبولاً في حالات معينة، ويختلف الأمر بالنسبة للتغذية والإرواء الاصطناعيين، إذ إنهما قضيتان أكثر إثارة للجدل رغم ندرة النقاشات الأخلاقية الإسلامية حولهما وعدم نضجها.
- **تقديم الأدوية المسكّنة أمر مقبول رغم ما قد تنطوي عليه من آثار جانبية** تهدف الرعاية التلطيفية إلى تخفيف الآلام المستعصية على المرضى، ولا غضاظة من المنظور الإسلامي في إصابة المريض ببعض الآثار الجانبية نتيجة لتناوله هذه الأدوية. فمسكنات الألم التي تسفر عن فقدان مؤقت أو جزئي لوعي المريض لا تثير جدلاً كبيراً، بينما الأدوية المسكّنة التي تؤدي إلى إفقاد تام (وأحياناً) دائم لوعي المريض حتى وفاته، فهي القضية الأكثر إثارة للجدل.
- **يجب عدم تجاهل إرادة ورغبات المريض الصريحة:** وفقاً للأخلاقيات الإسلامية، يلزم الرجوع إلى المريض أولاً فيما يخص حالته الصحية، بما في ذلك إطلاعه على أية أخبار سيئة طالما أنه تام الأهلية القانونية. ويجب احترام اختيارات المريض وإرادته، حتى لو قوبل ذلك بتدخل أو رفض من أفراد الأسرة.
- **القتل الرحيم عن طريق تدخل مباشر ليس خياراً مقبولاً من الناحية الأخلاقية:** أجمعت المداولات الأخلاقية الإسلامية المعاصرة على أن الإنهاء الفعال لحياة المريض يعدّ عملاً غير أخلاقي، لا سيما وأن القتل الرحيم الفعال يعدّ جرماً وفق العديد من القوانين في العالمين العربي والإسلامي. وبالتالي، فإن الأطباء الذين يتورطون في مثل هذا العمل يعرّضون أنفسهم للملاحقة القضائية.

القسم الأول: المداولات والرؤى على الصعيد الدولي

ارتبطت الرعاية التلطيفية منذ نشأتها في العصور الوسطى بالمؤسسات الدينية التي تقوم برعاية المرضى الفقراء، ثم ظهرت لاحقاً أماكن معينة لرعاية الأفراد الذين يعانون من أمراض ميؤوس من شفائها.^{2,3} ودعت دامي سيسلي سوندرز (1958-2004)، مؤسّسة حركة دور رعاية المحتضرين في العصر الحديث، إلى التوعية بوجود روابط بين المعاناة الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية، فنادت بتوفير رعاية شاملة للمرضى المحتضرين بحيث تشمل مقدمي الرعاية من أفراد الأسرة والأصدقاء. وتعدّ دار "سانت كريستوفر للمرضى المحتضرين" في لندن أول دار في العصر الحديث تقدم خدمات الرعاية للمرضى المحتضرين، حيث قامت سوندرز بتأسيسها في عام 1967. ولا تزال هذه الدار نموذجاً يحتذى به ومنازةً تبت الإلهام في أخصائيي الرعاية التلطيفية في مختلف أرجاء العالم.^{5,6}

التوسع العالمي في خدمات الرعاية التلطيفية

قامت منظمة الصحة العالمية في عام 1982 بتطوير برنامجها العالمي لتخفيف آلام السرطان، وشنت حملة لإلغاء العقوبات القانونية المفروضة على استخدام المسكنات الأفيونية واستيرادها. وفي عام 1989، وضعت المنظمة تعريفاً رسمياً لعبارة 'الرعاية التلطيفية' بأنها:

'نهج يحسّن نوعية حياة المرضى (البالغين والأطفال) وأسرههم ممن يواجهون المشكلات المرتبطة بالمرض الذي يهدد حياة المريض. وهي تتيح الوقاية وتخفيف المعاناة عن طريق تحديد الألم والمشكلات الأخرى سواء أكانت بدنية أم نفسية اجتماعية أم روحانية في مراحل مبكرة وتقييمها وعلاجها على نحو سليم.'⁷

وتنتشر حالياً عدد من شبكات الرعاية التلطيفية في العالم التي تمدّ يد العون لبعضها البعض.⁸ وقد دعت كثير من هذه الشبكات إلى اعتبار الرعاية التلطيفية جزءاً لا يتجزأ من خدمات الرعاية الصحية ككل.⁹ وتشهد الولايات المتحدة على وجه الخصوص انتشاراً سريعاً في تخصص الرعاية التلطيفية، فوفقاً لإحصائية أجراها 'مركز الرعاية التلطيفية المتقدمة'، يحظى أكثر من 80 في المائة من المرضى الذين يتم علاجهم من أمراض خطيرة في الولايات المتحدة بإمكانية الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية داخل 1800 مستشفى تقدم برامج هذه الرعاية.¹⁰

ويضع 'مركز الرعاية التلطيفية المتقدمة' تعريفاً للرعاية التلطيفية يتضمن توفير اختصاصيين من مختلف التخصصات لتقديم الدعم للمرضى وأسرههم، وتمثّل الأسر عنصراً أساسياً في فريق الرعاية التلطيفية مثلهم في ذلك مثل الأطباء العاميين والأخصائيين. ويؤكد تعريف المركز أيضاً على إمكانية تقديم خدمات الرعاية التلطيفية في العديد من السياقات، ويشير إلى أنها تتناسب مع شتى أنواع الأمراض، سواء الخطيرة أو المعقدة أو المزمنة، والتي من بينها: السرطان، وأمراض القلب وفشل القلب، ومرض الانسداد الرئوي المزمن، والفشل الكلوي، وألزهايمر، ومرض باركنسون. ويدعو أخصائيو الرعاية التلطيفية في الولايات المتحدة إلى التواصل مع المرضى وتسهيل سبل هذا التواصل بالصورة التي تتيح لهم الوقوف على طبيعة مرضهم، وأساليب الرعاية المتاحة لهم وتوصيات أطبائهم بشكل أفضل.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن دور رعاية المرضى المحتضرين (التي تقع تحت مظلة الرعاية التلطيفية) مخصصة للمرضى الذين يتوقع أن تمتد حياتهم لسنة أشهر أو أقل من ذلك، ومع ذلك فهي تتناسب مع جميع مراحل المرض. وتهدف خدمات الرعاية التلطيفية إلى مساعدة المرضى في التمتع بحياتهم على أكمل وأفضل وجه ممكن حتى لحظة وفاتهم، وفي ظل التقدم الطبي الذي أتاح إطالة أعمار الأفراد المصابين بأمراض عضال، فبإمكان خدمات الرعاية التلطيفية التخفيف من آلام أعراض المرض وأساليب التداوي، فضلاً عن إتاحة الفرصة للمرضى لاستغلال فترة احتضارهم بشكل أفضل، وغالبًا ما يكون ذلك لتحديد الأهداف، وتخطيط أسلوب الرعاية ومناقشة الأطباء في كيفية تحقيق التوازن بين آلام المرض والتمتع بالحياة.¹¹

ويدرك العالم يومًا تلو الآخر مدى أهمية الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان والأمراض المزمنة الأخرى. فمع حلول عام 2011، أنشأ 136 بلدًا من بين 196 في العالم (ما يمثل 69 في المائة من بلدان العالم) دارًا واحدة على الأقل من دور رعاية المرضى المحتضرين تقدم خدمات الرعاية التلطيفية، فيما يقدم 159 بلدًا (ما يمثل 81 في المائة من بلدان العالم) هذه الخدمات أو في طريقها لوضع إطار عمل لها، كما قام 60 بلدًا فقط (ما يمثل 23 في المائة من بلدان العالم) بدمج خدمات الرعاية التلطيفية في مؤسسات الرعاية الصحية الأساسية.

ورغم زيادة الوعي بأهمية هذه الخدمات، ما يزال هناك قصور هائل في تلبية متطلباتها في معظم أنحاء العالم. فلا شك أن اختلاف التقاليد الثقافية وتباين مفهوم الموت والاحتضار والمعاني الروحية للمعاناة والألم، جميعها عوامل تتدخل في تحديد مفهوم الرعاية التلطيفية لدى الشعوب والمجتمعات. وتمثل هذه العوامل العائق الأكبر أمام نشر الأساليب الفعالة في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية.^{12,13}

المداولات الأخلاقية

تستعين معظم بلدان العالم الغربي بالمبادئ الأربعة للأخلاقيات الحيوية - احترام الاستقلالية والذاتية، والإحسان وفعل الخير، وعدم الأذى والضرر، والعدالة - كنقطة انطلاق للتعامل مع المواقف المبهمة أخلاقيًا أو التي تمثل تحديًا على الصعيد الأخلاقي في مجال الرعاية الصحية.¹⁴ فيتحمّل الأطباء مسؤولية الحفاظ على كل مبدأ من هذه المبادئ وتحقيق التوازن بين متطلباتها المختلفة. وبالنظر إلى تنوع الفوائد والأعباء والقيود التي تتسم بها التدخلات الطبية، يلزم التعامل مع الأمراض الخطيرة بأساليب مختلفة.

وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن أكثر من 20 مليون مريض محتضر على مستوى العالم يحتاجون إلى خدمات رعاية تلطيفية كل عام نتيجة لإصابتهم بأمراض غير معدية.¹⁵ وتعيش الغالبية العظمى من هؤلاء المرضى في بلدان ذات دخل منخفض ومتوسط.

ونظرًا لأن الحصول على الرعاية التلطيفية حقٌّ تكفله أخلاقيات الطب وحقوق الإنسان،¹⁶ فقد دعت العديد من المنظمات الدولية -من بينها منظمة الصحة العالمية، ومجلس الشيوخ الكندي، ولجنة وزراء مجلس أوروبا، والمدرسة الأوروبية لعلم الأورام، والتحالف العالمي للرعاية التلطيفية ومنظمة

هيومن رايتس ووتش - إلى توفير الرعاية التلطيفية باعتبارها عنصرًا أساسيًا في خدمات الرعاية الصحية ككل. وقد أشار فرار جمعية الصحة العالمية بشأن الرعاية التلطيفية لعام 2014 إلى أنه: "يحتّم الواجب الأخلاقي على أخصائيي الرعاية الصحية تخفيف المعاناة والألم"¹⁷ ولم نشهد إلا في هذا العام فقط قيام "منظمة الوقاية من المعاناة الشديدة" وشبكة "الأطباء الدوليون لسياسات الأدوية الأكثر صحة" بإصدار دليل، خلال الدورة السابعة والثلاثين من مجلس حقوق الإنسان، يحدد الأسس الأخلاقية لأنشطتهم الداعمة لتعاطي المسكنات الأفيونية باعتبارها حقًا من حقوق الإنسان.¹⁸

وليس بالإمكان توفير خدمات رعاية تلطيفية عالية الجودة لكل من يحتاجونها دون إفحام الفرصة لهم لاستخدام المسكنات، ناهيك عن توفير عدد من الأخصائيين المدربين، ممن هم على دراية جيدة بعملهم. ويتطلب مبدأ 'الإحسان وفعل الخير' من مقدمي الرعاية الصحية تطوير مهاراتهم ومعارفهم والحفاظ عليها. لذلك، فإن التدريب على أحدث ما توصل إليه العصر في هذا المجال سيسهم في دمج نظام الرعاية التلطيفية في الممارسات الطبية العامة، كما سيدحض ما يتم تداوله من مفاهيم خاطئة حول الأدوية الأفيونية المستخدمة في تسكين الألم، لأنها تمثل عراقيل تحول دون حصول المرضى على خدمات رعاية تلطيفية عالية الجودة. ومما يؤسف له، أننا نجد كثيرًا من الحالات يقف فيها الإهمال المتأصل تاريخيًا فيما يتعلق بالألم المرضى ومعاناتهم، وأساليب الرعاية الصحية غير الموثوق بها، واللوائح الحكومية الشديدة في صرامتها والقائمة على مخاوف مبالغ فيها تجاه إدمان المواد الأفيونية، جميعها يقف عائقًا أمام تطبيق أنظمة الرعاية التلطيفية،^{19,20,21} ما جعل من الحصول على الأدوية الأفيونية للتخفيف من الألم واحدة من المشكلات المعضلة التي تواجه العالم²²؛ فنجد بعض البلدان، على سبيل المثال، لا تسمح مطلقًا باستخدامها إلا مع آلام مرض السرطان، ويتفاهم الأمر خارج العالم الغربي مع وصول معدلات استخدام المسكنات الأفيونية إلى مستويات متدنية للغاية.²³

عملية صنع القرار: الاستقلال الذاتي والأهلية والإفصاح عن المعلومات

يعدّ الاستقلال الذاتي في اتخاذ القرارات حول تدخلات الرعاية الصحية أحد أبرز المبادئ التوجيهية في الأخلاقيات الطبية بالعالم الغربي. ويكمن المبدأ الأساسي وراء ذلك في الاعتقاد بأن المرضى هم الأجدر على تحديد أفضل الخيارات لأنفسهم طالما كانوا يتمتعون بالأهلية والرغبة في ذلك. ومن ثمّ، فإن مبدأ الاستقلال الذاتي هو السبيل التي تتحقق بها 'الموافقة المستنيرة' في التفاعل بين الطبيب والمريض. ورغم ذلك، فثمة تفاوت في تطبيق هذا الحق يُعزى إلى اختلاف المجتمعات والأفراد.

ومن الأمور الأخرى التي ترتبط ارتباطًا وثيقًا بمبدأ الاستقلال الذاتي هو مسألة نقل المعلومات الخاصة بالتشخيص وتوقعات سير المرض. يُذكر في هذا الصدد أن دراسات أجريت بشكل أساسي على المجتمعات الأنجلو-أمريكية تمكنت من دحض الخرافات القائلة بأن الإفصاح عن توقعات سير المرض باستخدام معلومات صادقة وصرحة يفضي إلى ظهور أعراض القلق أو الحزن أو فقدان الأمل^{25,24} أو حتى قصر الفترة المتوقعة لبقاء المريض على قيد الحياة.^{26,27}

بينما ترى دراسات أخرى أن الإفصاح عن هذه المعلومات لأفراد الأسرة دون المرضى أنفسهم، واستخدام أساليب لطيفة وغير مباشرة في التعبير عن حالة المريض²⁸ وإخفاء الحقيقة عن المرضى قد يكون ضرره في واقع الأمر أكبر من نفعه. فالصدق مع المرضى قد يبعث فيهم الأمل ويبني معهم جسور الثقة.^{29,30} أما في المجتمعات غير الغربية، فغالبًا ما تملي التقاليد دورًا أوسع وفُسلّمًا به لأفراد الأسرة - لا سيما الذكور - في عملية اتخاذ القرارات الطبية. فنجد على سبيل المثال أن المجتمعات الكاثوليكية تضع الصدق في أعلى المراتب لديها، ما يحتم على أفرادها الإفصاح عن المعلومات الطبية للمرضى أنفسهم، بينما في المجتمعات اليهودية، يرى أفرادها أن الأنسب إخفاء هذه المعلومات عن المرضى أو تأجيل الإفصاح عنها على أقل تقدير هو الأنسب، لا سيما إذا كان نقلها للمريض قد يعرض صحته إلى³² مخاطر حقيقية.

ومن الأهمية بمكان أن ندرك أن حقّ تقرير المصير والاستقلال الذاتي يتوقفان على أهلية المريض وقدرته على اتخاذ القرار. وقد تتأرجح حالة المريض بين تمتعه بهذه الأهلية وفقده إياها بمرور الوقت مع ظهور الاضطرابات الصحية أو النفسية، أو عندما يواجه قرارات ذات أبعاد متفاوتة في التعقيد والتبعات. ولا شك أن الأنسب دائمًا هو أن يقدم الطبيب توصياته بما يظن أنه الأنسب لحالة المريض من الناحية الطبية، إلا أن هذا لا ينزع عن المريض أهليته في اتخاذ القرار إذا جاء قراره متعارضًا مع التوصيات الطبية.

وأخيرًا، لا يمكن الخلط بين أهلية المريض أو قدرته على اتخاذ القرار فيما يخص رعايته الصحية وقدرته على اتخاذ قرارات أخرى كالعيش باستقلالية أو التصرف في الأموال، فالأولى تحتاج إلى مهارات تختلف اختلافًا تامًا عن الأخيرة. ومن ثمّ، فإن افتقار المريض لهذه الأهلية لا يستلزم معه بالضرورة عجز المريض عن المشاركة في عملية صنع القرار عجزًا كاملًا، ولكنه قد يعني بكل بساطة حاجته إلى مزيد من الدعم من الأفراد المكلفين باتخاذ القرار عنه.^{33,34}

تحقيق التوازن بين الفوائد والأعباء

لا يمكن الفصل بين حقّ تقرير المصير وضرورة فهم المريض للفوائد المحتملة والأعباء الناجمة عن اختياراته. وينطبق هذا الأمر بشكل خاص على التدخلات الطبية التي قد تسفر عن أعباء لا يقبل للمريض بتحملها من أجل الحصول على فوائد محدودة للغاية. هنا، يصبح واجب الطبيب في حماية المرضى الضعفاء أمر ذو أهمية شديدة. ويتجسد التوازن بين ما 'ينفع المريض' وما 'يضر به' في المواقف التي يعاني فيها المريض من حالة مرضية متقدمة لا يُرجى شفاؤها (مثل حالات السرطان المتقدمة)، مع عدم وجود وسيلة علاجية يمكنها أن تسفر عن نتائج طبية إيجابية تفوق الضرر الناجم عن استخدامها. فمن المقبول أخلاقيًا على نطاق واسع اتخاذ مثل هذا المريض قرارًا بالتوقف عن استخدام العلاج الكيميائي، مفضلًا الاستمتاع بما تبقى لديه من وقت في حياته بدلًا من إطالة أمد حياته باستخدام العلاج الكيميائي، أو ربما يرغب في النأي بنفسه عن حياة المستشفيات والأطباء في آخر أيامه.³⁵

ويساعد فهم المريض لطبيعة مرضه ومآلاته أيضًا في اتخاذ قرار بشأن العلاجات المشكوك في فائدتها رغم كلفتها العالية. ففي البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، فلما يلجأ المريض إلى الحصول على العناية الطبية إلا عندما تتطور حالته المرضية، وغالبًا ما تكون حالته قد بلغت مرحلة لا يمكن الشفاء منها، أو تتطلب إحداث تغييرات جذرية. وغالبًا ما ينتهي الحال بمعاناة المرضى من المخاوف والآلام، كما لا يتم إطلاعهم على حالتهم بشكل دقيق، فيقومون بإنهالك أنفسهم وأسرههم في أساليب علاجية محدودة الفائدة وغير مؤكدة النتيجة ولا تتضمن سوى قدر يسير من أساليب العلاج القياسية المتعارف عليها.

إيقاف أنظمة دعم الحياة أم منعها

يتجسد الصدام بين مبدأ 'الإحسان' وفعل الخير' ومبدأ 'عدم الأذى والضرر' بشكل أكبر في النقاشات الدائرة حول محاولات الإنعاش التي يتم فيها إبقاء المريض 'على قيد الحياة لفترة مؤقتة' باستخدام الأجهزة التكنولوجية.

ربما يُنظر لإجراءات إنعاش المريض بأنها محاولات محمودة للحفاظ على حياته، إلا أنها لا تعود بالفائدة الطبية المرجوة على جميع المرضى. ففي حالات الأمراض المستعصية والمتفاقمة، قد تعرّض هذه الإجراءات المريض إلى قدر لا يُحتمل من المعاناة والألم، بل وقد تلحق الضرر به مقابل فائدة لا تُذكر، إن وجدت أصلًا خاصة وأن المريض يُحتضر بالفعل جراء مرضه القائم.

كانت الغاية الأساسية من عملية الإنعاش القلبي الرئوي هو إنقاذ المرضى الذين يتعرضون لسكتات قلبية خلال إصابتهم بأمراض يرحى شفاؤها أو تعرضهم لإصابات خطيرة. ورغم أن الإنعاش القلبي الرئوي أصبح أحد الإجراءات المعتمدة في أنشطة الرعاية الصحية، فقد كشف تقييمٌ لمجموعة واسعة من الحالات السريرية أن محاولات الإنعاش قد لا تجدي نفعًا مع جميع المرضى. ففي أحد التحاليل التجميعية التي تتناول عملية إنقاذ مرضى السرطان، بلغ معدّل النجاح في إنقاذهم باستخدام الإنعاش القلبي الرئوي مقارنةً بالوفاة 6,2 في المائة، في حين بلغ معدّل إنقاذ المرضى الذين جرى إنعاشهم في وحدات العناية المركزة 2,2 في المائة فقط.³⁶ ومن هنا، لا تتحقق للمريض فائدة تُذكر من محاولات الإنعاش إذا كان مصابًا بأمراض خطيرة مثل الأورام الخبيثة والسكتات الدماغية الحادة والتسمم الدموي والفشل الكبدي؛³⁷ بل إنه في أسوأ الأحوال، قد تسفر عملية الإنعاش عن إطالة أمد آلام الاحتضار القاسية.

ومن الجدير بالذكر أيضًا أن مرضى السرطان الميؤوس من شفائهم والذين يخضعون لمحاولات الإنعاش ويجري الاعتناء بهم داخل وحدات العناية المركزة في الأسبوع الأخير من حياتهم تبين أنهم يقاسون خلال الفترة المتبقية من أعمارهم، وتزداد مشاعر الاكتئاب والندم لدى المعنيين بتقديم الرعاية للمريض. وقد يفضّل المرضى المصابون بأمراض عضال البقاء مع أسرهم، بدلًا من إطالة أمد حياتهم لفترات لا تذكر، حتى ينعموا بالراحة ويحتفظوا بوعيهم ولا يكونوا عبئًا على أحد،³⁸ بل إن البعض يناهز بالتوقف التام عن اعتبار الإنعاش إجراءً تلقائيًا عند الحاجة إليه في معظم المستشفيات.³⁹

وبالنظر إلى معظم المبادئ التوجيهية المهنية، نجدها تتفق على عدم وجود فارق سواءً من الناحية القانونية أو الأخلاقية بين منع أنظمة دعم الحياة أو إيقافها.⁴⁰ ومع ذلك، نجد من يرى أن إيقافها أكثر صعوبة من منعها.

مبدأ التأثير المزدوج

ينص مبدأ التأثير المزدوج على التفاوضي عن الضرر طالما جاء في صورة أثر جانبي غير متعمد ولكنه متوقع الحدوث لفعلٍ غايته الأساسية هي جلب المنفعة (أو ما يسمّى "التأثير المزدوج")، غير أنه لا يُسمح باتخاذ هذا الضرر وسيلةً لتحقيق منفعة بعينها. كما أن إحدى مسلمات مبدأ التناسب الأخلاقي تفرض قبل الإقدام على أي فعل أن تفوق نتائجه الإيجابية النتائج السلبية غير المقصودة والمتوقعة حدوثها لدى القيام بهذا الفعل.

وفي سياق الرعاية التلطيفية، فإن هذا يعني أن أيّ تدخل طبي، مثل إعطاء جرعة عالية من الأدوية الأفيونية لتسكين الآلام الشديدة خلال فترة الاحتضار أو ضيق التنفس يعدّ أمرًا مقبولاً حتى إذا عرض ذلك المريض إلى آثار جانبية متوقعة ولكن غير متعمدة، مثل الخمول، أو انخفاض ضغط الدم، أو حتى سرعة الوفاة. ومع ذلك، يحظر هذا المبدأ استخدام مثل هذه العقاقير للتخفيف من معاناة المريض المحتضر بقتله عمدًا.

ويكمن هنا الاختلاف مع القتل الرحيم الذي تكون فيه النية من وراء إعطاء هذه العقاقير هو إحداث الوفاة للتخفيف من معاناة المريض، مما يجعل النية والقصد أمرًا محوريًا في هذه المسألة. وبذلك، يمثّل مبدأ التأثير المزدوج مرجعًا أساسيًا في اتخاذ القرارات الطبية لدى الأطباء الذين لا يتحملون معاناة مرضاهم ولكنهم لا يتسامحون مع القتل الرحيم⁴¹ (أو يحظر القانون عليهم تمريره في كثير من البلدان).

ولا بدّ من الإشارة لبعض الاستدراكات المهمة في هذا السياق. أولاً، ليس بالضرورة الربط بين الكفاءة في تخفيف حدّة الأعراض خلال فترة الاحتضار وبين التعجيل بوفاة المريض، إذ إن الاستخدام المناسب للمسكّنات بجرعات سليمة هو الوسيلة الأكثر فعالية في تخفيف الألم وضيق التنفس. ففي إحدى المقالات المنشورة في مجلة BMJ تحت عنوان "Moral Dimensions: Palliative Care and the Doctrine of Double Effect" (الأبعاد الأخلاقية: الرعاية التلطيفية وعقيدة التأثير المزدوج)، عبّرت فيكتوريا جي ويتلي عن الأمر قائلة: "كل مريض سيحظى بجرعة أخيرة من المسكّنات مثلما يحظى بكوب أخير من الشاي. فلا يمكن القول إن المسكّنات (أو الشاي) قد تسببت في نقصان عمره، وكل ما هنالك أن المريض توفي لأنه كان يُحتضر".⁴²

ثانيًا، من المهم التمييز بين التخدير غير المتعمد الذي قد يقع نتيجةً لاستخدام جرعات عالية من المواد الأفيونية لتخفيف حدّة الأعراض (التأثير المزدوج)، وممارسة التخدير أو التهدئة التلطيفية. فالتهدئة التلطيفية هي الملاذ الأخير الذي يتم فيه استخدام الأدوية لتغيب الوعي بدرجة معينة وتخفيف الآلام غير المحتملة خلال فترة الاحتضار. وعادة ما يتم اللجوء إليها للتخفيف من الأعراض الجسدية المستعصية، ومن بينها الهذيان وضيق التنفس والألم. أمّا بالنسبة لاستخدامها للآزمات الوجودية أو الضوايق النفسية الحادة، فلا يزال محلّ جدل. ونؤكد مرة أخرى على ضرورة تمييز الرعاية التلطيفية عن القتل الرحيم أو الانتحار بمساعدة الطبيب، إذ إن النتيجة المرجوة في كلتا الحالتين هي إنهاء حياة المريض وليس التخفيف من حدّة الآلام المستعصية.^{43,44}

التغذية والإرواء الاصطناعيان

تعدّ التغذية والإرواء الاصطناعيان واحدة من أبرز القضايا المثيرة للجدل والتوتر على الصعيد الأخلاقي، وهي عبارة عن إجراء يتم اللجوء إليه في الحالات المتقدمة من المرض التي يستحيل معها على المريض التغذية والإرواء بشكل طبيعي. ويتم تنفيذها إمّا عبر استخدام قناة هضمية لتوصيل التغذية والسوائل إلى المعدة أو التغذية بالحقن التي يتم فيها حقن العناصر الغذائية والسوائل في الأوردة مباشرة، علماً بأن لكلا الأسلوبين مضاعفاته.

غالبًا ما يفشل الجهاز الهضمي للمرضى المصابين بمرض عضال متقدم في القيام بوظائفه. ففي الحالات المتقدمة لمرض السرطان، قد يُحوّل الورم الموجود في البطن دون وضع أنبوب التغذية، فيعجز المرضى عن تلقي التغذية المعوية أو يصابون بالانزعاج من محاولات تثبيت أنبوب التغذية، فضلًا عن إمكانية تعرض المريض للإصابة بالعدوى والتخثر بسبب هذه الأنابيب، وغالبًا ما يعاني المرضى المصابون بحالة متقدمة من السرطان، أو أمراض في القلب أو الكبد أو الكلى، أيضًا من صعوبة إخراج السوائل من أجسامهم، فتتراكم السوائل في مناطق غير مرغوب فيها، مثل البطن والرئتين والأطراف، الأمر الذي قد يسبب إزعاجًا حقيقيًا لهم وصعوبةً في التنفس. ويمكن للسوائل التي تُعطى للمرضى عبر أجهزة التغذية والإرواء الاصطناعيين أن تفاقم هذه المشكلات، ملحقّة ضررًا أكبر من الفائدة المرجوة.

وتعتبر التغذية والإرواء الاصطناعيان في الولايات المتحدة مجرد شكل من أشكال التدابي العلاجي، وليست إحدى ضروريات الرعاية الأساسية. وعليه، ليست ثمة معضلة أخلاقية في رفض استخدامها أو منعها أو طلب إيقافها، رغم وجود بعض الأدلة التي تشير إلى قدرة الإرواء الاصطناعي على التخفيف من أعراض الهذيان⁴⁵ وأحد المخاوف الأخرى الناجمة عن استخدام أجهزة التغذية والإرواء الاصطناعيين، هو أنها لا تسفر عند بعض المرضى عن تخفيف شعورهم بالعطش أو الجوع (خاصة وأن معظم المرضى المحتضرين يفقدون الإحساس بالجوع)، فينجم عن مواصلة استخدامها زيادة الحمل والضغط على أجهزة الجسم المنهارة دون أن تتحقق أية فائدة مرجوة. وبوجه عام، لا تدعم الدراسات استخدام التغذية والإرواء الاصطناعيين بهدف إطالة حياة المرضى الذين يعانون من أمراض عضال أو في مراحل الاحتضار⁴⁶

وفي هذا السياق، تؤثر العقيدة الدينية على وجهة النظر المتعلقة بهذا الموضوع. ففي الديانة اليهودية، يفرض مفهوم قدسية الحياة توفير التغذية والإرواء الاصطناعيين للحفاظ على حياة المريض ما لم تكن التغذية تسبّب معاناة لا داعي لها. كذلك، تدعو المجتمعات الكاثوليكية إلى تغذية المريض ما لم يكن هذا الإجراء سببًا في معاناته أو يقتصر الهدف منه على إطالة فترة الاحتضار. وغالبًا ما تكون الأسباب الدينية أو الثقافية أو سوء فهم الأسر للفوائد والأضرار المحتملة هي الدافع وراء مطالبتهم بتوفير التغذية والإرواء الاصطناعيين لمرضى هم في واقع الأمر يُحتضرون بسبب مرضهم وليس بسبب سوء التغذية أو الجفاف. ولا شك أن التلطف في نقل الحقائق وثقيف أهل المريض والتوافق على نقطة تفاهم مشتركة واجبٌ على كل طبيب، إلا أنه لا يُلزمه بإجراء تدخل طبي من شأنه الإضرار بالمريض حتى لو أصّر المريض (أو من ينوب عنه) على ذلك⁴⁷

وتعتمد ممارسات الرعاية التلطيفية في الوقت الراهن على القيم الغربية التي قد لا تتلاءم مع باقي دول العالم. ويرجع السبب في ذلك، إلى حدّ ما، إلى ندرة الأبحاث المحلية في هذا الشأن. ولذلك، فإن تطوير قاعدة معرفية مناسبة قائمة على الأدلة صار أمرًا لا غنى عنه لتوفير الرعاية التلطيفية بأسلوب يراعي الحساسيات الثقافية من جهة، ويسهم في إحراز تقدم في نشر ممارساتها وتطوير سياساتها من جهة أخرى^{48,49}



حالات وأمثلة من الواقع المداولات الأخلاقية الدولية

تُلقي دراسات الحالة التالية الضوء على أكثر المعضلات الأخلاقية التي تواجهها الفرق الطبية شيوعًا.

مثال: استخدام العقاقير الأفيونية

استفحل مرض سرطان البروستاتا النقيلي لدى رجل يبلغ من العمر 72 عامًا رغم تلقيه عدة جرعات من العلاج الكيميائي والعلاج الهرموني، فأصبح يعاني من آلام قاسية وضيق في التنفس رغم استلقائه على السرير. وصمَّح مرارًا وتكرارًا مؤكدًا عدم رغبته في تثبيت أنبوب للتنفس.

جرب تسكين آلامه وضيق تنفسه بجرعات من المورفين تعطى عبر الوريد، إلا أنها جعلته في حالة خمول شديد، فأخبر الفريق الطبي أنه لا يأبه بالخمول لشدة ألمه وعدم تحمله إيّاه.

ينتمي هذا الرجل إلى أسرة كاثوليكية متدينة، عكف أفرادها على الدعاء لحدوث معجزة رافضين في الوقت نفسه السماح لأي أحد من الفريق الطبي التصريح بأن مريضهم يُحتضر، فهم بطبيعة الحال لا يريدون له الشعور بالألم والمعاناة، ولكنهم مع ذلك يشعرون بضيق وأسى شديدين لعدم قدرته على التواصل معهم بسبب خموله الشديد. وعندما تأتي الممرضة لإعطائه جرعة المورفين، تمنعها زوجة المريض متهمّة الفريق الطبي بالسعي إلى قتل زوجها قتلاً رحيماً.

عندئذٍ، قرر الفريق الطبي استخدام القسطرة الوريدية لإعطاء المريض المورفين بجرعات تعادل الكمية التي احتاجها لتخفيف حدّة الأعراض خلال الأيام القليلة الماضية، كما طلب الفريق الطبي إعطاء جرعات إضافية

مثال: دور المريض في خدمات الرعاية وعملية اتخاذ القرار

عانت امرأة مسلمة تبلغ من العمر 49 عامًا من سرطان البنكرياس، وأعاق الورم جهازها الهضمي بشكل لا يمكن معالجته، فكان لزامًا توصيل أنبوب أنفي للمعدة لتخفيف الضغط المتراكم على الجهاز الهضمي، وأصبحت بطبيعة الحال عاجزة عن الأكل، ولكنها أيضًا لا تشعر بالجوع. كما صارت تستمتع بمذاق كميات العصائر الطازجة التي تعطى لها. وتعاني المريضة أيضًا من آلام هائلة في البطن تزداد حدّةً عند امتلاء المعدة بأكثر مما يجب. أما جرعات الهيدرومورفون التي تعطى لها عبر الوريد فتجعلها هي الأخرى في حالة خمول خلال الدقائق القليلة الأولى من الحصول على الجرعة، ولكنها، مع ذلك، تستطيع تحمل الآلام بالقدر الذي يتيح لها الاستمتاع بصحبة أفراد عائلتها.

تحدث زوجها إلى الفريق الطبي خارج الغرفة طالبًا إعطاء زوجته المزيد من جرعات العلاج الكيميائي، فأخبره فريق الأورام بأنه لا فائدة من وراء ذلك، بل من المرجح أن إعطاءها أية جرعات إضافية قد يلحق بها الضرر أو حتى يعجّل من وفاتها. فأخفى زوجها هذه المعلومات خوفًا من أن تفقد زوجته الأمل أو تستسلم.

فاقتحم الفريق أن يدخلوا الغرفة معه ويسألوا المريضة بلطف عما تريد معرفته عن حالتها. فأعربت عن رغبتها في سماع جميع المعلومات عن مرضها وحالتها، قائلةً بأنها تعلم أن أجلها محدود كما هو حال جميع البشر، وأعربت عن رغبتها في قضاء ما تبقى لها من عمر بصحبة أسرتها.

مثال: التغذية والإرواء الاصطناعيين

يعاني شاب يبلغ من العمر 27 عامًا من فرط الضغط الرئوي الأولي، وهي حالة مرضية متقدمة ومميتة سُخِصت لديه قبل ثلاث سنوات. ورغم العلاج المكثف، صار يعاني من فشل الجانب الأيمن من القلب مصحوبًا بضيق في التنفس الذي أخذ يتفاقم مع الوقت، بجانب الاستسقاء وتورم القدمين. وهو على قائمة الانتظار لزراعة رئة جديدة، إلا أن حالته في تدهور مستمر رغم ما يتلقاه من عناية مكثفة.

ازدادت حدة الاستسقاء وقصر النفس والإنهاك لديه، وبات لا يستطيع الأكل أو الشرب أو حتى التحدث، إذ تسبب جميعها صعوبة أكبر في التنفس. ولا تزال عائلته متعلقة بأهداب الأمل لحدوث معجزة وظهور متبرع بالرئة. ويأمل الفريق الطبي أيضًا في ظهور متبرع، ولكنه يعلم أن المريض يوشك على الموت رغم أنهم يبذلون كل ما في وسعهم لاستقرار حالته.

تطلب عائلته من فريق الرعاية التلطيفية إعطائه كمية كافية من الغذاء لتزويده بالطاقة التي تكفل له تحمل عملية زراعة الرئة عند ظهور المتبرع، في حين أن المريض لا يستطيع تحمل التغذية المعوية عبر أنبوب أنفي معدي نظرًا لحالة الاستسقاء التي يعاني منها في الأمعاء، كما أن التغذية الوريدية تزيد من حدة الآلام والأعراض الأخرى. ويعتقد الفريق أن التغذية الاصطناعية ستلحق ضررًا وظيفيًا أكبر من نفعها للمريض خلال ما يعتقدون أنها أيامه أو أسابيعه الأخيرة.

القسم الثاني: الممارسات في منطقة الشرق الأوسط

يركز هذا القسم على خدمات الرعاية التلطيفية في بعض البلدان ذات الأغلبية المسلمة في منطقة الشرق الأوسط، إذ بدأت ثورة الرعاية التلطيفية في الشرق الأوسط خلال تسعينيات القرن الماضي ضمن زخم عالمي، وما يزال المجال يحرز مزيداً من التقدم في المنطقة.

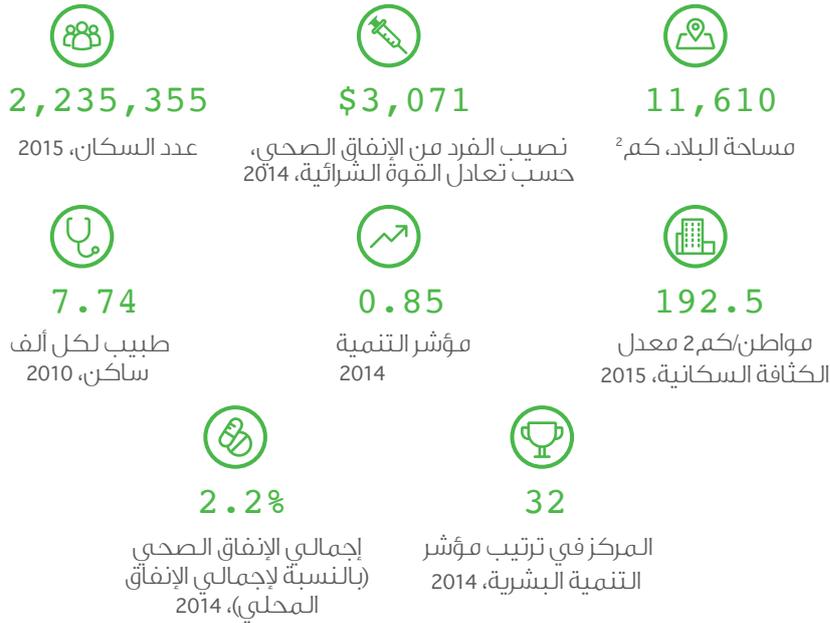
يعدّ مرض السرطان أحد المسببات الرئيسة للوفاة في الشرق الأوسط، خاصة وأن أكثر من 70 في المائة من المرضى المصابين بالسرطان لا يبحثون عن الرعاية الطبية إلا بعد وصول المرض إلى مرحلة ميؤوس من شفائها، مما يجعل الرعاية التلطيفية أحد الخيارات القليلة المتاحة أمامهم⁵⁰ وعلاوة على ذلك، تشهد المنطقة زيادة في فئة كبار السن، وبالتالي صارت الرعاية التلطيفية مجالاً لا غنى عنه، ما حدا بالعديد من أنظمة الرعاية الصحية في الشرق الأوسط إلى إدراج قضية معالجة أوجه القصور في مجال الرعاية التلطيفية في قائمة أولوياتها. ومن بين البلدان التي سلكت هذا المسلك كلٌّ من قطر والأردن ومصر والسعودية والكويت ولبنان. ومن هذا المنطلق، يتحتم على باقي بلدان الشرق الأوسط اتباع المسار نفسه والاهتمام بقضايا الرعاية التلطيفية والنظر في مشكلاتها. فعلى سبيل المثال، في الدراسة الاستقصائية التي أجراها موقع "YouGov" بتكليف من "ويش" لصالح هذا التقرير، طلب من المشاركين تقييم خدمات الرعاية التلطيفية التي تقدمها كل من إندونيسيا وماليزيا وعمان وقطر والسعودية، فوجدنا أن نسبة قليلة من المشاركين، تتراوح بين 4 في المائة في ماليزيا و14 في المائة في دولة قطر، قامت بتقييم خدمات الرعاية التلطيفية في بلدانهم بـ"الضعيفة"، كما قامت نسبة قليلة أيضاً، تتراوح بين 10 في المائة في ماليزيا و20 في المائة في السعودية، بتقييم جودة خدمات الرعاية التلطيفية في بلدانهم بـ"الممتازة".

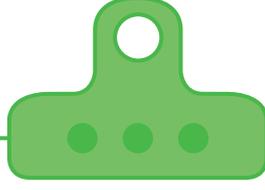
وعلى الرغم من وجود أدلة وبراهين على دور خدمات الرعاية التلطيفية في تعزيز جودة حياة المرضى والتخفيف من معاناتهم خلال فترة الاحتضار،⁵¹ فلم يتم دمجها دمجاً كاملاً في جميع أنظمة الرعاية الصحية بالعالم، بما في ذلك أنظمة الرعاية الصحية بدول الشرق الأوسط، فتتوزع هذه الخدمات في الشرق الأوسط على مؤسسات وجهات عديدة مثل المتطوعين، والمنظمات غير الحكومية، ودور رعاية المرضى المحتضرين الحكومية ووحدات الرعاية التلطيفية في المستشفيات. إضافة لما سبق، يواجه أطباء الرعاية التلطيفية صعوبات جمة في توفير الموارد المالية، وإنشاء المرافق التعليمية والتدريبية للرعاية التلطيفية ورفع مستوى الوعي بها في مجتمعاتهم، وبالرغم من هذه الصعوبات، نجح بعض الأفراد والمؤسسات العاملين في هذا المجال في إحراز تقدم ملحوظ خلال العقد الماضي. فبعد إنشاء أول وحدة للرعاية التلطيفية في السعودية عام 1992، حذت باقي دول مجلس التعاون الخليجي حذوها. كما أنشأت السعودية وإيران والأردن ولبنان برامج رسمية لمنح الأطباء تراخيص مزاوله الرعاية التلطيفية، بينما أنشأت مصر والأردن وسلطنة عمان وقطر برامج تدريبية أخرى أكثر تقدماً (مثل برنامج الماجستير أو الدبلوم المتخصص في الرعاية التلطيفية). ويوجد في كل من الأردن وعمان ولبنان كلية واحدة على الأقل لتدريس الرعاية التلطيفية كتخصص مستقل، بينما تقوم مصر والكويت بتدريس الرعاية التلطيفية تحت إطار تخصصات أخرى، مثل الأورام⁵² على الجانب الآخر، تشهد دول أخرى، مثل اليمن وليبيا وسوريا، أنشطة رعاية تلطيفية ضئيلة أو منعدمة جراء ندرة الموارد المالية الناجمة عن النزاعات السياسية، فضلاً عن القصور الشديد في التعليم والتوعية.

ونتناول في القسم التالي أنشطة وخدمات الرعاية التلطيفية التي تقدم حاليًا في منطقة الشرق الأوسط، لا سيما التي تقدم في قطر والسعودية والأردن ولبنان.

خدمات الرعاية التلطيفية الحالية في بلدان الشرق الأوسط الرعاية التلطيفية في دولة قطر

الشكل (1): خدمات الرعاية التلطيفية في دولة قطر





برامج الرعاية التلطيفية

1	2	1	2
وحدة واحدة للعناية التلطيفية بالمستشفيات (للمرضى الداخليين)	نوعان من الخدمات الاستشارية (تقدمهما فرق الدعم بالمستشفيات)	برنامج واحد من البرامج المختلطة (المجتمع المحلي والمستشفيات)	عيادتان خارجيتان (تستقبل مرضى داخليين)
1	0	0	0
برنامج التمريض المنزلي	البرامج المجتمعية (الرعاية المنزلية)	دور الرعاية (وحدات مستقلة للمرضى الداخليين)	
تكاليف برامج الرعاية التلطيفية النظام الصحي هو نظام عام وعالمي			

	نعم	لا
يدفع المريض تكاليف خدمات الرعاية التلطيفية	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
يدفع المريض تكاليف أدوية وعلاجات الرعاية التلطيفية	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



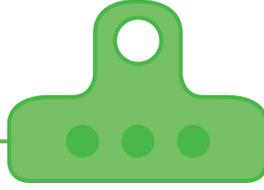
السياسات

	نعم	لا
قانون محلي للرعاية التلطيفية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> *
خطة أو استراتيجية وطنية للرعاية التلطيفية	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
خطة أو استراتيجية وطنية لمرض السرطان مع قطاع مخصص للرعاية التلطيفية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
معايير وقواعد وطنية للرعاية التلطيفية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



النشاط المهني

	نعم	لا
رابطة وطنية للرعاية التلطيفية	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
مبادرات ترويج للرعاية التلطيفية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أبحاث في مجال الرعاية التلطيفية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



التعليم

1

عدد كليات التمريض التي تدرّس الرعاية
التلطيفية للطلاب الجامعيين

1

عدد كليات الطب التي تدرّس الرعاية
التلطيفية للطلاب الجامعيين

نعم لا



اساتذة الرعاية التلطيفية

أستاذ متفرغ	كلية الطب	2
	كلية التمريض	0
أساتذة آخرون	كلية الطب	0
	كلية التمريض	2

المجموع



توفر العقاقير والأدوية

كودين
مورفين
هيدرومورفون
أوكسيكودون
مينادون
لصقات الفينتانيل

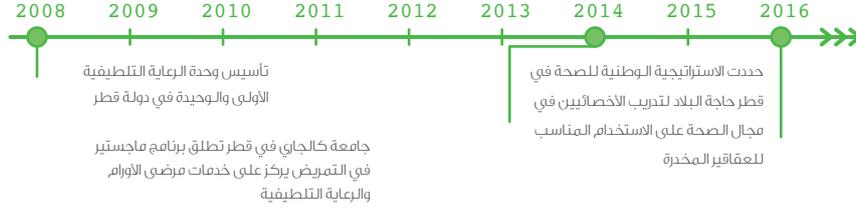
نعم لا



المصدر: عثمان وآخرون. أطلس الرعاية التلطيفية في منطقة الشرق الأوسط والبحر

المتوسط (2017)

الشكل (2): أطلس الرعاية التلطيفية في منطقة الشرق الأوسط



المصدر: عثمان وآخرون، أطلس الرعاية التلطيفية في منطقة الشرق الأوسط والبحر المتوسط (2017)

من المتوقع نمو عدد سكان دولة قطر من 2,57 مليون نسمة حالياً إلى 4 ملايين نسمة في السنوات الخمس المقبلة، وذلك قبيل انطلاق كأس العالم 2022 لكرة القدم، فضلاً عن الزيادة المحتملة في عدد السكان المسنين، إذ من المتوقع أن ترتفع نسبتهم من 2 في المائة من إجمالي عدد السكان في إحصائية عام 2010 إلى 20 في المائة بحلول عام 2050.⁵³ يضاف إلى ذلك أن دولة قطر تعاني من معدلات مرتفعة في الاضطرابات والأمراض المؤثرة على نمط الحياة مثل داء السكري والسمنة. ورغم أن نظام الرعاية الصحية في دولة قطر يولي مزيداً من الأولوية لخدمات الرعاية خلال فترة الاحتضار، فما يزال تطوير هذه الخدمات في مرحلة متأخرة، ومع ذلك، لا تعاني دولة قطر من مشكلات تُذكر فيما يخص توفير الموارد أو الاستقرار السياسي أو الدعم الحكومي، ما يجعل من دمج خدمات الرعاية التلطيفية في مؤسسات الرعاية الصحية الأساسية هدفاً سهلاً المنال على الأمد البعيد.^{54,55}

وقد شهدت الرعاية التلطيفية تقدماً في دولة قطر بفضل إطلاق 'الاستراتيجية الوطنية للسرطان' في عام 2011 من قبل المجلس الأعلى للصحة آنذاك (وزارة الصحة العامة حالياً). اعتمدت الاستراتيجية على معايير منظمة الصحة العالمية وغيرها من المعايير العالمية في وضع خطة لتحسين فرص حصول مرضى السرطان على خدمات الرعاية التلطيفية. وتضمنت الاستراتيجية 62 توصية تغطي مجالات التعليم، والوقاية، والاكتشاف المبكر، والعلاج، والرعاية المستمرة.⁵⁶ ويتولى تنفيذ هذه التوصيات بشكل استراتيجي كلٌّ من وزارة الصحة العامة، ومؤسسة حمد الطبية، ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية.⁵⁷

كما شهدت الرعاية التلطيفية في دولة قطر تطوراً ملحوظاً منذ إطلاق الاستراتيجية الوطنية الأولى للصحة للفترة 2011-2018، فتحوّلت من مجرد سياسات على الورق إلى وحدة عاملة حاصلة على اعتماد برنامج الرعاية السريرية التابع للجنة الدولية المشتركة. وأنشئت أول وحدة رعاية تلطيفية محلية، بسعة 10 أسرة، في عام 2008 من جانب المركز الوطني لعلاج وأبحاث السرطان التابع لمؤسسة حمد الطبية، والذي يعدّ مركز السرطان الوحيد المتقدم في دولة قطر.⁵⁸

ووفقاً للاستراتيجية الوطنية للصحة في دولة قطر، فمن المقرر تعليم العاملين في مجال الصحة وتدريبهم على كيفية استخدام العقاقير المسكّنة وإعطاء وصفاتها بشكل أفضل، وهو ما يأتي لمعالجة القصور السابق في أساليب تخفيف الألم في ظل القيود المفروضة على استخدام العقاقير الأفيونية.⁵⁹ وتجدر الإشارة إلى أن دولة قطر لديها المركبات الدوائية الأفيونية السبعة التي حددتها الجمعية الدولية للعناية في فترة الاحتضار والرعاية التلطيفية. ورغم ذلك، فما تزال هناك عراقيل تمنع الأطباء من كتابتها في وصفاتهم الطبية،⁶⁰ فالوضع الحالي يفرض على الطبيب قبل كتابة وصفات طبية بمركبات أفيونية، سواء كان ذلك لمرضى السرطان أو غيرهم، أن يستخدم نموذج وصفات طبية معتمّم صالح لمدة 10 أيام فقط. ويسهل على المرضى الذين لا يعانون من السرطان الحصول على هذه النماذج مقارنة بمرضى السرطان، إذ إن الأطباء العاملين وأطباء الأسرة مصرّح لهم بوصف هذه الأدوية⁶¹ أقلّ بالنسبة لمرضى السرطان، فلا يحقّ لأحد سوى أطباء الأورام والجراحين وصف العقاقير الأفيونية للمريض، ويحظر ذلك على أطباء الأسرة والصيدلة والممرضات. وتبيّن أحدث مجموعات البيانات أن دولة قطر تستهلك ما يقدر بـ 250 ملج من المواد الأفيونية كجرعة يومية محددة لكل مليون نسمة في اليوم،⁶²

دخل مفهوم 'التوجيهات المسبقة'، الذي ينص على حقّ المريض في الأمر بـ'عدم الإنعاش القلبي' (DNAR)، للمرة الأولى في دولة قطر مع وضع بروتوكول دولة قطر للعناية التلطيفية في عام 2004، ثمّ أعيد النظر في المفهوم أخيراً في شهر أكتوبر من عام 2017. لذلك، نجد أن سياسيات مؤسسة حمد الطبية تكفل الحقّ القانوني للمريض في إيقاف التدخلات الطبية التي من شأنها إنقاذ حياته إذا كان يمرّ بحالة انهيار وشيكة أو يعاني من تدهور طبي. وعليه، فمن حقّ المريض تام الأهلية القانونية ممن يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر، ولديه القدرة والكفاءة على اتخاذ القرارات، أن يوافق على إصدار أمر بـ'عدم الإنعاش القلبي'. ومن ثمّ، فإن الشروع في إجراءات الإنعاش خلافاً لرغبة المريض، يعدّ انتهاكاً لحق الفرد في تقرير مصيره. وعادةً،⁶³ لا يضطلع الطبيب باتخاذ قرار 'عدم الإنعاش القلبي' إلا بعد الاجتماع مع أفراد أسرة المريض في هذا الشأن، وكذلك عندما يجد أفراد الأسرة صعوبة بالغة في التوقيع على أمر 'عدم الإنعاش القلبي' وحدهم (ويرجع ذلك غالباً، في جانب منه، إلى الحساسيات الدينية والثقافية المحلية).

يُذكر أن مؤسسة حمد الطبية هي المزود الرئيس للخدمات الصحية في دولة قطر، وقد وضعت المؤسسة سياسة خاصة بها فيما يتعلق بأوامر 'عدم الإنعاش القلبي'. ووفقاً لهذه السياسة، لا يقترح الطبيب المعالج اللجوء لأوامر 'عدم الإنعاش القلبي' إلا إذا تيقن من أن إنعاش المريض لن يعود بفائدة تذكر عليه لإصابته بمرض عضال أو لا يرجى الشفاء منه، دون أن يكون هناك أيّ أمل في بقاء المريض على قيد الحياة مع وجود هذا المرض. ومن الأمراض التي تنطبق عليها هذه الحالة، مرض السرطان في مراحله المتقدمة، وفشل الأعضاء المتعدد غير القابل للشفاء، والتلف الدماغى الحاد. وبالنسبة للمرضى الذين تعرضوا لسكتات قلبية، فبالإمكان مواصلة التدابير الطبية التي كانت تعطى لهم قبل تعرضهم للسكتة القلبية بهدف توفير الراحة لهم، وذلك حسب تقدير الطبيب المعالج، كما هو موضح في نموذج أوامر 'عدم الإنعاش القلبي'.

من جانب آخر، أنشأت جامعة كالجاري في قطر في عام 2014 برنامج ماجستير في التمريض يركز على خدمات مرضى الأورام والرعاية التلطيفية. ويتيح البرنامج لطلابه الحصول على خبرات عملية ومناوبات داخل إحدى وحدات الرعاية التلطيفية في المستشفيات. كما يؤكد البرنامج في مناهجه على الطبيعة الشمولية لمجال الرعاية التلطيفية وتداخله في جميع التخصصات الطبية، ويركز بوجه خاص على كيفية توفير الرعاية الطبية للمرضى وأسرتهم،⁶⁴ وإضافة لذلك، قامت مؤسسة حمد الطبية بإدخال برامج تدريبية على الرعاية التلطيفية في برامج الإقامة والزمالة لتخصصات الأورام وأمراض الدم،⁶⁵

الرعاية التلطيفية في المملكة العربية السعودية

تعدّ السعودية واحدة من أكبر بلدان الشرق الأوسط ورائدة في مجال الرعاية التلطيفية بالمنطقة. وتفيد الإحصائيات أن معظم المرضى الذين يخضعون للرعاية التلطيفية (95 في المائة تقريباً) في المملكة العربية السعودية هم من مرضى السرطان.⁶⁶ فوفقاً لبيانات السجل السعودي لحالات السرطان، تم تسجيل 11,946 حالة سرطان في العام 2008. ومن المتوقع أن يرتفع هذا الرقم بمقدار خمسة أو عشرة أضعاف بحلول عام 2030 - إلى جانب الزيادة في عدد السكان من كبار السن.⁶⁷

يذكر أن خدمات الرعاية التلطيفية في البلاد قد شهدت نموًا مطردًا منذ افتتاح وحدة الرعاية التلطيفية الأولى في عام 1992 بمستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، حيث بلغ عدد المؤسسات الطبية التي تقدم هذه الخدمات في الوقت الراهن 20 مؤسسة. كما يوجد عدد من مراكز التدريب والمدربين المتخصصين المعتمدين من قبل هيئات دولية. ويمنح هذا الاعتماد لخريجي البرامج التدريبية درجة تخصص فوعي، ما يجعل هذه السياسة من أهم النقاط الفارقة في المجال خلال العقد الماضي. أما مجال رعاية المرضى المحتضرين فقد تأسس في المملكة في العام 2018.

من حيث المبدأ، تتوفر العقاقير الأفيونية المستخدمة في تخفيف الألم على نطاق واسع في جميع المستشفيات السعودية، إلا أن الصيادلة والأطباء يمتنعون، في أغلب الأحيان، عن وصفها. وتجدر الإشارة إلى أن الفتاوى التي يصدرها العلماء المسلمون تعذ في العموم مرجعاً رسمياً متفقاً عليه في هذا الشأن ويمكن الاستناد إليها في إصدار قوانين ملزمة تعتمدها الجهات الحكومية المعنية. ونذكر هنا الفتوى التي أصدرها مجلس كبار العلماء بالمملكة تحت رقم (12086) حول أوامر "عدم الإنعاش القلبي"، ولعبت دوراً بارزاً في تبسيط ممارسات الرعاية التلطيفية وتوحيدها في المملكة العربية السعودية. يتناول القسم التالي هذه الفتوى بمزيد من التفصيل.

وفقاً للإرشادات المحلية بالمملكة العربية السعودية، فإن إصدار أمر "عدم الإنعاش القلبي" يستلزم تلقي المريض جميع العلاجات والتدخلات التي تحفظ له راحته وكرامته، باستثناء الإنعاش القلبي الرئوي. وقد عبّرت الفتوى الآتية عن الركيزة الأساسية لسياسات "عدم الإنعاش القلبي" (ألا وهي "موافقة ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات")، وهو ما طبقته جميع المستشفيات في السعودية. ومع ذلك، تُظهر الأرقام المتاحة تنوعاً كبيراً في الاعتبارات الأخرى التي يلزم توفرها للموافقة على أوامر "عدم الإنعاش القلبي"، من بينها الاستقلال الذاتي للمريض، ومشاركة المريض وأسرته في عملية اتخاذ القرار، ومراعاة الظروف الخاصة لكل مريض على حدة. ومن شأن هذه الاعتبارات التأثير على قرار الطبيب بتوقيع أوامر "عدم الإنعاش القلبي".⁶⁸

على الجانب الآخر، تتميز السعودية بوجود برامج حكومية تقدم تراخيص مزاولة الرعاية التلطيفية للأطباء، بجانب برامج تدريبية متعددة منتشرة في العديد من المستشفيات يتم توفيرها لأخصائيي الرعاية الصحية والممرضات. ويعدّ إنشاء مؤسسات مستقلة متخصصة في مجال الرعاية التلطيفية، مثل 'الجمعية السعودية للرعاية التلطيفية' التي أنشئت في العام 2013، من أكثر الخطوات الواعدة التي أقدمت عليها المملكة.

أما من حيث التقبل الاجتماعي والثقافي، فقد سعت عدة حملات إعلامية مكثفة في مختلف أرجاء البلاد لتعزيز الوعي العام بالرعاية التلطيفية والخدمات الطبية ذات الصلة، كما شهدت البلاد أيضاً ازدياداً في وعي الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية بأهمية الإحالة المبكرة للمرضى.

أما على صعيد المستقبل، فتتجه السعودية نحو استثمار المزيد من الموارد في مجال الرعاية التلطيفية، وذلك بهدف إعداد قوة عاملة متخصصة ومتعددة التخصصات في المجال، مع إلحاق الممرضات والعاملين الاجتماعيين والصيدالبيين والصيادلة بهم، ومن المتوقع أن يؤدي تأسيس 'المجموعة العربية للرعاية التلطيفية' إلى قيادة مسيرة تطوير مجال الرعاية التلطيفية في المنطقة ودعمها.

الرعاية التلطيفية في المملكة الأردنية الهاشمية

الأردن بلد صغير نسبياً يقدر عدد سكانه بحوالي 9,5 مليون نسمة. ويبلغ معدّل الإصابة بمرض السرطان فيه ه آلاف مريض سنوياً، 70 في المائة منهم لا تُشخص حالتهم إلا بعد بلوغها مرحلة مستعصية على الشفاء، ما يجعل الرعاية التلطيفية وخدمات تخفيف الآلام هي الخيار الأكثر واقعية وإنسانية لمعظم مرضى السرطان.⁶⁹

وتجدر الإشارة إلى أن 60 في المائة من حالات الوفاة في البلاد، التي تبلغ 16 ألف حالة، هم على الأرجح مرضى كانوا في حاجة إلى خدمات رعاية تلطيفية⁷⁰ وإذا أضفنا إلى هؤلاء اثنين من أفراد أسرة المريض على الأقل يتوليان رعايته خلال فترة الاحتضار، فسيصل عدد الأفراد الذين يمكنهم الاستفادة من إنشاء نظام رعاية تلطيفية جيد إلى أكثر من 29 ألف أردني.

أسفرت نقاشات متكررة مع وزارة الصحة الأردنية والتي تستهدف دفع الوزارة نحو تعزيز الوعي السياسي في البلاد بمجال الرعاية التلطيفية عن صدور أول تشريع قانوني للرعاية التلطيفية في الأردن في العام 2003. كما تلقت الطواقم الطبية في مستشفى البشير، أكبر جهة حكومية لتقديم الرعاية الطبية في الأردن، برامج تدريبية على الرعاية التلطيفية⁷¹ وبدورها، أقامت منظمة الصحة العالمية مشروع 'توضيح الرعاية التلطيفية' في العام 2007 (وهو مشروع للتوعية والتدريب يستهدف أخصائيي الرعاية الصحية) الأمر الذي شجّع مركز الحسين للسرطان على إنشاء برنامج للرعاية التلطيفية لديه. وفي العام 2010، ومع ارتفاع حجم الطلب على خدمات الرعاية التلطيفية، تأسست 'الجمعية الأردنية للرعاية التلطيفية وعلاج الألم' بهدف توفير هذه الخدمات لجميع المرضى وليس المترددين على المركز فحسب، وأُعقب ذلك تنظيم العديد من ورش العمل وإنشاء برامج الدبلوم في الرعاية التلطيفية، ما أثمر عن تدريب أكثر من ألف عامل في مجال الرعاية الصحية⁷².

تلقى الأردن، في شهر يوليو من عام 2015، منحة من 'الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية' تستهدف تطوير أربعة مشروعات للرعاية التلطيفية، أسهمت في إعداد طلاب وأخصائيين مدربين قاموا بنشر ممارسات الرعاية التلطيفية في المستشفيات والجامعات، وتعزيز الوعي العام بخدماتها، وإنشاء برامج لعلاج الجماعي للمرضى المصابين بأمراض مزمنة⁷³ ويشهد الأردن في الوقت الحالي تنظيم يوم سنوي للتوعية بالرعاية التلطيفية يتم فيه توجيه الدعوة لوزير الصحة وغيره من صانعي السياسات البارزين.

وعلى غرار بلدان أخرى في الشرق الأوسط، واجه الأردن معوقات كبيرة خلال إنشاء وتطوير برامج الرعاية التلطيفية، ترجع في معظمها إلى انخفاض مستويات الوعي على الصعيدين الحكومي والمهني، مما تسبب في وجود قصور في التعاون، وعجز في الدعم المالي، ونقص في أخصائيي الرعاية التلطيفية. وما يزال القسم الأعظم من التمويلات المخصصة للرعاية التلطيفية تأتي من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، تليها بدرجة أقل الجهات المانحة من القطاع الخاص، في حين لا تقدم الحكومة الأردنية إسهامات تُذكر.

وفيما يخص التعليم، يتوفر حالياً برنامج تمييز للرعاية التلطيفية في كلية التمريض التابعة للجامعة الأردنية، وهناك أيضاً برنامج دبلوم أكاديمي للرعاية التلطيفية في إحدى الجامعات الخاصة، ولكنه لا يخضع لإشراف اللجنة الوطنية للرعاية التلطيفية بوزارة الصحة الأردنية، ولذلك لم يحظى بعد بالاعتماد الأكاديمي بشكل رسمي. كذلك توجد حالياً في بعض المستشفيات الأردنية برامج للتعليم المستمر والتدريب العملي والزمالة في مجال الرعاية التلطيفية، في ظل مساعٍ حثيثة تبذلها المملكة في الوقت الراهن لسد الفجوة التعليمية في هذا المجال، غير أنه لا توجد في الأردن برامج لتدريب الأطباء على طب الألم باعتباره تخصصاً فرعياً، كما لا يعمل سوى عدد قليل من الأطباء في مجال معالجة الألم والأعراض، وغالباً ما ينتمون لمؤسسات القطاع الخاص⁷⁴.

أما فيما يتعلق بعلاج الألم وتخفيفها، فقد أسفرت المفاهيم الخاطئة الشائعة حول العقاقير الأفيونية وآثارها الجانبية عن العديد من المعوقات التي تحول دون حصول المرضى عليها⁷⁵. وفي حين أن هناك تحسناً بطيئاً في هذه المسألة، يشهد له إمكانية حصول المرضى بشكل عام في مركز الحسين

للسرطان على العقاقير الأفيونية، إلا أن الأمر يختلف في المستشفيات الحكومية، حيث يظل معدل استخدام هذه الأدوية منخفضاً إلى حدٍ كبير.

تتماشى سياسات أوامر "عدم الإنعاش القلبي" والتوجيهات المسبقة في الأردن مع معظم المستشفيات الأخرى في منطقة الشرق الأوسط، إذ تنص سياسة مركز الحسين للسرطان على أن "جميع مرضى السرطان الذين لا يرجى شفائهم هم أشخاص يتمتعون بالأهلية، ولهم الحق في إصدار أوامر بعدم الإنعاش".⁷⁶

ويضم الأردن في الوقت الراهن دار رعاية للمرضى المحتضرين الداخليين تتبع إحدى المستشفيات، وثلاث دور رعاية أخرى مستقلة⁷⁷ وفي العام 2017، أقر وزير الصحة بحاجة الأردن إلى تقديم خدمات رعاية تلطيفية ومنزلية شاملة، مشيراً إلى أن وزارة الصحة ستقوم "بكل ما في وسعها لتعزيز انتشار الرعاية التلطيفية". كما سلط المدير العام لمركز الحسين للسرطان الضوء على دور الرعاية التلطيفية والرعاية المنزلية في توفير الراحة للمرضى وأسرهم، وتخفيف الضغوط على المستشفيات.⁷⁸

الرعاية التلطيفية في لبنان

يقدر عدد سكان لبنان بحوالي 5,851,000 نسمة، ويبلغ معدل الوفيات فيها خمس وفيات لكل ألف نسمة من السكان (حسب إحصائية العام 2017)، بمعدل 22 ألف حالة وفاة في السنة - يعاني معظمهم من الالام خلال الاحتضار بسبب عدم توفر خدمات ملائمة للرعاية التلطيفية. ورغم توفر العقاقير الأفيونية إلى حدٍ ما في لبنان، تنخفض معدلات الحصول عليها لارتفاع التكلفة، والقيود التشريعية، والقصور في تدريب أخصائيي الرعاية الصحية.

في الوقت الراهن، يتوفى معظم مرضى الرعاية التلطيفية في لبنان داخل المستشفيات خلافاً لرغبتهم في الموت بمنزلهم. ويرجع السبب في ذلك إلى اتباع سياسات غير فعّالة في سداد التكاليف لا تسمح بتقديم خدمات الرعاية المنزلية. ومما لا شك فيه، أن تطبيق نظام فعال ومتسق للرعاية المنزلية في لبنان سيقول من نفقات النظام الصحي بشكل كبير.

يُذكر أن لبنان شهد مؤخراً تقدماً ملحوظاً في ممارسات الرعاية التلطيفية، إذ لم يكن في البلاد أية جهة لتقديم هذه الخدمات في العام 2009، في حين بات لديها حالياً منطمتان غير حكوميتين توفران هذه الخدمات في المنازل. وفي العام 2011، أنشأت وزارة الصحة العامة اللبنانية لجنة أطلقت عليها اسم 'اللجنة الوطنية للعناية الملطفة وعلاج الألم' مهدت السبيل أمام إنشاء برامج مختلفة للرعاية التلطيفية في أربعة مستشفيات.⁷⁹ كما يجري حالياً تنفيذ استراتيجية وطنية لتطوير الرعاية التلطيفية من خلال هذه اللجنة، التي تعمل أيضاً على تسهيل الوصول الآمن إلى المسكنات الأفيونية.⁸⁰ وتوضّح جميع هذه المؤشرات أن الرعاية التلطيفية في طريقها إلى أن تصبح تخصصاً معترفاً به في لبنان وإن كان ذلك يتم بخطى وثيدة. ورغم ذلك، يظل النقص في التمويل هو العقبة الأكبر في هذا المجال.

من ناحية أخرى، لا يعترف نظام الرعاية الصحية في لبنان بـ"التوجيهات المسبقة"، كما أن، وصية الحياة غير ملزمة قانونيًا في البلاد. ولا يدرك معظم المرضى أن بإمكانهم توكيل من ينوب عنهم في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية، بل إن كثيرًا من المرضى لا يعرفون حتى تشخيصهم النهائي المؤكد، ويتولى أفراد أسرهم إصدار القرارات الخاصة برعايتهم نيابة عنهم، ويؤكد الاستطلاع الذي أجراه موقع "YouGov" بتكليف من "ويش" وجود سلوكيات مماثلة في بلدان أخرى ذات أغلبية مسلمة، فنجد أن معظم المشاركين في الاستطلاع في بلدان مثل إندونيسيا وماليزيا وعمان والسعودية فضلوا هذا الاختيار: "يجب إطلاع أسرة المريض على المعلومات المتعلقة بأمراضه المستعصية"، وذلك بنسب تراوحت بين 66 في المائة و40 في المائة.

وما تزال التحديات الثقافية والاجتماعية حتى يومنا هذا تقف عائقًا أمام تبني مفهوم خطط الرعاية المسبقة، دون بذل جهود منسقة لتعزيز الوعي الاجتماعي بها. ورغم ذلك، نجد مبادرات فردية وجماعات نشطة تعمل في مجال الرعاية التلطيفية في جميع أرجاء لبنان تسعى إلى تعزيز الحوار حول رعاية المرضى خلال فترة الاحتضار. أمّا في مجال التعليم، فقد قامت اثنتان من كليات الطب السبعة في لبنان بإدخال الرعاية التلطيفية في مناهج الدراسة الجامعية والدراسات العليا. ومع ذلك، لا تتوفر حتى الآن برامج تدريب رسمية أو زمالات للأطباء في هذا المجال، كما خصص عدد قليل من كليات التمريض محاضرات عن خدمات الرعاية التلطيفية في مناهجها، فيما قامت الجامعة اللبنانية في العام 2016 بتسجيل أول دفعة من الممرضات للدراسة في برنامج دبلوم يتناول الرعاية التلطيفية في مجال التمريض⁸¹. أما كلية رفيق الحريري للتمريض بالجامعة الأميركية في بيروت، فتقدم برامج دراسية متخصصة في علاج الآلام والرعاية التلطيفية للأطفال والكبار.

حالات وأمثلة من الواقع المعضلات الأخلاقية في منطقة الشرق الأوسط

مثال: أهمية التثقيف بالرعاية التلطيفية والتوعية بها

تم نقل فتاة تبلغ من العمر 18 عامًا بالمركز الوطني لعلاج وأبحاث السرطان، مصابة بمرض السرطان في مراحله النهائية، وأخفقت معها جميع سبل التداوي والعلاج، وتم إحالتها الى وحدة الرعاية التلطيفية لتلقي الدعم وخدمات الرعاية المخففة لآلامها. كانت أمها تعتقد بشدة أن الإسلام يحرم العقاقير المخففة للألم التي تتلقاها ابنتها، فخشيت على ابنتها ارتكاب معصية بحصولها على هذه الأدوية. وكانت تعتقد أيضًا أن السكر الموجود في الحلوى التي تحب ابنتها تناولها سيفاقم من مرضها، فأرادت وقف أدوية تخفيف الألم والحلوى.

لم يقد الأطباء باستنكار موقف الأم وإدانتها، بل تعاملوا مع الموقف بانفتاح وشرعوا في إجراء جلسات إرشادية وتثقيفية للأم، ما ساعدها في إدراك أهمية تخفيف الألم عن ابنتها وسلامة صحتها النفسية.

مثال: نقل الأخبار السيئة

غالبًا ما يشكك المرضى المسلمون وأسرهم في التشخيص النهائي والواضح للحالة ويترددون في تقبله لعقيدتهم الراسخة بأن مصير المرء بين يدي الله وحده. ورغم ذلك، يميل الأطباء عادة إلى إعطاء معلومات دقيقة وصادقة للحالة، حتى لو كان مفادها الموت المحقق للمريض. وغالبًا ما تلقى هذه المعلومات تقبلًا ضعيفًا وردودًا على شاكلة: "هذا أمر بيد الله، نحن لا نعلم الغيب".

مثال: وكيل المريض في اتخاذ القرار

وجود وكيل للمريض في اتخاذ القرار أمر شائع جدًا في منطقة الشرق الأوسط، حيث يشارك أفراد الأسرة المقربون بشكل مباشر في ترتيبات رعاية المريض. وبوجه عام، يحظى الآباء ثم الأزواج ثم الأبناء الأكبر سنًا، حسب هذا الترتيب التنازلي، بسلطة أكبر في عملية اتخاذ القرار مقارنةً بأفراد العائلة الآخرين. ويواجه الأطباء غالبًا معضلات أخلاقية عند وجود وكيل في اتخاذ القرارات، خاصة إذا تناقضت هذه القرارات مع رغبات المريض نفسه وآرائه.

القسم الثالث: منظور الأخلاق الإسلامية

نتناول في هذا القسم القضايا الأبرز والأهم بالنسبة لأخصائيي الرعاية التلطيفية من منظور الأخلاقيات الإسلامية، وذلك استنادًا إلى نتائج بحثية توصلنا إليها مؤخرًا بفضل دراسة استقصائية أجراها موقع "YouGov" بتكليف من "ويش" عبر تنظيم استطلاع إلكتروني على شبكة الإنترنت استقصى فيه آراء الجمهور في بلدان ذات أغلبية مسلمة مثل إندونيسيا وماليزيا وعمان وقطر حول الفرضية القائلة بأن 'مراعاة المعتقدات والقيم الدينية للمريض تمثل جزءًا من خدمات الرعاية التلطيفية عالية الجودة'. اختار أكثر من 50 في المائة من المشاركين في الاستطلاع الإجابة بـ"أوافق بشدة" أو "أوافق" على هذه الفرضية. كما ارتفعت النسبة في بعض البلدان لتصل إلى 80 في المائة، كما هو الحال في عُمان.

عادةً ما تأخذ المداولات والآراء الأخلاقية المعنية بالطب الحيوي في التراث الإسلامي شكلين رئيسيين:

- يتألف الأول من وجهات نظر ينفرد بوضعها فقيه إسلامي واحد، وهو ما يندرج تحت إطار الاجتهاد الفردي.
- أما الثاني فهو الاجتهاد الجماعي، ويصدر فيه الرأي الفقهي بعد مداولات واجتهادات جماعية من تخصصات متعددة بمشاركة الفقهاء المسلمين وعلماء الطب الحيوي.

لم يأخذ 'الاجتهاد الجماعي' الطابع المؤسسي إلا مع أوائل ثمانينيات القرن العشرين، وذلك بإنشاء المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت التي تركز حصرًا على قضايا أخلاقيات الطب الحيوي، وتتعاون مع مؤسستين يأتي اهتمامهما بهذه القضايا ضمن مجموعات أخرى من القضايا المختلفة، وهما المجمع الفقهي الإسلامي الدولي بالمملكة العربية السعودية.⁸² أما مجال الرعاية التلطيفية فيعود من أكثر الجوانب المهملة في نقاشات الأخلاقيات الإسلامية المعاصرة المعنية بالطب الحيوي، إذ لم يتم التطرق إليه بالنقاش كموضوع مستقل سواء من قبل المؤسسات أو العلماء الأفراد.

تأطير الرعاية التلطيفية: التداوي

فرضت المنجزات الأخيرة في علوم الطب الحيوي مزيدًا من التعقيد على مفهوم التداوي أو العلاج.^{85,84,83} ولهذا السبب، ليس من الصواب التعامل مع هذا المفهوم باعتباره وحدة واحدة، إذ إن للتداوي أنواع مختلفة تخفى علينا الحدود الفاصلة بينها في بعض الأحيان، كما أن التقديرات الأخلاقية تتباين بطبيعة الحال باختلاف المرء. ويمكن تقسيم التداوي، على وجه التقريب، إلى خمسة أنواع:

1. **التداوي التنبؤي** الذي يضع توقعات بمدى احتمالية إصابة الفرد بمرض معين، مثلما يحدث عند إجراء تحليل جيني لتحديد مدى استعداد الفرد للإصابة بمرض السرطان.⁸⁶

2. **التداوي الوقائي** الذي يرمي إلى تحسين الوضع الصحي للأفراد بتجنبيهم الإصابة بالأمراض. ويشمل ذلك التطعيمات، والحدّ من تلوث الهواء والمياه، وتشجيع أفراد المجتمع على تبني أنماط حياة صحية. وتمنح معظم الثقافات العلمانية والدينية على اختلافها، بما في ذلك الإسلامية، الأفضلية للتداوي الوقائي على التداوي الشفائي.^{87,88}

3. **التداوي الشفائي**، وينظر له غالبًا باعتباره الوظيفة الأساسية لمجال الطب، ويندرج تحته المعالجة الدوائية، والجراحة، والعلاج الطبيعي، والعلاج بالأعشاب.^{90,89}

4. **العلاج التأهيلي** أو ما يطلق عليه 'الطب الطبيعي وإعادة التأهيل'، ويُعنى بمجموعة واسعة من الحالات المرضية التي تصيب العضلات، والمخ، والحبل الشوكي، والأعصاب، والعظام.⁹¹

5. **العلاج التلطيفي** الذي يرمي إلى تخفيف حدة الآلام والأعراض والصعوبات لدى المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة. ويندرج تحتها خدمات الرعاية خلال فترة الاحتضار.

لا تنشأ العضلات الأخلاقية إلا عندما يفرض اللجوء للرعاية التلطيفية التوقف عن باقي أنواع التداوي الأخرى، بما فيها التداوي الشفائي والتغذية والإرواء اللذان يقدمان عبر وسائل طبية. فهل ينبغي إعطاء الأولوية للرعاية التلطيفية في مثل هذه الحالات؟ أم ينبغي مواصلة إجراءات التداوي الشفائي، حتى لو زاد ذلك من معاناة المريض التي تسعى الرعاية التلطيفية في الأساس إلى تخفيفها والحد منها؟

اتخذت النقاشات في التراث الإسلامي موقفًا عامًا هيمن عليها جميعًا وعجز عن استيعاب الفروق الدقيقة والتعقيدات الشديدة التي صاحبت مظاهر التقدم الحديثة في مجال الطب الحيوي، ومنها الرعاية التلطيفية. وشهدت هذه النقاشات اختلافًا داخليًا حيال حكمه، فهل هو مباح بوجه عام (أي لا تعارض أخلاقي في فعله أو تركه) أم مستحب أم واجب أم إن فعله يقدم في توكل المرء على الله.^{94,93,92} وعلينا في الوقت نفسه مراعاة الصعوبات التي عادةً ما تتعرض لها الفرق الطبية المتخصصة في الرعاية التلطيفية عند مواجهتها لعضلات أخلاقية ناشئة عن الخلاف المحتمل بين التداوي التلطيفي والتداوي الشفائي.

سوف نتطرق لهذه العضلات في القسم التالي الذي يتناول أنظمة دعم الحياة، ثم ننتقل بعدها إلى العضلات الأخلاقية الناجمة عن وجود اثنين أو أكثر من القيم ذات الصلة ولكنها متعارضة ولا يمكن التوفيق بينها بسهولة في سياق الرعاية التلطيفية. ونسوق مثالاً على ذلك العقاقير المسكنة التي لا غنى عنها في تخفيف آلام المريض ولكنها قد تتسبب في تغييب وعيه أو التعجيل بوفاته، أو نقل أخبار سيئة عند اقتراب مريض يخضع للرعاية التلطيفية من الموت المحقق وكيفية الجمع بين الصدق في نقل الخبر الحرس على عدم إيذاء المريض.

أنظمة دعم الحياة

أنظمة دعم الحياة هي تدخلات طبية تبقى المريض 'على قيد الحياة' دون أن يكون لها دور بالضرورة في شفائه من المرض الأساسي الذي يهدد حياته، ومن بينها الإنعاش القلبي الرئوي، والتهوية الميكانيكية، والتغذية والإرواء الاصطناعيين. وتثير أنظمة دعم الحياة عضلات أخلاقية حقيقية في سياق الأمراض المستعصية. فعند دُنُو أجل المريض ورؤية الأطباء أن موته وشيك، فإن استخدام أنظمة دعم الحياة يعني ببساطة إطالة آلام المريض ومعاناته، وهو ما يتناقض مع الغاية الأساسية التي أنشئت من أجلها الرعاية التلطيفية. وفي واقع الأمر، يرى كثير من الأطباء أنه لا فوائد شفاوية تُذكر،

هذا إن وجدت أصلاً، للإنعاش القلبي الرئوي والتهوية الميكانيكية في مثل هذه الحالات. ومن ثم، فإن استخدام هذه الأنظمة أقرب إلى إلحاق الضرر بالمريض من مداواته أو تحقيق النفع له.^{95,96} وتدور المعضلات الأخلاقية في مثل هذه الحالات حول تساؤلات أساسية من بينها: ما أفضل الممارسات الطبية في مثل هذه الحالات - هل نوقف أنظمة دعم الحياة ونركز على تخفيف الألم، أم نشرع/نستمر في استخدام أنظمة دعم الحياة؟ كيف يتم اتخاذ القرار في مثل هذه المواقف؟ من جانبه، يرى محمد علي البار، أحد المشاركين النشطاء في نقاشات الاجتهاد الجماعي المؤسسية التي تتناول أخلاقيات الطب الحيوي، أن هذه التساؤلات من أكثر المعضلات إثارةً للحيرة والقلق بين العاملين في مجال الرعاية الصحية في العالمين العربي والإسلامي، لا سيما أولئك الذين لا ينتمون إلى الثقافة العربية أو الإسلامية.⁹⁷

وإجابةً عن هذه الأسئلة من منظور إسلامي، ستميز بين فئتين أساسيتين لأنظمة دعم الحياة، لأن لكل منهما حكمه الخاص:

- الإنعاش القلبي والرئوي والتهوية الميكانيكية
- التغذية والإرواء الاصطناعيين.

ولكن قبل الخوض في تفاصيل هاتين الفئتين، سنتطرق أولاً لبعض أنظمة دعم الحياة التي لا تحظى بالقدر ذاته من الاهتمام، إذ إنه لا يوجد سوى عدد قليل من الفقهاء أو علماء الطب الحيوي الذين صرحوا بميلهم إلى إمكانية منع إجراءات طبية بعينها أو إيقافها مثل الغسيل الكلوي والعلاج الكيميائي للمرضى الذين يعانون من أمراض عضال. فعلى سبيل المثال، ترى إدارة الإفتاء بوزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية الكويتية أنه إذا طرأ على المصاب بمرض ميؤوس منه أو لا يرجى شفاؤه مرض آخر قابل للعلاج فإنه يطبَّق عليه الحكم الأصلي للتداوي حتى لو كان المرض الثاني قد يؤدي للوفاة، وأوضحت الفتوى بعد ذلك أن حصول الشفاء بالتداوي أمر ظني، وبالتالي فهو مطلوب على سبيل الجواز لا الوجوب.⁹⁸ وهو رأي يتبناه إلى معظم علماء الطب الحيوي المسلمين.⁹⁹

الإنعاش القلبي والرئوي والتهوية الميكانيكية

تناول المجمع الفقهي الإسلامي في دورته الـ 22 المنعقدة في شهر مايو من عام 2015، القضايا الأخلاقية المتعلقة بعدم استخدام إجراء الإنعاش القلبي والرئوي والتهوية الميكانيكية في حالة الأمراض العضال. ولم ير المشاركون في تلك الدورة، مثلهم في ذلك مثل غالبية علماء الإسلام بوجه عام، فوارق أخلاقية بين الامتناع عن تقديم أنظمة دعم الحياة أو إيقافها بعد الشروع في استخدامها، رغم أن لفظ 'الإيقاف' كان أكثر تداولاً في هذه النقاشات من لفظ 'الامتناع'. وانقسم المشاركون في هذه

1. فريق يحرم إيقاف أنظمة دعم الحياة: احتج أصحاب هذا الرأي (ومعظمهم من الفقهاء) بأن إيقاف هذه الأنظمة لا يختلف في جرمه عن القتل العمد. وكان الاعتقاد السائد بين هؤلاء العلماء أن أنظمة دعم الحياة هي إجراء يهدف إلى إنقاذ حياة المريض، وعليه فإنه يأخذ حكم التداوي الواجب. وذهب بعض الفقهاء الآخرين إلى القول بأن هذا الحكم يسري أيضًا على مرضى 'الموت الدماغى'. وتبنى هذا الرأي على وجه الخصوص الفقهاء الذين لا يعتبرون 'الموت الدماغى' 'موتًا' كاملًا ومحققًا من المنظور الإسلامى، مشددين على قدسية حياة الإنسان وأن الحفاظ عليها واجبٌ فرضه الله تعالى. علاوة على ذلك، شكك هؤلاء الفقهاء فيما يسمى المرض الذي لا يرجى برؤه، قائلين إن الطبيب قد يخطئ في تشخيص المرض ويظن -خلافًا للحقيقة- بأنه مرض 'عضال'، كما دفعوا بحجة أخرى مفادها أن علاجًا قد يظهر في الوقت المناسب للمرض الذي لا يرجى برؤه؛ ناصحين بضرورة تحليى المرء بالتفاؤل، وخاصة المسلمين الذين يؤمنون بطلاقة قدرة الله سبحانه.^{100,101}

2. فريق يرى جواز إيقاف أنظمة دعم الحياة: واحتج أصحاب هذا الرأي¹⁰² بأن هذه الأنظمة لا تندرج تحت الإجراءات الواقعية لإنقاذ حياة المرضى الذين إما ماتوا بالفعل أو في مرحلة الاحتضار دون وجود أمل في تعافهم، ولذلك، فإن إيقاف أنظمة دعم الحياة مثل الإنعاش القلبي الرئوي لا يأخذ حكم القتل العمد، وإنما هو توقف عن أسلوب تداوي اختياري يفوق ضرره في العادة نفعه. وتآلف أصحاب الرأي الثانى من فقهاء وعلماء في الطب الحيوى، بجانب فتاوى جماعية أصدرتها بعض المؤسسات الفقهية المذكورة أعلاه. ويؤكد الطبيب محمد البار أن معظم الأطباء يدعمون هذا الرأي. وينص الدستور الإسلامى للمهنة الطبية لعام 1981 على ما يلي:

"والطبيب في دفاعه عن الحياة مطالب بأن يعرف حدّه ويقف عنده، فإذا تأكد لديه أن المحال -حسب المعطيات العلمية- السلوك بالمريض إلى الحياة استحالة بيّنة، فإن مما لا طائل وراءه الإغراق في المحافظة على الكيان النباتي للمريض بوسائل الإنعاش الصناعية أو بحفظه مجمدًا أو غير ذلك من وسائل، لأن المطلوب هو بقاء الحياة لا إطالة عملية الموت".¹⁰³

كما صدر عن دورة المجمع الفقهى الإسلامى لعام 2015 قرار باعتبار القتل الرحيم محرّم شرعًا على أيّ نحو كان، إلا أنه أباح إيقاف العلاج إذا قرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقّات أن العلاج يلحق الأذى بالمريض ولا يسهم في تحسن حالته، مع أهمية الاستمرار في رعاية المريض المتمثلة في تغذيته وإزالة آلامه أو تخفيفها قدر الإمكان. وقد تبنى المجلس الأوروبى للإفتاء والبحوث الرأى نفسه خلال دورته الحادية عشرة التي انعقدت في ستوكهولم في شهر يوليو من عام 2001. وعلاوة على الفتاوى الصادرة عن مؤسسات الاجتهاد الجماعى، نجد أن لجانًا وطنية في بلاد إسلامية بعينها، مثل السعودية والكويت، قد أصدرت فتاوى تتفق مع هذا الطرح.^{107,106,105,104} وسيتبين لنا في نقاشنا أدناه أن هذه الفتاوى كان لها وقع كبير وتأثير مباشر على آلية تنظيم الرعاية السريرية في المستشفيات.

استعان مؤيدو الرأى الثانى (القائل بجواز إيقاف أنظمة دعم الحياة) بحجج عديدة. فبالنسبة للذين يقرّون بأن الموت الدماغى هو موت حقيقى من المنظور الشعبى، ليس ثمة معضلة أخلاقية في إيقاف أنظمة دعم الحياة، مثل الإنعاش القلبي الرئوي، لأنه لا فائدة تُرجى من ترك أعضاء شخص ميت تعمل عبر أدوات ميكانيكية. إضافة لذلك، أكد هؤلاء العلماء أن التداوى ليس واجبًا في الإسلام .

كما وضع مؤيدو الرأي الثاني قائمة بالأضرار المحتمل وقوعها عند الاستمرار في استخدام أنظمة دعم الحياة في مثل هذه الحالات الميؤوس منها، فتحدثوا عن الضرر المالي الذي يقع على عاتق المريض وأسرته أو نظام الرعاية الصحية بوجه عام، أو كليهما، نتيجة الكلفة الباهظة لأنظمة دعم الحياة، ملتحين إلى احتمال حرمان مريض آخر، احتمالات شفافته أكبر، من هذه الأنظمة سبباً التي قد تكون في إنقاذه. ودفع هؤلاء أيضاً بالقول بأن الاحتضار في المنظور الإسلامي يقتزن عادة بالألم والمعاناة، ولذلك فإن استخدام أنظمة دعم الحياة يطيل أمد الاحتضار ملحقاً أكبر الضرر بالمريض.^{108,109,110,111,112}

فمن يحق له إذن المشاركة في اتخاذ القرار الخاص بإيقاف أنظمة دعم الحياة؟ وفي حال نشوب خلاف، فمن صاحب القرار الفصل؟

خلت الفتاوى الجماعية للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، والمجمع الفقهي الإسلامي، ومجمع الفقه الإسلامي الدولي من الإجابة عن هذه التساؤلات، إلا أن هيئات ولجان الفتاوى الوطنية بجانب عدد من علماء الطب الحيوي اتفقوا في الرأي حيالها. فمن جانبه، تطرق محمد البار للأفراد الذين يلزم مشاركتهم في القرار، وزعم ميله إلى إعطاء الطبيب المعالج حق اتخاذ القرار النهائي، إلا أنه أكد على ضرورة استشارة الطبيب المعالج لطبيين آخرين على الأقل، إضافة إلى إلزام الجميع بالتوقيع على هذا القرار في ملف المريض. وشدد البار على حتمية الرجوع إلى المريض قبل تنفيذ القرار (أو الوصي القانوني في حالة عجز المريض)، وأن يكون للمريض أو وكيله الحق في رفض الإنعاش القلبي الرئوي، بجانب أفراد أسرته الحاضرين.

استند رأي البار في طرحه لهذه القضايا إلى عدد من الفتاوى الصادرة عن اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء بالمملكة العربية السعودية وهيئة كبار العلماء، والفتوى الأبرز في هذا السياق هي الفتوى رقم (12086) الصادرة عن هيئة كبار العلماء في العام 1989. وتؤيد الفتوى الرأي القائل بجواز إيقاف أجهزة دعم الحياة، وتنص بوضوح على أن حق اتخاذ قرار إجراء الإنعاش القلبي الرئوي للمريض ينفرد به فريق طبي يتألف من ثلاثة أفراد. كما تنص الفتوى على عدم الالتفات إلى رأي أولياء المريض

وتبنّت العديد من مستشفيات منطقة الخليج الفتاوى التي تجيز إيقاف أنظمة دعم الحياة، وألحقتها في سياساتها الخاصة بأوامر "عدم الإنعاش القلبي" ومبادئها التوجيهية. فعلى سبيل المثال، تبنّت مؤسسة حمد الطبية في قطر، ومستشفى القوات المسلحة بالشمال الغربية (السعودية)، ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث في السعودية الفتوى رقم (12086) في سياساتها الخاصة بأوامر "عدم الإنعاش القلبي". ورغم أن سلطة اتخاذ القرار النهائي تنفرد بها الفرق الطبية في هذه المستشفيات، إلا أنها أشارت بوضوح إلى أنها تسعى دائماً لإشراك المرضى وأسرهم في عملية صنع القرار.^{115,116}

وعلى الرغم من ثراء المداولات والنقاشات الأخلاقية التي سبق ذكرها، فما تزال الكثير من المشكلات والصعوبات تحوم حول هذه القضية، ذلك أن الوظيفة الأساسية للفتاوى هي تحديد الخيارات المقبولة أخلاقياً وفق التعاليم الإسلامية، فهي بمنزلة آراء مطروحة لا ترقى إلى أن تكون قوانين ملزمة. ربما تتمتع الفتاوى الصادرة عن هيئات جماعية بحجّة أكبر من تلك التي يصدرها أفراد الفقهاء، غير أن هذا لا يغيّر من واقع الأمر وهو أن الفتوى في طبيعتها رأي غير ملزم، لذلك، لا تكفي الإرشادات والمبادئ التوجيهية الأخلاقية في حماية الأطباء من توجيه الاتهامات لهم أمام القضاء، فهم في حاجة إلى لوائح وقوانين صريحة تفصل القول في المسموم به والمحظور في هذا المجال. وعليه، يتعين على وزارات الصحة والعدل المعنية في كل بلد مسلم التصدي لهذه المهمة وفق متطلباتها السياسية والاجتماعية والثقافية.

التغذية والإرواء الاصطناعيين

اتسم قرار المجمع الفقهي الإسلامي الذي أصدره في شهر مايو من عام 2015 بالعمومية والإبهام إلى حدّ ما، فينص البند الثالث منه على ما يلي:

“لا يجوز إيقاف العلاج عن المريض إلا إذا قرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات أن العلاج يلحق الأذى بالمريض ولا تأثير له في تحسن حالته، مع أهمية الاستمرار في رعاية المريض المتمثلة في تغذيته وإزالة الألام، أو تخفيفها قدر الإمكان.”¹¹⁷

قد يستنتج المرء من قراءة هذا البند أن قرار المجمع يجيز إيقاف أجهزة الإنعاش القلبي والرئوي والتهوية الميكانيكية، إلا أنه لا يجيز إيقاف التغذية والإرواء الاصطناعيين وهذا بالضبط ما صرح به البار لاتخاذ الموقف نفسه في كتاب شارك في تأليفه مع طبيب القلب دكتور حسان شمسي باشا الذي يعمل بالمملكة العربية السعودية، ويحمل الكتاب عنوان ‘أخلاقيات الطب الحيوي المعاصرة: المنظور الإسلامي’، ويرى المؤلفان أن منع أجهزة التغذية والإرواء الاصطناعيين عن المريض قد يسفر عن فترة احتضار طويلة وقاسية مصحوبة بالجوع والعطش الشديدين، وهو وضع أكثر سوءاً على الصعيد الأخلاقي من القتل الرحيم، وانتهيا إلى القول بأن الإقدام على هذا يمثل قتلًا عمداً للمريض.^{118,119}

وتوصل الكاتبان إلى هذا الاستنباط عبر قياس عملية إيقاف أجهزة التغذية والإرواء الاصطناعيين عن المريض على حكم شرعي ورد في مصادر فقهية تراثية ترصد حالة يتم فيها احتجاز شخص وحرمانه من الضروريات الأساسية للحياة، لا سيما الطعام والشراب، حتى وفاته، اتفقت الغالبية العظمى من الفقهاء المسلمين في كتب التراث على أن مرتكب جرم الاحتجاز يتحمل مسؤولية قتل المحتجز صبراً.¹²⁰ غير أن هذا القياس مشكوك في صحته من عدة أوجه.

وردت المداولات الفقهية القديمة حول هذا الحكم الشرعي، الذي يسمى أحياناً بـالقتل صبراً، في سياق يرمي إلى التمييز بين أنواع القتل، وتحديدًا أيها يوجب القصاص وأيها يوجب الدية على القاتل، وذلك وفقاً لعدة عوامل، من بينها نية القاتل في إنهاء حياة ضحيته.^{121,122,123} وكانت الأمثلة التي ساقها هذه المصادر القديمة عبارة عن نماذج تحقق فيها ركن تعمد القاتل إلحاق الأذى بالضحية.

وهو أمر يختلف عن سياقنا هذا، إذ إن الطبيب الذي يعالج مريضاً بمرض عضال ليس لديه نية أو قصد سوى التخفيف من آلامه. كما أن الضحية في هذا الحكم في حالة صحية طبيعية، ولولا قتله لعاش حياةً طبيعية لا يُحرم فيها من الطعام والشراب. فلا يمكن بأي حال من الأحوال الاستدلال بهذه الأحكام والقياس عليها في حالة مريض الرعاية التلطيفية المحتضر الذي لا أمل له في استعادة أوضاعه الصحية الطبيعية.

وبدلاً من وضع الرعاية التلطيفية داخل إطار القتل صبراً، فإن لنا في السنة النبوية دليل شرعي ذو صلة وثيقة بالموضوع، ألا وهو الحديث النبوي القائل: "لا تكرهوا مرضاكم على الطعام، فإن الله يطعمهم ويسقيهم".¹²⁴ وُجرت عادة الفقهاء على الاستشهاد بهذا الحديث في باب الندوي للإشارة إلى عدم جواز إكراه المريض على التدوي أو الطعام لأن ذلك قد يلحق الضرر بالمريض.^{125,126} وذكر بعض هؤلاء الفقهاء، مثل ابن القيم (توفي عام 1350 ميلادية)، أن الأطباء في زمانهم اتفقوا على هذا صحة هذا الموقف من الناحية الطبية وأن إكراه المريض على الطعام والشراب ليس في مصلحته.¹²⁷

ويرى طبيبا الرعاية التلطيفية اللذين شاركا في إعداد هذه الدراسة أنه لا يمكن تعميم وجهة النظر التي أثارها الدكتور البار والتي تفيد بأن منع الطعام والشراب عن المريض قد يسفر عن تفاقم معاناته. وأضافا أن الجهاز الهضمي المسؤول عن تلقي الطعام وهضمه وامتصاص الطاقة والعناصر الغذائية منه ثم طرد بقاياه في صورة براز، تختل وظيفته لدى المرضى الذين يعانون من أمراض عضال متقدمة، مثل السرطان وحالات الخرف التدريجي المتقدمة. وغالباً ما يعاني مرضى السرطان في المراحل الأخيرة من صعوبة في إخراج السوائل من أجسادهم فتتراكم في أماكن غير مرغوب فيها مثل البطن والرئتين. لذلك، قد تتسبب التغذية والإرواء الاصطناعيان في تفاقم هذه المشكلات لدى المريض، بل إن تنفيذ هذا الإجراء للتخفيف من أعراض الجوع أمر مشكوك في نتيجته لأن معظم المرضى المحتضرين يفقدون الشعور بالجوع عندما تكون أجهزتهم في سبيلها إلى التوقف.

ما نريد التأكيد عليه هو أن الفرضية التي يدافع عنها بعض علماء الأخلاقيات الإسلامية المعاصرة في الطب الحيوي والقائلة بأن إيقاف التغذية والإرواء الاصطناعيين يرقى إلى ارتكاب جريمة قتل، تقف بلا سند حقيقي عند التدقيق فيها. وبعدها أن سلطنا الضوء على بعض الجوانب الإشكالية ومواطن الخلل في هذه الفرضية، نرى أننا في حاجة لإجراء نقاشات أكثر دقة وتعمقاً، تنخرط فيها تخصصات متعددة للوصول إلى استنتاجات قائمة على أدلة قوية. وفيما يتعلق بالسياسات واللوائح، فإن إدارة أنظمة التغذية والإرواء الاصطناعيين تعدّ أكثر سوءاً من إدارة أنظمة التهوية الميكانيكية والإنعاش القلبي الرئوي. فلم يقع تحت أيدينا أية سياسات أو لوائح مستقلة لهذه الأنظمة، ناهيك عن عدم وجود قوانين ملزمة تُعنى بوجه خاص بمنع أو إيقاف التغذية والإرواء الاصطناعيين، والتي يمكن لأطباء الرعاية التلطيفية الاسترشاد بها في ممارسة عملهم دون أن يستتبع ذلك مواجهة قضايا تحملهم مسؤولية ما يؤول إليه المريض.

استعراض القيم المتضاربة

كما تمت مناقشته سابقا

كما تمت مناقشته سابقا، قد ينشأ تضارب أخلاقي عند استخدام العقاقير الأفيونية في تخفيف الألم، ويرجع ذلك إلى عدة أسباب: أولها، أن هذه العقاقير قد تتسبب في انخفاض وعي المريض أو تغييبه كليا، الأمر الذي قد يؤدي إلى الإضرار به من المنظورين الاجتماعي والديني. ثانيها، ما يطلق عليه "التهدئة التلطيفية" التي استحدثت لتكون ملأً أخيراً يتم اللجوء إليه لتخفيف الآلام المستعصية عند دنو الموت، إذ ينطوي استخدامها على خطر "التعجيل" بالوفاة، مما يجعلها في نظر بعض علماء الأخلاق أشبه بـ'القتل الرحيم، لكن في صورة مستترة'. وانطلاقاً من هذه الخلفية، سوف يتناول هذا القسم تساؤلين رئيسيين في سياق الرعاية التلطيفية:

1. كيف يتحقق التوازن بين تخفيف الألم عن المريض كفائدة مرجوة وتجنبُ ذهاب وعيه كضرر متوقع؟

2. إذا كان التعجيل بوفاة المريض أثراً جانبياً متوقفاً ولكنه غير متعمد لتعاطي العقاقير أو المسكنات المخففة للألم، فهل هذا الأثر يجعل من إعطائها عملاً غير أخلاقي بصرف النظر عن فائدتها في تخفيف

فيما يتعلق بالألم وإدارته، وردت إلينا قصص وحكايات في التاريخ الإسلامي عن شخصيات امتازت بتقواها وبطولاتها فضلوا تحمّل الألم مهما بلغت حدته تجنباً لذهاب عقلهم، وخير مثال على ذلك قصة عروة بن الزبير (توفي تقريباً في عام 713 ميلادية)، وقدمه التي أصابها الأكلة، إذ أبى إلا أن يظل بوعيه عند بترها قائلاً: "ما أحب أن أسلب عضواً من أعضائي وأنا لا أجد ألم ذلك فأحتسبه".¹²⁸ ربما تمثل قصة عروة نموذجاً يحتذى به المسلمون ويتطلعون إليه، بيد أنه لا يمكن اتخاذها معياراً أخلاقياً يلزم الامتثال له، إذ يتفق الفقهاء المسلمون من السلف والخلف على تحريم التغييب المتعمد للعقل تحريماً قطعياً، إلا أنهم أفادوا بأن القاعدة الفقهية التي تنص على أن "الضرورات تبيح المحظورات" تجيز ذلك في حالات الضرورة الطبية، مثل الجراحات.¹²⁹

ومن ثم، فإن القاعدة التي تفرض نفسها على مجال الرعاية التلطيفية تتمثل في أنه: لا يمكن تبرير خفض مستوى وعي المريض، وهو في حكم الضرر، من الناحية الأخلاقية إلا بوجود ضرورة ملحة أو ملزمة، وحينها تأخذ حكم المصلحة. ويبرز، في هذا الصدد، 'سلم الألم' أو 'سلم مسكنات الألم' الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، إذ بالإمكان الاستعانة به كأداة مفيدة في هذا النقاش، حيث يحدد هذا المقياس الإجراءات التي يتبعها الطبيب في معالجة الألم، فيبدأ بمسكنات غير أفيونية تقع أسفل المقياس، ثم الانتقال إلى مسكنات أفيونية خفيفة إذا استمر الألم، وصولاً إلى المسكنات الأفيونية القوية في أعلى المقياس، ويتم اللجوء إليها حال وجود أسباب طبية ملزمة.¹³⁰

هناك احترازاات يتحتم على فرق الرعاية التلطيفية أخذها في بعين الاعتبار عند التفكير في تغييب الوعي تغييباً جزئياً أو كلياً بشكل مؤقت، من بينها الأهمية التي يوليها المرضى المسلمون لشعائرتهم الدينية. فعلى سبيل المثال، أداء الصلوات الخمس واجب على كل مسلم بالغ، مهما بلغ به المرض، إلا أن الشرع رخص للمريض قصر الصلاة وجمعها، وله أيضاً ترك القيام أو الركوع أو السجود في الصلاة،

إن شقَّ عليه ذلك، ومن ثمَّ، يتحتم على فرق الرعاية التلطيفية قبل الشروع في أيِّ إجراء أن يضعوا في حساباتهم الشعائر الدينية التي لا تصحَّ إلا في وجود وعي المريض.

أما بالنسبة للتهدئة العميقة المتواصلة ('التهدئة النهائية')، والتي قد تسفر في نهاية المطاف عن فقدان كلِّي ودائم للوعي، فهي تمثل الإجراء الأكثر إثارة للجدل. وفي هذا الصدد، يمكن للبعض القول بأن التهدئة النهائية لا تختلف اختلافاً كبيراً عن التخدير العام الذي يتم في بعض العمليات الجراحية والذي يؤدي أيضاً إلى فقدان الوعي بشكل كلِّي، إذ إن هناك وجه تقارب بين التهدئة النهائية التي تُمنح قبل ساعات قليلة من حدوث الوفاة للتخفيف من آلام المريض المستعصية التي لا تُحتمل، والتخدير العام خلال جراحات القلب المفتوح. وانطلاقاً من إباحة الفقهاء المسلمين على نطاق واسع للتخدير العام، فيمكن أيضاً القياس عليه وإباحة التهدئة النهائية حال توفر شروط وظروف معينة. لكن لا ينبغي أن نغض النظر عن وجود اختلافات كبيرة بين هذين الإجراءين. ففي حالة التخدير العام، قد يستمر غياب وعي المريض لفترة أطول من التهدئة النهائية، إلا أنه في طبيعته حدثٌ مؤقت. ففي التهدئة النهائية، يغيب الوعي غياباً دائماً لا رجعة فيه إلى أن تحين وفاة المريض، وهو ما يأتي على حساب جوانب دينية واجتماعية. فعلى الصعيد الديني، يُستحب للمريض المسلم نطق الشهادتين عند شعوره بدنو أجله بقول: "أشهد أن لا إله إلا الله وأشهد أن محمداً رسول الله"، وهو ما لا يمكن تحقيقه في حالات الغياب الكلِّي للوعي. أمّا على الصعيد الاجتماعي، تؤدي التهدئة النهائية إلى إصابة المريض وأفراد أسرته بالأسى والحزن لحرمانهم من التواصل المباشر خلال الساعات الأخيرة من حياة المريض، فلا تسنح لهم الفرصة لوداعه. ومما يؤسف له، أن هذه القضايا لم تحظ بالنقاش في نطاق الأخلاقيات الإسلامية المعاصرة في الطب الحيوي إلا فيما ندر، لذلك، نعتقد بأننا بحاجة لمزيد من النقاشات الدقيقة التي تشارك فيها الجهات المعنية وأصحاب الشأن قبل التوصل إلى استنباطات راسخة حاسمة.

نتناول هنا السؤال الوارد أعلاه: إذا كان التعجيل بوفاة المريض أثراً جانبياً متوقعاً ولكنه غير متعمد لتعاطي العقاقير أو المسكنات المخففة للألم، فهل هذا الأثر يجعل من إعطائها عملاً غير أخلاقي بصرف النظر عن فائدتها في تخفيف ما يعانيه المريض المحتضر من آلام مستعصية؟

اعتبر المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في قرار اتخذته عام 2003 حول القتل الرحيم، مسكنات الألم التي تقصّر حياة المريض بأنها قتل رحيم غير مباشر، فحرّمها بناءً على ذلك.^{131,132} وفي العام 2004، تصدّت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية للسؤال نفسه في المادة 62 من الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية ولكنها انتهت إلى أنه: "لا يحرم إعطاء المريض العقاقير المسكنة القوية لوقوف الألم بصورة مكثفة، حتى لو كان معلوماً لدى الطبيب أن مثل هذه العقاقير قد يؤدي بحياة المريض في نهاية المطاف".¹³³

وستتناول هنا بإيجاز حكمًا فقهيًا ورد في المصادر الفقهية القديمة، لعلاقته بهذا النقاش. يرتبط هذا الحكم بحفر الآبار، إذ، كما يقول الحكم، حفر البئر لنفع الناس أمر محمود ولكن حال حفرها في قارة طريق المسلمين، فقد يسفر ذلك عن وقوع المارة فيه وإصابتهم أو موتهم. وبذلك، فإن الضرر غير المقصود المتمثل في إصابة المارة أو موتهم لا يمكن التغاضي عنه تحت ذريعة أن القصد في الأصل من حفر البئر هو نفع الناس، وذلك لأن الضرر غير المقصود واقع في أغلب الظن. وتختلف النظرة الأخلاقية لهذه الحالة إن حُفر البئر داخل منزل. نعم، قد يقع مستخدمو البئر فيه ويلحق بهم الضرر، ولكنه أمر مستبعد على الأرجح، لا سيما وأن المنفعة من الماء تفوق هذه المخاطرة الصغيرة.¹³⁴ وقياسًا على ذلك، فإن الاستخدام المناسب للمسكنات في الرعاية التلطيفية أشبه بحفر بئر داخل منزل وليس في قارة الطريق. ورغم ذلك، فإن الأعمال المنشورة المتاحة لا تُفصل بما فيه الكفاية المداولات والحجج التي استند إليها المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في قراراتهما المتعارضة. لذا، فنحن بحاجة إلى مزيد من البحوث المتعمقة ومتعددة التخصصات في هذا النطاق.

نقل الأخبار السيئة: الصدق أم التعاطف عند فراش الموت؟

وفقًا للتعاليم الإسلامية، هناك قيم بعينها يتحتم على المسلمين بوجه عام التحلي بها، والصدق من أبرزها. أما بالنسبة للتعاطف مع مشاعر المريض، فلا يعدّ مسؤولًا للكذب عليه فيما يخص تشخيصه ومآلات مرضه.

وبالرجوع إلى المصادر التاريخية، تبين لنا قصة مقتل عمر بن الخطاب (توفي في عام 644 ميلادية)، ثاني الخلفاء الراشدين، كيفية تعامل الطبيب مع المعضلات الأخلاقية التي ينطوي عليها إبلاغ أخبار سيئة دون أن ينظر إلى هذا التصرف على أنه مخالف لأخلاق الإسلام، إذ قام الطبيب بفحص الخليفة، ثم قال له: "يا أمير المؤمنين، أوص. فما أظنك إلا ميتًا اليوم أو غدًا". فرد عمر قائلاً: "صدقني، ولو قلت غير ذلك لكذبتك".¹³⁵ وتبين لنا هذه القصة التاريخية أن الطريقة التي أتبعها الطبيب في نقل خبره السيئ لم تزوج عمر بن الخطاب، ولا الناس من حوله، ولا أهله ولا كبار الصحابة.

وتدعم المصنفات التي دُوّنت في التراث الإسلامي عن آداب الطبيب نقل هذه الأخبار للمريض بلطف من القول، مثلما قال طبيب عمر له "أوص". وبالفعل، فإن الاتجاه السائد حاليًا يوصي بنقل هذه الأخبار بأسلوب يتسم بالحساسية والتعاطف مع المريض، بغض النظر عن الألفاظ المستخدمة.¹³⁶ وقد ورد في السنة النبوية في عيادة المريض ما يدل على أن على المرء التلطف في كلامه مع المريض و"تغيبه في الحياة"، فإن في ذلك تنفيس لما هو فيه من كرب وطمأنينة لقلبه.¹³⁷ ويتفق ذلك مع الدستور الإسلامي للمهنة الطبية الذي ينص على أنه:

على الطبيب أن يصارع المريض بعلمته إن طلب المريض ذلك، وعلى أن يختار طريقة التعبير المناسبة فيخاطب كلاً على قدر شخصيته، ويدرس لذلك مريضه دراسة تحل على التعبير المطلوب، وليتلطف، ولا يعجزه إيجاد اللفظ المناسب باستحداث أسماء أو تعبيرات أو أوصاف جديدة إذا استدعى الموقف تحاشي ما قد يروّع المريض من اصطلاحات وألفاظ.¹³⁸

نأتي الآن لتحديد من يحقّ له معرفة هذه الأخبار؟ وقد يرد البعض بأنه المريض بالدرجة الأولى، من جهتها، تنصّ الشريعة الإسلامية على أن جسد الإنسان هو ملك لخالقه، وهو الله، ولكنّ كل فرد مؤتمن على جسده، وانطلاقاً من هذا المفهوم الذي نصت عليه القاعدة الفقهية المشهورة: "لا يحقّ لأحد التصرف في ملك الغير إلا بإذن"، اتفق الفقهاء المسلمون على وجوب موافقة المريض قبل فحص جسده.¹³⁹

وبالتالي، يلزم على الطبيب إدراك أن للمريض الحقّ في معرفة علته وحالته الصحية، مثلما أن له الحق في طلب عدم معرفة ذلك - أو توكيل من ينوب عليه في اتخاذ القرار، ويستدعي ذلك أن يتحلّى الطبيب بدرجة من التواضع الثقافي وأن لا يفسّر أحقية المريض في معرفة علته بأنها تستلزم الإدلاء له بجميع المعلومات المتعلقة بحالته الصحية.

ولا بدّ للطبيب أن يدخل في حوار استطلاعي مع المريض للتوصل إلى فهم واضح لحقوقه وواجبات كلا الطرفين. وطالما كان المريض قادراً على التواصل مع طبيبه المعالج، فرغباته وطلباته هي الأولى في الاعتبار، غير أن هذا لا يعني تجاهل آراء أسرة المريض، بل ينبغي أخذها في الاعتبار دون المساس بحقّ المريض في تنفيذ رغباته. أمّا في حالات عجز المريض عن التواصل مع طبيبه، فنصبح بأن يطلب من أسرته تعيين من ينوب عنه للرجوع إلى رأيه إن تباينت آراء أفراد أسرة المريض.

شكر وتقدير

تم كتابة هذا التقرير بواسطة:

- محمد غالي (محرر) ، مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق (CILE) ، كلية الدراسات الإسلامية ، جامعة حمد بن خليفة ، قطر
 - راندي آر. رايموند ، قسم طب الشيخوخة والطب التلطيفي، كلية وايل كورنيل للطب ، الولايات المتحدة
 - مها العاكوم ، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش) ، قطر
 - عزة حسن، وحدة العناية وتخفيف الألم ، طب الأورام ، مؤسسة حمد الطبية ، قطر
- لم يكن لهذه الدراسة أن ترى النور لولا المساعدة التي تلقتها من أفراد وجهات قدموا إسهامات عظيمة للمحرر والمؤلفين المشاركين.

ونبدأ هنا بمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش"، إذ إن هذا هو المنتدى البحثي الثاني على التوالي الذي تركزه "ويش" لبحث وجهات النظر في مجال الأخلاقيات الإسلامية في الطب الحيوي. ولا يسعنا إلا أن نتقدم بجزيل الشكر والتقدير لمؤسسة "ويش" بأكملها، ولبروفيسور اللورد دارزي، رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لـ "ويش"، لثقتهم ودعمهم المخلص الذي لا ينقطع.

استشرنا، خلال مسيرة العمل في هذا المشروع، قائمة طويلة من الفقهاء والمتخصصين في الدراسات الإسلامية وعلوم الطب الحيوي، وقد أمدونا برؤى مهمة وتعقيبات مشرفة.

ولقد اضطلع عدد من الزملاء في "ويش" بدور بارز في إعداد هذه الدراسة من وراء الكواليس. ومما يؤسف له أننا نعجز عن ذكر جميعهم بالاسم، ولكننا نخص منهم الدكتور وليد قرنفة الذي أبدى دعمًا وحماسًا وشغفًا بعملنا. كما هيأت لي المهنية العالية التي يتمتع بها السيد نيكولاس برادشو ودقته تنفيذ الأنشطة الترويجية لهذا المشروع تنفيذًا لا تشوبه شائبة.

وفي الختام، أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير للسيدة سلطنة أفضل، الرئيس التنفيذي لـ "ويش"، إذ لا يتسم عملها بالمهنية والذكاء فحسب، بل ينطوي أيضًا على الرأفة والعطاء. فأنا ممتن غاية الامتنان لتأييدها ودعمها في التغلب على جميع الصعوبات التي واجهتنا خلال العمل على هذه الدراسة. بل إنها، ورغم جدول أعمالها المزدحم، استطاعت تخصيص بعض من وقتها في قراءة المسودات الأولى لهذه الدراسة، وكان للغتها الإنجليزية المتقنة والرائعة الفضل في تحسين النسخة النهائية من الدراسة تحسینًا كبيرًا وملموسًا.

01. Ghaly M (ed.) Genomics in the Gulf Region and Islamic ethics: The ethical management of incidental findings. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health (WISH), 2016. Available at: www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/Islamic-Ethics-Report-EnglishFINAL.pdf [Accessed 4 September 2018].
02. Lutz S. The history of hospice and palliative care. *Current Problems in Cancer*, 2011; 35: 304-309.
03. Zaman S et al. Common or multiple futures for end of life care around the world? Ideas from the 'waiting room of history'. *Social Science & Medicine*, Jan 2017; 172: 72-79.
04. Clark D. From margins to centre: A review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology*, 2007; 8: 430-38.
05. Zaman S et al. Common or multiple futures for end of life care around the world? Ideas from the 'waiting room of history'. *Social Science & Medicine*, Jan 2017; 172: 72-79.
06. Clark D. From margins to centre: A review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology*, 2007; 8: 430-38.
07. Sepúlveda C et al. Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002; 24: 91-96.
08. Lutz S. The History of Hospice and Palliative Care. *Current Problems in Cancer*, 2011; 35: 304-309.
09. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC (eds). Worldwide Palliative Care Alliance global atlas of palliative care at the end of life. 2014. Available at: www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf [Accessed 4 September 2018].
10. Cassel JB et al. Palliative care leadership centers are key to the diffusion of palliative care innovation. *Health Affairs*, 2018; 37(2). Available at: www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2017.1122 [Accessed 4 September 2018].
11. Christakis N and Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*, 19 Feb 2000; 320(7233): 469-473.
12. Zaman S et al. Common or multiple futures for end of life care around the world? Ideas from the 'waiting room of history'. *Social Science & Medicine*, Jan 2017; 172: 72-79.
13. Pampallona S and Bollini P. Palliative care in developing countries. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 2004; 17:3-4, 171-182.
14. Beauchamp T and Childress J. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 2013.
15. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC (eds). Worldwide Palliative Care Alliance global atlas of palliative care at the end of life. 2014. Available at: www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf [Accessed 4 September 2018].
16. Brennan F. Palliative care as an international human right. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007; 33: 494e499.

17. World Health Assembly. Resolution WHA67.19: Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. 2014. Available at: apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21454ar [Accessed 4 September 2018].
18. Leighton J et al. Ending the agony: Access to morphine as an ethical and human rights imperative. Organisation for the Prevention of Intense Suffering, 2018. Available at: www.preventsuffering.org/wp-content/uploads/2018/03/Guide-to-morphine-access.pdf [Accessed 4 September 2018].
19. Leighton J et al. Ending the agony: Access to morphine as an ethical and human rights imperative. Organisation for the Prevention of Intense Suffering, 2018. Available at: www.preventsuffering.org/wp-content/uploads/2018/03/Guide-to-morphine-access.pdf [Accessed 4 September 2018].
20. Cleary J et al. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Africa: A report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI) research article. *Annals of Oncology*, 2013; 24: xi33-xi40.
21. Cherny NI et al. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: A report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative. *Annals of Oncology*, Mar 2010; 21(3): 615-626.
22. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC (eds). Worldwide Palliative Care Alliance global atlas of palliative care at the end of life. 2014. Available at: www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf [Accessed 4 September 2018].
23. World Health Organization. Palliative care: Key facts. Available at: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care [Accessed 6 September 2018].
24. Teno J et al. Association between Advance Directives and quality of end-of-life care: A National Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2007; 55: 189-194.
25. Wright AA et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 2008; 300(14): 1665-1673.
26. Hancock K et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2007; 21: 507-517.
27. Chochinov HM et al. Prognostic awareness and the terminally ill. *Psychosomatics*, 2000; 41(6): 500-4.
28. Hagerty R et al. Communicating with realism and hope: Incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *Journal of Clinical Oncology*, Feb 2005; 23(6): 1278-88.
29. Hancock K et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: A systematic review. *Palliative Medicine*, 2007; 21: 507-517.
30. Ko D et al. Ethical issues in palliative care. *Primary care: Clinics in office practice*. 2011; 38: 183-193.
31. Hancock K et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: A systematic review. *Palliative Medicine*, 2007; 21: 507-517.

32. Clarfield AM et al. Ethical issues in end-of-life geriatric care: The approach of three monotheistic religions – Judaism, Catholicism, and Islam. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003; 51: 1149–1154.
33. Aronheim JC et al. *Ethics in clinical practice*. Aspen Publishers, 2004.
34. Ganzini L et al. Ten myths about decision-making capacity. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2004; 5: 263–267.
35. Reichlin M. On the ethics of withholding and withdrawing medical treatment. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 2014; 9(1): 39.
36. Reisfield GM et al. Survival in cancer patients undergoing in-hospital cardiopulmonary resuscitation: A meta-analysis. *Resuscitation Journal*, 2006; 71, 152–160.
37. Larkin GL et al. Pre-resuscitation factors associated with mortality in 49,130 cases of in-hospital cardiac arrest: A report from the National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation Journal*, Mar 2010; 81(3): 302–11.
38. Wright AA et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*, 2008; 300(14): 1665–1673.
39. Blinderman CD et al. Time to revise the approach to determining cardiopulmonary resuscitation status. *JAMA*, 2012; 307(9): 917–918.
40. Reichlin M. On the ethics of withholding and withdrawing medical treatment. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 2014; 9(1): 39.
41. Krakauer EL et al. Sedation for intractable distress of a dying patient: Acute palliative care and the principle of double effect. *The Oncologist*, 2000; 5: 53–62.
42. Wheatley VJ. Moral dimensions: Palliative care and the doctrine of double effect. *BMJ*, 2005; 331: 689. Available at: www.bmj.com/rapid-response/2011/10/31/palliative-care-and-doctrine-double-effect [Accessed 4 September 2018].
43. Blinderman CD et al. Time to revise the approach to determining cardiopulmonary resuscitation status. *JAMA*, 2012; 307(9): 917–918.
44. Olsen ML, Swetz KM and Mueller P. Ethical decision making with end-of-life care: Palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatments. *Mayo Clinic Proceedings*, Oct 2010; 85(10): 949–954.
45. Hui D et al. The last days of life: Symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, Dec 2015; 9(4): 346–354.
46. Krakauer EL et al. Sedation for intractable distress of a dying patient: Acute palliative care and the principle of double effect. *The Oncologist*, 2000; 5: 53–62.
47. Aronheim JC et al. *Ethics in clinical practice*. Aspen Publishers, 2004.
48. Pampallona S and Bollini P. Palliative care in developing countries. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 2004; 17(3–4): 171–182.
49. African Palliative Care Association. Available at: www.africanpalliativecare.org [Accessed 4 September 2018].

50. Silbermann M et al. Can we overcome the effect of conflicts in rendering palliative care? An introduction to the Middle Eastern Cancer Consortium (MECC). *Current Oncology Reports*, 2011; 13: 302-307.
51. Bingley A and Clark D. A comparative review of palliative care development in six countries represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). *Journal of Pain and Symptom Management*, 2009; 37: 287-296.
52. Osman H et al. Atlas of palliative care in the Eastern Mediterranean Region. 2017. Available at: dadun.unav.edu/handle/10171/43303 [Accessed 4 September 2018].
53. Ministry of Public Health, State of Qatar. National Cancer Strategy - The path to excellence. 2017.
54. Zeinah GFA et al. Middle East experience in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2013; 30: 94-99.
55. Zeinah GFA et al. Attitudes of medical oncologists in Qatar toward palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2013; 30: 548-551.
56. Ministry of Development Planning and Statistics, State of Qatar. National Development Strategy. Qatar, 2011. Available at: www.mdps.gov.qa/en/nds1/pages/default.aspx [Accessed 4 September 2018].
57. Ministry of Public Health, State of Qatar. National cancer strategy - The path to excellence. Qatar, 2017.
58. Al-Kindi SG et al. Palliative care knowledge and attitudes among oncology nurses in Qatar. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2014; 31: 469-474.
59. Zeinah GFA et al. Attitudes of medical oncologists in Qatar toward palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2013; 30: 548-551.
60. Cleary J et al. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Africa: A report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI). *Annals of Oncology*, 2013; 24: xi33-xi40.
61. Bharani T et al. Palliative care in Qatar, 2008-2016. *Journal of Palliative Care and Medicine*, 2018; 8: 1-8.
62. Wilby KJ and Wilbur K. Cross-national analysis of estimated narcotic utilization for twelve Arabic speaking countries in the Middle East. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 2017; 25, 83-87.
63. Bharani T et al. Palliative Care in Qatar, 2008-2016. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 2018; 8: 1. Available at: www.omicsonline.org/open-access/palliative-care-in-qatar-20082016-2165-7386-1000325.pdf [Accessed 4 September 2018].
64. Al-Kindi SG et al. Palliative care knowledge and attitudes among oncology nurses in Qatar. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2014; 31: 469-474.
65. Abu-Saad Huijer H et al. Palliative care in Lebanon: Knowledge, attitudes and practices of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 2009; 15: 346-353.
66. Saudi Ministry of Health. Overview of cancer incidence 2008. In: Cancer Incidence Report Saudi Arabia 2008, 2001. Saudi Cancer Registry, 2011.

67. Ibrahim E et al. Current and future cancer burden in Saudi Arabia: Meeting the challenge. *Hematology/Oncology and Stem Cell Therapy*, 2008; 1: 210–215.
68. Amoudi AS et al. Perspectives of interns and residents toward do-not-resuscitate policies in Saudi Arabia. *Advances in Medical Education and Practice*, 2016; 7: 165–170. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803261 [Accessed 4 September 2018].
69. Stjernswärd J et al. Jordan Palliative Care Initiative: A WHO Demonstration Project. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007; 33: 628–633.
70. Stjernswärd J et al. Jordan Palliative Care Initiative: A WHO Demonstration Project. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007; 33: 628–633.
71. Stjernswärd J et al. Jordan Palliative Care Initiative: A WHO Demonstration Project. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007; 33: 628–633.
72. Osman H et al. Atlas of palliative care in the Eastern Mediterranean Region. 2017. Available at: dadun.unav.edu/handle/10171/43303 [Accessed 4 September 2018].
73. Osman H et al. Atlas of palliative care in the Eastern Mediterranean Region. 2017. Available at: dadun.unav.edu/handle/10171/43303 [Accessed 4 September 2018].
74. Silbermann M (ed.) Palliative care to the cancer patient: The Middle East as a model for emerging countries. Nova Science Publishers, 2014.
75. Stjernswärd J et al. Jordan Palliative Care Initiative: A WHO demonstration project. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007; 33: 628–633.
76. Al-Masri B and Majd M. Do Not Resuscitate (DNR) order among terminally ill patients with cancer: A position statement. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 2016; 6: 17–23.
77. Osman H et al. Atlas of palliative care in the Eastern Mediterranean Region. 2017. Available at: dadun.unav.edu/handle/10171/43303 [Accessed 4 September 2018].
78. Al Emam D. 90% in need of palliative care in Kingdom do not receive it. *The Jordan Times*. 18 April 2017. Available at: www.jordantimes.com/news/local/90-need-palliative-care-kingdom-do-not-receive-it-%E2%80%98 [Accessed 4 September 2018].
79. Osman H et al. Atlas of palliative care in the Eastern Mediterranean Region. 2017. Available at: dadun.unav.edu/handle/10171/43303 [Accessed 4 September 2018].
80. Daher M et al. Lebanon: Pain relief and palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002; 24: 200–204.
81. Osman H et al. Atlas of palliative care in the Eastern Mediterranean Region. 2017. Available at: dadun.unav.edu/handle/10171/43303 [Accessed 4 September 2018].
82. Ghaly M (ed.) Genomics in the Gulf Region and Islamic ethics: The ethical management of incidental findings. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health (WISH), 2016. Available at: www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/Islamic-Ethics-Report-EnglishFINAL.pdf [Accessed 4 September 2018].
83. Wizārat al-Awqāf wa al-Shu'ūn al-Islāmiyya bi al-Kuwayt. Al-Mawsū'a al-fiqhiyya. Kuwait: Ministry of Endowments and Islamic Affairs, 1983–2006.

84. Quradāghī, 'Alī al- and 'Alī al-Muḥammadī. *Fiqh al-qaḍāyā al-ṭibbiyya al-mu'āshira*. Beirut: Dār al-Bashā'ir al-Islāmiyya, 2006.
85. Qureshi O and Padela AI. When must a patient seek healthcare? Bringing the perspectives of Islamic jurists and clinicians into dialogue. *Zygon: Journal of Religion and Science*, 2016; 51(3): 592-625.
86. Godfrey G and Grossman I (eds). *Preventive and predictive genetics: Towards personalised medicine*. Heidelberg: Springer, 2015.
87. Zuḥaylī, Muḥammad al. *Al-Qawā'id al-fiqhiyya wa taṭbīqātuhā fi al-madhāhib al-arba'a*. Damascus: Dār al-Fikr; 2006.
88. Thompson RP and Upshur RE. *Philosophy of medicine: An introduction*. New York: Routledge, 2018.
89. Marcum J. *An introductory philosophy of medicine: Humanizing modern medicine*. New York: Springer, 2008.
90. Thompson RP and Upshur RE. *Philosophy of medicine: An introduction*. New York: Routledge, 2018.
91. Didier JP and Bigand E. *Rethinking physical and rehabilitation medicine: New technologies induce new learning strategies*. Paris: Springer, 2010.
92. Wizārat al-Awqāf wa al-Shu'ūn al-Islāmiyya bi al-Kuwayt. *Al-Mawsū'a al-fiqhiyya*. Kuwait: Ministry of Endowments and Islamic Affairs, 1983-2006.
93. Quradāghī, 'Alī al- and 'Alī al-Muḥammadī. *Fiqh al-qaḍāyā al-ṭibbiyya al-mu'āshira*. Beirut: Dār al-Bashā'ir al-Islāmiyya; 2006.
94. Qureshi O and Padela AI. When must a patient seek healthcare? Bringing the perspectives of Islamic jurists and clinicians into dialogue. *Zygon: Journal of Religion and Science*, 2016; 51(3): 592-625.
95. Bār, Muḥammad al. *Al-Tadāwī qurb nihāyat al-ḥayāh wa al-in'āsh al-qalbī al-ri'awī*. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10-13 May 2015.
96. Al-Bar Mohammed and Hassan Chamsi-Pasha. *Contemporary bioethics Islamic perspective*. London: Springer, 2015.
97. Bār, Muḥammad al. *Al-Tadāwī qurb nihāyat al-ḥayāh wa al-in'āsh al-qalbī al-ri'awī*. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10-13 May 2015.
98. Khādīmī, Nūr al-Dīn al. (Qatl al-raḥma) wa īqāf al-'ilāj 'an al-mariḍ al-may'ūs min bur'ih: ḥukmuh wa mudrakātuh. *Īqāf al-'ilāj 'an al-mariḍ al-may'ūs min bur'ih*. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10-13 May 2015.
99. Bār, Muḥammad al. *Al-Tadāwī qurb nihāyat al-ḥayāh wa al-in'āsh al-qalbī al-ri'awī*. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10-13 May 2015.
100. Jabbūri, 'Abd Allāh al. *Īqāf al-'ilāj 'an al-mariḍ al-may'ūs min bur'ih*. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10-13 May 2015.
101. Jāb Allāh, Aḥmad. *Īqāf al-'ilāj 'an al-mariḍ al-may'ūs min bur'ih*. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10-13 May 2015.

- 102.** Bār, Muḥammad al. Al-Tadāwī qurb nihāyat al-ḥayāh wa al-in'āsh al-qalbī al-ri'awī. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 103.** International Organization for Islamic Medicine (IOIM). Islamic code of medical ethics. Kuwait: International Organization for Islamic Medicine, 1981.
- 104.** Bār, Muḥammad al. Al-Tadāwī qurb nihāyat al-ḥayāh wa al-in'āsh al-qalbī al-ri'awī. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 105.** Jāb Allāh, Aḥmad. Ṭqāf al-'ilāj 'an al-marīḍ al-may'ūs min bur'ih. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 106.** Jibrīn, 'Abd Allāh al. Ṭqāf al-'ilāj 'an al-marīḍ al-may'ūs min shifā'ih. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 107.** Khādīmī, Nūr al-Dīn al. (Qatl al-raḥma) wa ṭqāf al-'ilāj 'an al-marīḍ al-may'ūs min bur'ih: ḥukmuh wa mudrakātuh. Ṭqāf al-'ilāj 'an al-marīḍ al-may'ūs min bur'ih. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 108.** Bār, Muḥammad al. Al-Tadāwī qurb nihāyat al-ḥayāh wa al-in'āsh al-qalbī al-ri'awī. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 109.** Jāb Allāh, Aḥmad. Ṭqāf al-'ilāj 'an al-marīḍ al-may'ūs min bur'ih. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 110.** Jabbūrī, 'Abd Allāh al. Ṭqāf al-'ilāj 'an al-marīḍ al-may'ūs min bur'ih. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 111.** Jibrīn, 'Abd Allāh al. Ṭqāf al-'ilāj 'an al-marīḍ al-may'ūs min shifā'ih. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 112.** Khādīmī, Nūr al-Dīn al. (Qatl al-raḥma) wa ṭqāf al-'ilāj 'an al-marīḍ al-may'ūs min bur'ih: ḥukmuh wa mudrakātuh. Ṭqāf al-'ilāj 'an al-marīḍ al-may'ūs min bur'ih. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 113.** Bār, Muḥammad al. Al-Tadāwī qurb nihāyat al-ḥayāh wa al-in'āsh al-qalbī al-ri'awī. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 114.** Bār, Muḥammad al. Al-Tadāwī qurb nihāyat al-ḥayāh wa al-in'āsh al-qalbī al-ri'awī. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10–13 May 2015.
- 115.** Ayed, Tareq al- and Nabil Rahmo. Do not resuscitate orders in a Saudi pediatric intensive care unit. *Saudi Medical Journal*, 2014; 35(6): 561–565.
- 116.** Bharani T et al. Palliative care in Qatar, 2008–2016. *Journal of Palliative Care and Medicine*, 2018; 8: 1–8.
- 117.** The Islamic Fiqh Academy (IFA) resolution, May 2015. Available at almoslim.net/node/233659 [Accessed 4 September 2018].
- 118.** Kassim P and Adeniyi O. Withdrawing and withholding medical treatment: a comparative study between the Malaysian, English and Islamic Law. *Medicine and Law*, 2010; 29: 443–461.
- 119.** Al-Bar M and Chamsi-Pasha H. Contemporary bioethics Islamic perspective. London: Springer, 2015.

120. Kassim P and Adeniyi O. Withdrawing and withholding medical treatment: a comparative study between the Malaysian, English and Islamic Law. *Medicine and Law*, 2010; 29: 443-461.
121. Kāsānī, 'Alā' al-Dīn al. Badā'i' al-ṣanā'i' fi tartīb al-Sharā'i'. Beirut: Dār al-Kutub al-'Ilmiyya; 1986.
122. Ramlī, Shams al-Dīn al. Nihāyāt al-muḥtāj ilā sharḥ al-minhāj. Beirut: Dār al-Fikr; 1984.
123. Dasūqī, Ibn 'Arafa al. Ḥāshiyat al-Dasūqī 'alā al-sharḥ al-kabīr. Beirut: Dār al-Fikr; (n.d.).
124. Ramlī, Shams al-Dīn al. Nihāyāt al-muḥtāj ilā sharḥ al-minhāj. Beirut: Dār al-Fikr; 1984, 3/19.
125. Ramlī, Shams al-Dīn al. Nihāyāt al-muḥtāj ilā sharḥ al-minhāj. Beirut: Dār al-Fikr; 1984.
126. Wizārat al-Awqāf wa al-Shu'ūn al-Islāmiyya bi al-Kuwayt. Al-Mawsū'a al-fiqhiyya. Kuwait: Ministry of Endowments and Islamic Affairs; 1983-2006.
127. Ibn al-Qayyim. Al-Ṭibb al-nabawī. Beirut: Dār al-Hilāl. (n.d.).
128. Dhahabī, Shams al-Dīn al. Tārīkh al-Islām. Beirut: Dār al-Kitāb al-'Arabī; 1993.
129. Shinqīṭī, Muḥammad al. Aḥkām al-jirāḥa al-ṭibbiyya wa al-āthār al-mutarttība 'alayhā. Jeddah: Maktabat al-Ṣaḥāba; 1994.
130. Watson M et al. Oxford handbook of palliative care. Second edition. Oxford: Oxford University Press, 2009.
131. Jāb Allāh, Aḥmad. Īqāf al-'ilāj 'an al-marīḍ al-may'ūs min bur'ih. A paper submitted to the 22nd session of the Islamic Fiqh Academy (IFA) held on 10-13 May 2015.
132. Ghaly M. Euthanasia. Encyclopedia of Islam. Third Edition. Netherlands: Brill, 2015.
133. Gendy, Ahmad Rajai El. The international Islamic code for medical and health ethics. Kuwait: Islamic Organization for Medical Sciences, 2005.
134. Kāsānī, 'Alā' al-Dīn al. Badā'i' al-ṣanā'i' fi tartīb al-Sharā'i'. Beirut: Dār al-Kutub al-'Ilmiyya; 1986.
135. International Islamic Fiqh Academy (IIFA). Majallat Majma' al-Fiqh al-Islāmī. Issue no. 8. Jeddah: International Islamic Fiqh Academy, 1993.
136. 'Asqalānī, Ibn Ḥajar al. Faṭḥ al-Bārī: sharḥ ṣaḥīḥ al-Bukhārī. Beirut: Dār al-Ma'rifa, 1960.
137. International Organization for Islamic Medicine (IOIM). Islamic code of medical ethics. Kuwait: International Organization for Islamic Medicine, 1981.
138. Ghaly M (ed.) Genomics in the Gulf Region and Islamic ethics: The ethical management of incidental findings. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health (WISH), 2016. Available at: www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/Islamic-Ethics-Report-EnglishFINAL.pdf [Accessed 4 September 2018].

شركاء "ويش"



يتقدم مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" بالشكر والعرفان لوزارة الصحة العامة في دولة قطر على ما تقدمه من دعم لأنشطته



THE AGA KHAN UNIVERSITY



المستشفى الأهلي
AL-AHLI HOSPITAL



Ballarat Health Services
Putting your health first®

THE
BEHAVIOURAL
INSIGHTS TEAM



Burnet Institute
Medical Research. Practical Action.



CDDEP CENTER FOR
Disease Dynamics,
Economics & Policy
WASHINGTON DC • NEW DELHI

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke
Québec

CHATHAM
HOUSE
The Royal Institute of
International Affairs

Deloitte Centre for
Health Solutions



جامعة
حمد بن خليفة
HAMAD BIN KHALIFA
UNIVERSITY
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation



مؤسسة حمد الطبية
Hamad Medical Corporation
Hamad
HEALTH - EDUCATION - RESEARCH
صحة - تعليم - بحوث



醫院管理局
HOSPITAL
AUTHORITY

Imperial College
London

Institute of
Global Health Innovation

NHS
Imperial College Healthcare
NHS Trust



Implemental
improving mental
health and wellbeing
around the world



mind
for better mental health

Moorfields Eye Hospital NHS
NHS Foundation Trust

NHS
National Institute for
Health Research





www.wish.org.qa

www.wish.org.qa