الباب الأول

نموذج الأركان الأربعة: الإطار المنهجي المعتمد لتحليل المعضلات الطبية وصناعة القرار المهني الموزون

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «نموذج الأركان الأربعة: الإطار المنهجي المعتمد لتحليل المعضلات الطبية وصناعة القرار المهني الموزون». موقع فقه وأخلاقيات مهنة الطب، 1448هـ/2026م.

حقوق النشر والترخيص

© 1448هـ/2026م د. محمد سعيد حسن الغامدي. جميع الحقوق محفوظة للمؤلف. هذا الملف متاح مجانًا للقراءة والتنزيل والمشاركة برخصة المشاع الإبداعي: نَسب المصنف، غير تجاري، منع الاشتقاق 4.0 الدولية (CC BY-NC-ND 4.0). نرحّب بتداوله ونشره كما هو مع ذكر مصدره، ونرجو ألّا يُباع وألّا يُغيَّر نصّه.

للتواصل

dmshgg@gmail.com

الفصل الرابع

نموذج الأركان الأربعة: الإطار المنهجي المعتمد لتحليل المعضلات الطبية وصناعة القرار المهني الموزون

التصور الحاكم • النسب المنهجي • البوابات الخمس • المرتكزات الستة عشر • دمج الأركان والقرار المهني الموزون • تعارض الركن الفقهي والركن النظامي • حالة مرجعية محللة • قوة النموذج وحدوده

محتويات الفصل

- خلاصة الفصل
- أولًا: التصور الحاكم — أركان أربعة ومرجعية واحدة
- ثانيًا: لماذا نحتاج إلى نموذج مركب؟
- ثالثًا: البنية — ستة عشر مرتكزًا في أربعة أركان
- رابعًا: الأركان الأربعة — وظيفة كل ركن ومرتكزاته
- خامسًا: كيف تُدمج الأركان دون خلط؟
- سادسًا: المسار العملي من الإحالة إلى القرار
- سابعًا: حالة مرجعية محللة
- ثامنًا: قوة النموذج وحدوده
- النتائج
- الخاتمة
- أسئلة المراجعة والنقاش
- المراجع

بطاقة الفصل — الباب الأول: الأسس والمفاهيم والمنهج • الجمهور المقصود: الممارسون الصحيون، وطلاب العلوم الصحية، وأعضاء لجان الأخلاقيات، والباحثون في الفقه الطبي والنظام الصحي • الفصل الأم لـ: نموذج الأركان الأربعة، والبوابات الخمس بترتيبها (الاستقرار الإسعافي والأمن، ثم القدرة على القرار، ثم صاحب الصفة، ثم السؤال المطلوب تقريره)، والمرتكزات الستة عشر، والقرار المهني الموزون بعناصره الثلاثة، والشرط المغيِّر للحكم، ومسار تعارض الركن الفقهي مع الركن النظامي • يحيل إلى: الفصول 5، 7، 9، 10، 13، 27، 41 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

يعرض هذا الفصل النموذج المعتمد في الكتاب كله: أربعة أركان هي الطبي، فالأخلاقي، فالفقهي، فالنظامي، يتفرع كل ركن منها إلى أربعة مرتكزات، فتتكون ستة عشر سؤالًا تحليليًا. وهذه الأسئلة تحوّل المعضلة المركبة إلى قرار مهني موزون قابل للتنفيذ والتوثيق والمراجعة. ولا تعمل الأركان أصواتًا تتساوى وتصوّت؛ فالحقيقة الطبية ليست رأيًا، والنص النافذ ليس تفضيلًا، والحكم الفقهي لا ينزل قبل تصوير الواقعة، والسماح النظامي لا يثبت وحده أن الفعل هو الأصلح.

ويسبق تحليلَ الأركان خمسُ بوابات بترتيب ثابت: الاستقرار الإسعافي والأمن أولًا، ثم أهلية المريض لهذا القرار، ثم صاحب الصفة، ثم صياغة السؤال المطلوب تقريره. ويُختم التحليل بقرار مهني موزون من ثلاثة عناصر: الحكم، وسببه، والشرط المغيِّر للحكم.

ويبين الفصل نسب النموذج المنهجي إلى «المربعات الأربعة» في الأخلاقيات السريرية وما يخالفها فيه، ويضع مسارًا صريحًا لتعارض الركن الفقهي مع الركن النظامي: الأصل التزام النص النافذ في المنشأة، ويجوز الاستنكاف الضميري في حدود الأنظمة بلا تخلٍّ عن المريض، ويُصعَّد التعارض العام إلى لجنة الأخلاقيات والجهة المختصة. ثم يطبق النموذج كاملًا على حالة مرجعية: مسن في هذيان بعد كسر في عنق الفخذ، يختلف أبناؤه في الإذن بجراحة عاجلة غير إسعافية. ويختم بحدود النموذج، ومنها أنه لم يُختبر بعد بقياس اتفاق المحللين حين يطبقه أكثر من محلل مستقل على الواقعة نفسها.

كلمات مفتاحية: نموذج الأركان الأربعة؛ البوابات الخمس؛ المرتكزات الستة عشر؛ القرار المهني الموزون؛ الشرط المغيِّر للحكم؛ تصوير الواقعة؛ تحقيق المناط؛ القدرة على القرار؛ صاحب الصفة؛ الإذن الطبي؛ الاستنكاف الضميري؛ نظام مزاولة المهن الصحية.

أولًا: التصور الحاكم — أركان أربعة ومرجعية واحدة

لم تعد معضلات الطب المعاصر مجرد أسئلة عن حكم فعل طبي بعينه، وإنما صارت قضايا مركبة يُنظر إليها من أربعة أركان متكاملة. **فالركن الطبي** يحدد حقيقة الحالة وخياراتها ومنافعها ومخاطرها ومآلاتها. وهو جانب لا يستقل الفقيه بتحديده؛ لأن الحكم على الشيء فرع عن تصوره، والتصور الطبي الدقيق يحتاج إلى أهل الاختصاص.

والركن الأخلاقي يتناول القيم التي تضبط الممارسة والعلاقة العلاجية، كالعدل والإحسان والرحمة والصدق وحفظ السر وصيانة الكرامة. ولا ينبغي اختزاله في الحكم الفقهي؛ فالأخلاق أوسع من بيان الحلال والحرام، وقد يكون الفعل جائزًا فقهًا ثم تكون إحدى طرق ممارسته أرجح أخلاقيًا من غيرها.

والركن الفقهي يحدد الحكم الشرعي في ضوء النصوص والقواعد والمقاصد والمآلات، بشرط بنائه على تصور طبي صحيح. فهو عنصر مركزي في أخلاقيات الطب الإسلامية، لكنه ليس بالضرورة مستوعبًا لجميع أبعادها.

والركن النظامي يحدد ما يلزم نظامًا في الواقعة، ومن يملك الصفة في القرار، وما يجب توثيقه، وأين تقع الحماية للمريض والممارس والمنشأة.

CC BY-NC-ND 4.0

فالأركان الأربعة مستويات مختلفة للنظر في الواقعة الواحدة: الطب يجيب: ما حقيقة الواقع وما الخيارات؟ والأخلاق تبحث: ما القيم المتزاحمة وما التصرف الأجدر؟ والفقه يجيب: ما الحكم الشرعي؟ والنظام يحدد: ما الإطار الملزم ومن يملك القرار؟

والقول بأن الشريعة هي المرجعية المعيارية لا يستلزم أن يكون الفقه الأداة الوحيدة لفهم المعضلة وتحليلها. كما أن الاستفادة من المعرفة الطبية والأدبيات الأخلاقية والأنظمة لا تعني جعلها مرجعيات مستقلة في مواجهة الشريعة. بل يُبنى نموذج أوسع وأكثر تكاملًا: **تُستمد المرجعية المعيارية من الشريعة، ويُستعان بالفقه والمقاصد والأخلاق الإسلامية في التقويم، وبالطب في تحديد الواقع والمآلات، وبعلم الأخلاقيات في تحليل القيم والاختيارات، وبالنظام في تحديد الإطار والحقوق والالتزامات.**

فالمطلوب ليس استبدال الأخلاقيات الطبية بالفقه، ولا استيراد النماذج الغربية كما هي، وإنما بناء **أخلاقيات طبية إسلامية معاصرة** على هذا النسق. ونزن كل مبدأ وممارسة بميزان الشريعة: فنقبل ما وافق أصولها ومقاصدها، ونرد ما خالف نصًّا أو أصلًا معتبرًا، ونبحث فيما سكتت عنه النصوص بحثًا اجتهاديًا يراعي المصالح والمفاسد والمآلات. وحضور الفقيه في اللجنة لا يعني إقصاء الطبيب أو المتخصص في الأخلاقيات أو في النظام، وإنما **تكامل التخصصات مع اختلاف وظائفها ومرجعياتها**. وهذا التصور اجتهادٌ من المؤلف في بناء النموذج، تُعرض أدلته وحدوده في مباحث هذا الفصل.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: نموذج الأركان الأربعة في رحلة القرار: البوابات الخمس، فالأركان الأربعة بمرتكزاتها الستة عشر، فطبقات النتائج، فالقرار المهني الموزون بعناصره الثلاثة، ثم التوثيق والمراجعة.

ثانيًا: لماذا نحتاج إلى نموذج مركب؟

2-1 المعضلة والمسألة الصعبة

المسألة الطبية الصعبة قد تنتهي إلى جواب واحد حين تكتمل الفحوص أو يحضر المختص. أما المعضلة فتظهر حين تتزاحم قيم أو حقوق معتبرة، أو توجد بدائل يمكن الدفاع عنها، أو يحيط بالقرار عدم يقين مهم. وقد يكون ظاهر الخلاف أخلاقيًا بينما أصله معلومة طبية ناقصة، أو سوء تواصل، أو غموض في صاحب الصفة، أو خلط بين الفتوى والنظام. لذلك يسبق التحليلَ فرزٌ سريع تؤديه البوابات الخمس: فإن كان الخلل معلومةً ناقصة أو سوء تواصل أو غموض صفة عولج أولًا، وإن بقي تعارض معتبر بعدها بدأ التحليل المتكامل.

CC BY-NC-ND 4.0

ويمنع النموذج أربعة اختزالات شائعة: **الاختزال الطبي**، وهو اعتبار كل ما يمكن فعله تقنيًا واجبًا فعله؛ **والاختزال الأخلاقي**، وهو جعل الاستقلالية أو عدم الإضرار جوابًا منفردًا لكل حالة؛ **والاختزال الفقهي**، وهو استدعاء قاعدة كلية قبل تحرير الواقعة والاحتمال والمآل؛ **والاختزال النظامي**، وهو مساواة الامتثال الأدنى بالقرار الأفضل للمريض.

2-2 النسب المنهجي: ما أخذه النموذج من «المربعات الأربعة» وما خالفها فيه

لا يبدأ هذا النموذج من فراغ. فهو يستفيد صراحةً من نموذج «المربعات الأربعة» (Four Topics) الذي وضعه جونسن وسيغلر ووينزليد في كتابهم «الأخلاقيات السريرية» (Clinical Ethics) [1]. ويرتب ذلك النموذج جمع وقائع الحالة في أربع خانات: الدواعي الطبية، وتفضيلات المريض، وجودة الحياة، والسمات السياقية [1]. ويستفيد كذلك من المبادئ الأربعة في الأخلاقيات الحيوية: احترام الاستقلالية، والإحسان، وعدم الإضرار، والعدالة [2].

وأخذ النموذج من «المربعات الأربعة» ثلاثة أمور: البدء بالوقائع السريرية قبل الحكم، وتنظيم جمع المعلومات في خانات ثابتة لا تسقط منها زاوية، وجعل التحليل أداة لإظهار موضع الخلاف لا لإخفائه.

ويختلف عنه في أربعة أمور:

1. **الفقه والنظام ركنان صريحان.** يُدرج نموذج جونسن وزميليه الدين والقانون ضمن «السمات السياقية» [1]. أما هنا فلكل منهما ركن مستقل بمرتكزاته الأربعة؛ لأن الحكم الشرعي والنص النافذ في السياق السعودي ليسا خلفية للقرار، بل ضابطان له.
2. **المرجعية المعيارية واحدة.** لا يقف النموذج عند تعدد المبادئ وتوازنها، بل يجعل الشريعة مرجعًا حاكمًا، ويزن المبادئ بميزانها كما سبق في المبحث الأول.
3. **تفضيلات المريض وجودة الحياة داخل الركن الأخلاقي.** يقابلهما هنا مرتكزا «صوت المريض والقدرة» و«الكرامة وجودة الحياة»، ويُضاف إليهما «الإحسان وعدم الإضرار» و«العدالة وعدم التمييز».
4. **البوابات والقرار.** يضيف النموذج بوابات خمسًا تسبق التحليل، ويميز طبقات النتائج (حقائق، والتزامات، ومساحة ترجيح)، ويختم بقرار مهني موزون من ثلاثة عناصر، أبرزها الشرط المغيِّر للحكم.

فالنموذج إذن تركيب وظيفي: يستفيد من المبادئ الأخلاقية [2] ومن منهج «المربعات الأربعة» [1]، ومن أصول النظر الفقهي، ومن الأنظمة النافذة. وقيمته الحقيقية ليست في ملء الخانات، بل في إظهار موضع الخلاف: فإذا اتفقت الأركان قوي القرار، وإذا اختلفت عرف الفريق ما يحتاج: معلومة، أو حوارًا، أو اجتهادًا فقهيًا، أو تفسيرًا نظاميًا.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: الاختزالات الأربعة التي يقع فيها من ينظر بركن واحد، وكيف يُظهر النموذج موضع الخلاف.

2-3 البوابات الخمس: ما يسبق تحليل الأركان

خمسة أسئلة لا يجوز تأخيرها، يُجاب عنها قبل فتح تحليل الأركان؛ لأن جواب الواحد منها قد يُغني عن التحليل كله أو يغيّر شكله. وترتيبها ثابت في الكتاب كله: الاستقرار الإسعافي والأمن أولًا، ويُنظر فيهما معًا أو متتاليين، ثم الأهلية، ثم صاحب الصفة، ثم السؤال.

البوابة الأولى — الاستقرار الإسعافي. هل توجد ضرورة إسعافية تتطلب منع خطر فوري على الحياة أو العضو؟ فإن وُجدت قُدِّم التدخل المنقذ المتناسب على استكمال النظر، ولا يُنتظر بالمريض حتى يتم التحليل.

البوابة الثانية — الأمن. هل يوجد خطر مباشر على المريض أو غيره، كإيذاء النفس، أو العنف، أو العدوى المنتقلة، أو قاصر في خطر، يستوجب إجراءً حاميًا الآن ومسارًا نظاميًا للتبليغ؟

البوابة الثالثة — القدرة على القرار. هل يملك المريض القدرة على اتخاذ هذا القرار المحدد الآن؟ وتقوم القدرة على أربع: فهم المعلومة، وتقدير انطباقها على حاله، والموازنة بين الخيارات، والتعبير عن اختيار [3]. وهل يمكن دعمها بترجمة أو تبسيط أو اختيار وقت أفضل أو ضبط ألم أو مراجعة دواء مشوّش؟ فالقدرة تُقوَّم لقرار بعينه في وقت بعينه، ولا تُنفى لمجرد مخالفة المريض رأيَ الفريق.

البوابة الرابعة — صاحب الصفة. من المريض على التحقيق، ومن صاحب الصفة في المشاركة أو النيابة عنه، وما مستند هذه الصفة؟ فكثير من الخلاف مردُّه غموضُ من يملك القرار، لا اختلافٌ في القيم.

البوابة الخامسة — السؤال المطلوب تقريره. ما الفعل المراد تقريره بعينه وما حدوده الزمنية؟ فالمطلوب جواب عن: هل نبدأ أو نستمر أو نوقف ماذا، ولمن، ومتى؟ لا عن: ماذا نفعل مع هذه الحالة؟ ويُسأل معه: هل يلزم القرار فورًا، أم يسمح الوقت برأي آخر أو بمعلومة قد تغيّر بنية المشكلة؟

ويجوز في الطوارئ اختصار التحليل لا إلغاؤه: يقدَّم التدخل الضروري المتناسب، ثم يُستكمل التبصير والتوثيق فور زوال العذر. فإذا استُوفيت البوابات الخمس وبقي التعارض معتبرًا، بدأ تحليل الأركان الأربعة.

CC BY-NC-ND 4.0

ثالثًا: البنية — ستة عشر مرتكزًا في أربعة أركان

هذه هي الصيغة الثابتة للمرتكزات الستة عشر، وبألفاظها يُحال إليها في فصول الكتاب كلها.

جدول المرتكزات الستة عشر

الركن	المرتكز 1	المرتكز 2	المرتكز 3	المرتكز 4
الركن الطبي	التشخيص ودرجة اليقين	هدف التدخل واستطبابه	المنافع والأضرار والمآلات	البدائل والرفض
الركن الأخلاقي	صوت المريض والقدرة	الإحسان وعدم الإضرار	العدالة وعدم التمييز	الكرامة وجودة الحياة
الركن الفقهي	تصوير الواقعة وتكييفها	النصوص والقرارات والاجتهاد	المقاصد والقواعد والمآلات	درجة الحكم والخلاف وتحقيق المناط
الركن النظامي	النظام واللائحة والسياسة	الصلاحية ومعيار العناية	الرضا والتوثيق	السرية والبيانات والمراجعة

ولكل ركن سؤال حاكم:

- **الركن الطبي:** ما الحقيقة الطبية، وما الذي يمكن فعله واقعًا؟
- **الركن الأخلاقي:** ما القيم المتزاحمة في الواقعة، وما التصرف الأجدر؟
- **الركن الفقهي:** ما الحكم الراجح، وأي البدائل أقرب إلى مقاصد الشريعة؟
- **الركن النظامي:** ما الذي يلزم نظامًا، ومن يملك الصفة في القرار، وما الذي يجب توثيقه، وأين تقع الحماية؟

القواعد الحاكمة للنموذج. أربعة مبادئ تحكم النموذج كلَّه وتفسّر ترتيب أركانه. أولها **هيمنة الحقائق**: لا يُبنى حكم ولا موازنة على تصوير طبي غير محرَّر، والحقيقة الطبية لا يُصوَّت عليها. وثانيها **الاستبصار القيمي**: أن تُسمّى القيم المتزاحمة صراحةً بدل أن تعمل خفيةً في القرار، فيُعرف أيُّها قُدِّم وبأي مسوّغ. وثالثها **التراتبية المقاصدية**: أن يكون الترجيح بمراتب المقاصد وضوابط القواعد، لا بانطباع الأغلبية داخل الفريق. ورابعها **المسؤولية الجماعية**: أن يُتخذ القرار بتشاور من يملك كلٌّ واحد منهم جزءًا من الجواب، ثم يُوثَّق باسم من قرّر وصفته؛ فالمسؤولية لا تذوب في اللجنة ولا تُحمَّل فردًا وحده.

والمصفوفة ثابتة البناء مرنة التفصيل: قد تكون السرية محور حالة عدوى ولا يظهر لها أثر في اختيار جرعة. ويُكتب عند غياب الأثر: «لا يظهر أثر حاسم في هذه الواقعة»، بدل اختراع تحليل لا يغير القرار.

CC BY-NC-ND 4.0

رابعًا: الأركان الأربعة — وظيفة كل ركن ومرتكزاته

4-1 الركن الطبي

يحرر ما هو واقع وما هو احتمال وما هو مجهول؛ فلا يقرر وحده ما يجب فعله، لكنه يحدد الخيارات التي تستحق الموازنة. يُكتب التشخيص ودرجة اليقين وما قد يغيّره. ويفرَّق بين اسم الإجراء وهدفه: شفاء، أو إطالة بقاء، أو تخفيف عرض؛ فعبارة «نفعل كل شيء» لا تحدد ما يعد نجاحًا.

ويفرَّق بين **عدم الفائدة الفسيولوجية** (لا يحقق التدخل هدفه أصلًا)، و**ضعف الجدوى** (أثر محدود قد يفوقه العبء)، و**حكم جودة الحياة** (وهو قيمي لا ينفرد به الفريق من خارج منظور المريض). وتقدَّر المنفعة والضرر احتمالًا ومقدارًا ومدة وقابلية عكس، ويشمل الضررُ ضررَ عدم التدخل. وعند عدم اليقين تُعتمد تجربة علاجية محددة بزمن، بهدف ومؤشرات متفق عليها سلفًا.

وتُعرض البدائل الواقعية، ومنها الرعاية التلطيفية. وإذا رفض المريض حُدد ما رفضه بدقة وما زال يقبله؛ فرفض الإنعاش لا يعني ترك التمريض والتلطيف.

وتؤكد الأدلة أهمية هذا الركن: فقد وُجد اختلاف في تقدير الإنذار بعشرين نقطة مئوية أو أكثر بين الطبيب وممثل المريض في أكثر من نصف المقارنات [4]. فقول «شرحنا للأسرة» لا يثبت تحقق الفهم. وحسّنت أدوات دعم القرار معرفة المرضى ومشاركتهم في القرار [5].

4-2 الركن الأخلاقي

يسأل: ما الحقوق والقيم التي ينبغي احترامها؟ ومن يتحمل منفعة القرار وعبأه؟ وهل يمكن الدفاع عن الخطة أمام المريض والفريق والمجتمع؟

فالاستقلالية تمكينُ المريض القادر من المعرفة والاختيار بلا إكراه. وهي استقلال علائقي لا عزلة: قد يختار المريض إشراك أسرته، لكن الدعم لا يستبدل صوته. وإذا فقد القدرة قُدِّم توجيهه السابق المعتبر، ثم قرار نيابي يقارب ما كان سيختاره، ثم مصلحته الفضلى. والولي مؤتمن على المصلحة، لا مالك للجسد.

والإحسان وعدم الإضرار يمنعان التخلي: إذا رُفض علاج أو لم يعد الإنعاش مستطبَبًا بقيت الرعاية الأخرى. والعدالة ليست مساواة شكلية؛ فالإنصاف قد يتطلب مترجمًا أو وقتًا إضافيًا. ويُختبر الاتساق بسؤال: هل نطبق المعيار نفسه على مريض أقل نفوذًا؟

والكرامة بقاء المريض شخصًا لا رقم سرير. وجودة الحياة تُقوَّم من منظوره، ولا تُستعمل الإعاقة أو العمر دليلًا تلقائيًا على أن الحياة لا تستحق العلاج. وقد قارنت مراجعة نطاقية حديثة إعمال المبادئ الأربعة في الأدبيات الإسلامية والغربية [6].

4-3 الركن الفقهي

يحدد الوصف الفقهي للفعل ودليله ودرجة حكمه وشروط تنزيله، ولا يبدأ بقاعدة محفوظة بل بالتصوير الطبي الصحيح. ويسير في خمس خطوات: التصوير، فالتكييف (أهو تداوٍ أم إذن أم ولاية أم سر أم ضرورة أم تزاحم؟)، فالاستدلال، فتحقيق المناط والمآل، فالتنزيل بحكم مشروط يبين نطاقه ومن ينفذه ومتى يراجع.

CC BY-NC-ND 4.0

وعموده قرارات الاجتهاد الجماعي بأرقامها، وتُبسط نصوصها في فصولها الأم:

- قـرار مجمـع الفقـه الإسـلامي الـدولي رقم 67 (5/7) بشـأن العلاج الطـبي: الأصـل في التداوي المشروعية، وحكمـه يتغـير بالحـال. ويُشـترط إذن المـريض تـام الأهليـة، ويُحصـر تصـرف الـولي فيمـا فيـه منفعـة المـولَّى عليـه، ويجـوز لـولي الأمـر الإلـزام بالتـداوي في الأمراض المعدية والتحصينات، ولا يتوقف العلاج على الإذن في الإسعاف الذي تتعرض فيه الحياة للخطر [7] (انظر الفصل 5، المبحث ثالثًا).
- القرار 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية: الأصل حظر الإفشاء، ويُستثنى ما يـدفع ضررًا أشد أو يحقق مصلحة راجحة؛ فلا يتحول الاستثناء إلى إذن عام [8] (انظر الفصل 7، المبحث ثالثًا).
- القرار 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب: فصّل صور الضمان، ومنها الجهـل، والعمـل بلا ترخيص أو بلا إذن، والتغرير، والخطـأ الـذي لا يقـع فيـه أمثالـه، والإهمـال، وإفشـاء السـر، والامتنـاع عن الـواجب الإسـعافي؛ فلا ترفـع النيـةُ الحسـنة المسـؤوليةَ وحـدها [9] (انظـر الفصل 10، المبحث ثالثًا).
- القــرار 184 (10/19) بشــأن الإذن في العمليــات الطبيــة المســتعجلة: عــرّف الحالــة المستعجلة، وقيّد تجاوز رفض الولي فيها بضمانات إجرائية [10] (انظر الفصل 5، المبحث ثالثًا).

وتوجه النظرَ المقاصدُ الخمس بمراتبها والقواعد الكبرى بضـوابطها. **والقاعدة توجـه السـؤال ولا تقوم مقام البرهـان**، والتـداوي تتعـاقب عليـه الأحكـام بحسـب الحـال (انظـر الفصـل 2، المبحثين رابعًا وخامسًا). وإذا وُجد خلاف معتبر ذُكر وسببه وأثـره، ولا تُصـنع قطعيـة زائفـة بعبـارة «الحكم الشرعي» في مسألة اجتهادية. وإذا احتاجت الواقعة فتوى خاصـة رُفعت كاملـة إلى جهـة موثوقة، مع إظهار عدم اليقين الطبي.

4-4 الركن النظامي

يحدد ما يلزم نظامًا في الواقعة، ومن يملـك الصـفة في القـرار، ومـا الإجـراء الـواجب، ومـا يجب توثيقه، وأين تقع الحماية للمـريض والممـارس. ويمـيز بين النظـام واللائحـة والسياسـة والمدونـة؛ فليست في مرتبة واحدة، ولا يوسّع الأدنى استثناءً ضيّقه الأعلى.

- **المادة التاسـعة** من نظـام مزاولـة المهن الصـحية تـوجب أن يسـتهدف العمـل الطـبي مصلحة المريض، وألا يجاوز الممارس اختصاصـه وإمكاناتـه في غـير الضـرورة [11]. ومن مقتضى ذلك ألا يُجرى عمل طبي لا يحقق فائدة للمـريض ولـو لم يضـره؛ فلا تجعـل رغبـةُ المريض تدخلًا غير مستطب واجبَ التنفيذ.
- **المادة التاسعة عشرة** تجعل الرضا أصلًا، من المريض أو ممن يمثله أو من وليـه إذا لم يُعتد بإرادته، وتستثني الطـوارئ عنـد تعـذر الموافقـة في الـوقت المناسـب، لا عنـد مجـرد استعجال الطبيب [11]. ويفصّـل الـدليل السـعودي للإذن الطـبي تـرتيب الولايـة وشـروط الإذن وتوثيقه [12] (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا).
- **المادة الحادية والعشرون** تحفظ سر المـريض بضـوابطه [11]. ويضـبط نظـامُ حمايـة البيانات الشخصية البياناتِ الصحية بوصفها حساسة: يحـدَّد السـند والغـرض والقـدر الأدنى والمتلقي، ولا يُرسل الملف كاملًا بمصلحة عامـة مجـردة [13] (انظـر الفصـل 7، المبحث رابعًا).

CC BY-NC-ND 4.0

وتتقدم أنظمة خاصة بحسب الحالة. ففي **الدخول الإلزامي** للمريض النفسي وعلاجه بغير رضاه يحكم نظام الرعاية الصحية النفسية بشروطه وإجراءاته، لا القواعد العامة للإذن [14] (انظر الفصل 27، المبحث رابعًا). وفي قرارات القاصر المعرّض للخطر يحكم نظام حماية الطفل [15].

ومنها السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش الصادرة عن المجلس الصحي السعودي، وبيانات إصدارها في فصلها الأم. وتثبت السياسة ضمن مراجعها الفقهية فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 وقرار هيئة كبار العلماء رقم 190 [16] (انظر الفصل 41، المبحث رابعًا). فعبارة «هناك فتوى» لا تكفي لتحديد نطاق القرار.

ويُقاس عمل الممارس ببذل عناية يقظة لا بضمان النتيجة. وإذا وقع ضرر رُجع في التعويض إلى أحكام المسؤولية في نظام مزاولة المهن الصحية، وإلى القواعد العامة للفعل الضار في نظام المعاملات المدنية [11، 17] (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا). ويشمل الركنُ مسارَ المراجعة والتظلم، وتسنده وثيقة أخلاقيات الممارس الصحي والقسم الرسمي للممارس الصحي [18، 19].

خامسًا: كيف تُدمج الأركان دون خلط؟

5-1 الطبقات الثلاث للنتائج

تقسم النتائج ثلاث طبقات: **حقائق وحدود مهنية** لا يصوَّت عليها؛ **والتزامات ضابطة** من نص نافذ أو حق أساسي أو شرط شرعي لا يجوز تجاهله؛ **ومساحة ترجيح** فيها بدائل مشروعة تحتاج موازنة قيم ومآلات. فلا يتجاوز الفريق نصًّا نافذًا بمبدأ عام، ولا يستعمل النظام لإسكات سؤال أخلاقي داخل المساحة التي يتركها مفتوحة.

جدول نتائج الموازنة والتصرف المناسب لكل منها

النتيجة	معناها	التصرف المناسب
اتفاق الأركان	البديل ممكن ومبرر ومشروع	اعتماد الخطة مع التوثيق والمراجعة
نقص معلومة	الخلاف قد يزول بفحص أو ترجمة أو رأي آخر	استكمال المعلومة قبل الترجيح إن سمح الوقت
خلاف قيمي	الوقائع واضحة ومعنى المصلحة مختلف	حوار منظم ودعم قرار المريض أو ممثله
خلاف فقهي	أكثر من تكييف أو قول معتبر	عرض الخلاف وطلب فتوى موثوقة عند الحاجة
غموض نظامي	الصفة أو النص غير واضح	استشارة الجهة المختصة وإجراء مؤقت آمن
تعارض فقهي نظامي	نص نافذ يبيح ما يمنعه الترجيح الفقهي أو العكس	المسار المبين في المطلب 4-5
منع قاطع	البديل غير مستطب أو	استبعاده وشرح السبب مع

CC BY-NC-ND 4.0

النتيجة	معناها	التصرف المناسب
	محظور أو خارج الصلاحية	استمرار الرعاية

5-2 القرار المهني الموزون وعناصره الثلاثة

القرار المهني الموزون هو الاسم الذي يُختم به تحليل كل حالة في فصول هذا الكتاب. وليس جمعَ درجات ولا تصويتًا بين الأركان، بل اختيار البديل الذي تجتمع فيه خمسة أوصاف: أن يبقى داخل الممكن طبيًا وداخل نطاق الاختصاص؛ وأن يحترم النصوص النافذة والحقوق الأساسية؛ وأن يحقق مقصدًا ومصلحة أرجح بأقل ضرر ممكن؛ وأن يراعي صوت المريض وسياقه؛ وأن يمكن تنفيذه وتوثيقه ومراجعته. وعند تقارب البدائل يفضَّل الأكثر قابلية للعكس، والأقل تقييدًا، والأحفظ لخيارات المستقبل.

ويُكتب القرار في الملف بثلاثة عناصر، تجمعها جملة واحدة: «نفعل كذا، لأن كذا، ويُعاد النظر إذا كذا»:

1. **الحكم:** ما الذي سيُفعل بعينه، ونطاقه وزمنه، وما يستمر معه من رعاية.
2. **سببه:** لماذا رُجّح على غيره، بخلاصة حواصل الأركان. فإن طُرح بديل جادّ، كطلب الأسرة أو اقتراح في الفريق، ذُكر في السبب لماذا استُبعد.
3. **الشرط المغيِّر للحكم:** ما الواقعة التي إذا تغيرت تغيّر القرار؟

وأما من أذن، ومن ينفّذ، ومتى يُراجَع القرار ومن يراجعه، فليست من عناصر الحكم، بل من بيانات التوثيق؛ تُكتب في الملف مع القرار بأسماء أصحابها وصفاتهم (انظر الملحق الثالث، خامسًا: التوثيق). وبهذا يبقى القرار قصيرًا يسهل على الطبيب كتابته، ولا يفقد متانته؛ لأن متانته في سببه وشرطه.

5-3 الشرط المغيِّر للحكم

أكثر أحكام هذا الباب مشروطة لا مطلقة؛ فالحكم يدور مع مناطه، ومناطُه واقعةٌ قابلة للتغير: درجةُ يقين التشخيص، أو احتمالُ نفع التدخل، أو قدرةُ المريض، أو توافرُ بديل، أو صفةُ من يملك القرار. ولذلك يُطلب في كل قرار مهني موزون أن يُسمّى الشرط الذي إذا تغيّر تغيّر الحكم، وأن تُكتب معه العلامة التي تعيد فتح الملف.

فمن كتب قرارًا بتحديد سقف العلاج ولم يكتب الشرط الذي بُني عليه، ترك بابًا لنقل قراره إلى حالة أخرى بغير مناطها. ومن كتب الشرط جعل قراره قابلًا للمراجعة عند تغيّر الحال، بلا اتهام لمن قرّر أولًا. وهذا هو معنى تحقيق المناط في التطبيق العملي: إثباتُ انطباق شروط الحكم على هذه الواقعة بعينها، وبقاءُ الحكم موقوفًا على بقائها.

5-4 إذا تعارض الركن الفقهي والركن النظامي

قد يبيح نص نافذ ما يمنعه الترجيح الفقهي الذي يأخذ به الممارس، أو يمنع نصٌّ ما يراه الترجيح الفقهي جائزًا. والأنظمة الصحية السعودية تصدر في إطار الشريعة، فالتعارض الحقيقي نادر، وأكثر ما يظهر منه يزول بثلاثة أسئلة قبل أي موقف:

1. **ما نطاق النص ومرتبته؟** أهو نظام، أم لائحة، أم سياسة منشأة؟ وهل يشمل الواقعة فعلًا، أم نُقل إليها من غير مناطها؟

CC BY-NC-ND 4.0

2. **مـا نـوع الحكم النظـامي؟** الإباحـة النظاميـة لا تُلـزم ممارسًـا بعينـه بالفعـل، والمنـع النظامي لمباح فقهًا تقييدٌ للمباح بالمصلحة، لا تحريمٌ لحلال.
3. **مـا مرتبـة الـترجيح الفقهي؟** أهـو محـل إجمـاع أو نص قـاطع، أم قـول في مسـألة اجتهادية اختار ولي الأمر فيها قولًا آخـر؟ فالقاعـدة الفقهيـة أن حكم الحـاكم في المسـائل الاجتهادية يرفع الخلاف في التطبيق العام.

فإن بقي التعارض بعد ذلك فالمسار أربع خطوات:

- **الأصل التزام النص النافذ في المنشـأة.** لا يسـتبدل الممـارس ترجيحـه الشخصـي بالنص في القرار المؤسسي، ولا يحجب عن المريض خيارًا يكفله له النظام.
- **الاستنكاف الضميري** جائز في حدود ما تسمح به الأنظمة وسياسة المنشـأة: أن يكـون الاعتراض جادًا ومعلنًا مسبقًا متى أمكن، وألا يكون في حالة إسعافية أو عند انعدام البديل، وأن يُبلَّغ المريض باحترام، ويُنقل إلى ممارس مؤهـل آخـر في وقت مناسـب. فالامتنـاع لا يعني التخلي عن المريض (انظر الفصل 9، المبحث ثانيًا).
- **التصعيد المؤسسي** إذا كـان التعـارض عامًـا لا فرديًـا، أو إذا طُلب من الممـارس فعـلٌ يعتقد تحريمه ولا يسعه الامتناع عنه: يُرفع إلى لجنـة الأخلاقيـات السـريرية (انظـر الفصـل 13)، ثم إلى الجهة المختصة لطلب التفسير النظامي أو الفتوى من جهتها المعتمدة.
- **التوثيق:** يُكتب نوع التعارض، والنص النظامي بمرتبته، والقول الفقهي بدرجتـه، والمسـار المتخذ، ومن تولى رعاية المريض في أثناء ذلك.

ولا يُحسـم التعـارض بمخالفـة فرديـة صـامتة للنص، ولا بامتثـال صـامت يكتم سـؤالًا فقهيًـا جـادًا؛ فكلاهما يُخفي موضع الخلاف الذي وُضع النموذج لإظهاره.



شكل: مسار التعارض بين الركنين الفقهي والنظامي: الأسئلة الثلاثة، والأصل، وحدود الاستنكاف، والتصعيد، والتوثيق.

CC BY-NC-ND 4.0

سادسًا: المسار العملي من الإحالة إلى القرار

6-1 الخطوات الاثنتا عشرة

1. ثبّت الاستقرار الإسعافي والأمن في حدود الضرورة (البوابتان الأولى والثانية).
2. قيّم قدرة المريض على هذا القرار الآن، وادعمها ما أمكن (البوابة الثالثة).
3. حدد صاحب الصفة ومستنده، وأصحاب المصلحة الآخرين (البوابة الرابعة).
4. صُغ السؤال في جملة: هل نبدأ أو نستمر أو نوقف ماذا، ولمن، ومتى؟ (البوابة الخامسة).
5. اجمع الوقائع: التشخيص، والإنذار، والبدائل، والوقت المتاح.
6. استخرج صوت المريض: رغباته وقيمه وتوجيهاته السابقة.
7. حلل الأركان الأربعة بمرتكزاتها، واكتب نتيجة كل ركن ومصدرها ودرجة يقينها.
8. ولّد البدائل، ولا تحصر الحالة في خيارين إذا وُجد حل مرحلي أو أقل تقييدًا.
9. اكشف موضع التعارض: حقيقة، أم قيمة، أم حكم، أم إجراء؟
10. اعقد التشاور المناسب: فريق، أو رأي تخصصي، أو مستشار فقهي أو أخلاقي أو نظامي.
11. اكتب القرار المهني الموزون بعناصره الثلاثة: الحكم، وسببه، والشرط المغيِّر للحكم؛ ووثّق معه من أذن، ومن ينفّذ، وموعد المراجعة.
12. نفّذ، وتواصل بلغة واضحة مع المريض والأسرة والفريق، وراجع في الموعد أو عند تحقق الشرط المغيِّر.

6-2 قائمة التحقق السريعة

- هل ثبّتنا الاستقرار الإسعافي والأمن قبل كل شيء؟
- هل قيّمنا أهلية المريض لهذا القرار ودعمناها وأثبتنا صوته؟
- هل حددنا صاحب الصفة ومستنده ومسار الاعتراض؟
- هل صغنا سؤالًا محددًا وفصلنا المؤكد عن المحتمل؟
- هل حددنا هدف التدخل والبدائل ومآلات القبول والرفض؟
- هل اختبرنا المنفعة والضرر والعدالة والكرامة؟
- هل صورنا الواقعة فقهيًا قبل القاعدة، وذكرنا درجة الحكم والخلاف؟
- هل تحققنا من رقم النص النظامي وتاريخه ومرتبته ونطاقه؟
- هل كتبنا الشرط المغيِّر للحكم وسبب استبعاد البدائل؟
- هل يستمر ما يلزم من رعاية حتى عند رفض علاج أو تحديد سقفه؟
- هل عيّنا مسؤول التنفيذ وموعد المراجعة؟

سابعًا: حالة مرجعية محللة

تعرض هذه الحالة النموذج كاملًا بالبنية الثابتة التي تلتزمها حالات الكتاب كلها. وقد اختيرت متوسطة التعقيد: لا إسعاف يسقط الإذن، ولا مريض قادر يحسم بإرادته، بل فاقد أهلية مؤقتًا وأولياء مختلفون ووقت محدود.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة المرجعية: جراحة عاجلة لمسن في هذيان وأبناؤه مختلفون

الوقائع. رجل في الثامنة والسبعين، أرمل، أبواه متوفيان ولا جدّ له حيّ، وله ثلاثة أبناء بالغون، يسكن مع ابنه الأصغر ويمشي بعصا، ويؤدي شؤونه بنفسه. سقط في منزله، فأُدخل مستشفى عامًا بكسر في عنق الفخذ الأيمن. وفي ليلته الأولى أصابه هذيان مع التهاب بولي وجفاف: يعرف أبناءه ويكرر «أبغى أمشي»، لكنه لا يفهم ما يُشرح له ولا يربطه بحاله ولا يوازن بين الخيارات. أوصى جراح العظام بتثبيت جراحي في يوم الدخول أو اليوم التالي (أي في نحو 36 ساعة، ولا تتجاوز 48 ساعة من الدخول). الابن الأكبر يطلب الجراحة، والأوسط يرفضها خوفًا من التخدير («أبي يكره المستشفيات، وعمّي مات بعد عملية») ويطلب علاجًا تحفظيًا، والأصغر متردد. ولا توجيه مسبقًا مكتوبًا. ويضغط الوقتُ لأن نافذة الجراحة الموصى بها يوم الدخول أو اليوم التالي، والهذيان قد يحتاج أيامًا ليزول.

البوابات.

1. **الاستقرار الإسعافي:** العلامات الحيوية مستقرة بعد السوائل، ولا خطر فوري على الحياة يستدعي تدخلًا دون انتظار. فالحالة عاجلة لا إسعافية، ولا ينطبق استثناء الطوارئ في المادة التاسعة عشرة [11].
2. **الأمن:** لا خطر على الغير. وخطر الهذيان على المريض نفسه (السقوط، ونزع القثطرة) يُعالج أولًا بوسائل غير مقيدة: مرافق، وإضاءة، وإعادة توجيه متكررة. ولا يُلجأ إلى التقييد الجسدي إلا عند الضرورة وبقدرها، مع التوثيق.
3. **القدرة على القرار:** المريض فاقد القدرة على هذا القرار الآن؛ فهو لا يفهم المعلومة، ولا يقدّر انطباقها على حاله، ولا يوازن بين الخيارات [3]. وفقدها مؤقت على الأرجح؛ لأن سببه قابل للعلاج. فيُعاد تقييمها في كل مناوبة، وتُدعم بالنظارة والسماعة والتوجيه الزمني وضبط الألم.
4. **صاحب الصفة:** يرتب الدليل السعودي للإذن الطبي الولاية: الأب، فالجد من الأب، فالأم، ثم الأقرب من العصبات بالنفس [12]. ولأن أبوي المريض متوفيان ولا جدّ له، فأبناؤه الثلاثة البالغون أقرب العصبات، وهم أصحاب الصفة في هذه الواقعة وفق ترتيب الولاية في الدليل السعودي للإذن الطبي [12] (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). واختلافهم لا يسقط صفتهم، ولا يُحسم بالعدد. ولا محل هنا للجنة الإذن التي نص عليها الدليل؛ لأنها لغياب الولي أو تعذر الوصول إليه، لا لاختلاف الأولياء الحاضرين [12].
5. **السؤال المطلوب تقريره:** هل نُجري تثبيتًا جراحيًا لكسر عنق الفخذ في يوم الدخول أو اليوم التالي (وبما لا يتجاوز 48 ساعة من الدخول)، بعد تصحيح الجفاف وعلاج الالتهاب، بإذن من يملك الصفة؟ أم نؤجل حتى تعود قدرته؟ أم نكتفي بالعلاج التحفظي؟ والوقت يسمح بساعات للتحضير والحوار، لا بأيام مفتوحة.

الركن الطبي.

- *التشخيص ودرجة اليقين:* الكسر ثابت بالتصوير، ويقينه عالٍ. والهذيان تشخيص سريري، سببه المرجح الالتهاب والجفاف والألم. ويبقى عدم اليقين في مدة زواله.
- *هدف التدخل واستطبابه:* الهدف ضبط الألم واستعادة الحركة ومنع مضاعفات الرقاد، لا مجرد إصلاح العظم. والاستطباب قائم؛ إذ توصي الإرشادات بإجراء الجراحة يوم الدخول أو اليوم التالي، وبتصحيح الأمراض المصاحبة القابلة للتصحيح فورًا حتى لا تؤخرها [20].

CC BY-NC-ND 4.0

- *المنافع والأضرار والمآلات:* خطر التخدير والجراحة في هذه السن حقيقي، ويُقدَّر فرديًا بتقييم ما قبل التخدير. وترك الجراحة ضرر أيضًا: ألم مستمر، ورقاد طويل بمضاعفاته من تقرحات والتهاب رئوي وجلطات، وفقدٌ مرجح للمشي المستقل. وقد يُسهم الألم والرقاد في إطالة الهذيان نفسه.
- *البدائل والرفض:* أربعة بدائل: جراحة داخل النافذة بعد التحضير؛ أو تأجيل مفتوح حتى تعود القدرة؛ أو علاج تحفظي بالمسكنات والتسكين الموضعي؛ أو تأجيل محدود بسقف زمني داخل النافذة. والعلاج التحفظي مشروع طبيًا لمن لا يحتمل الجراحة أو في نهاية الحياة، وليس هذا حال المريض.

الركن الأخلاقي.

- *صوت المريض والقدرة:* لا قدرة الآن، لكن صوته حاضر: رغبته المتكررة في المشي، ونمط حياته المستقل. وعبارة «يكره المستشفيات» ميل عام، لا توجيه مسبق برفض هذه الجراحة. فيُعمل بما كان سيختاره لو كان قادرًا، ثم بمصلحته الفضلى. ويُسأل هو نفسه كلما صفا ذهنه، ويُعتبر اعتراضه الصريح المتكرر إن ظهر.
- *الإحسان وعدم الإضرار:* يلتقيان هنا على جراحة محضَّرة جيدًا. فخوف الابن الأوسط من ضرر التخدير حقيقي، لكن ضرر الترك أكبر وأدوم. ويُحترم خوفه بالمعلومة، لا بالتسفيه.
- *العدالة وعدم التمييز:* لا يظهر أثر حاسم في توزيع الموارد في هذه الواقعة. ويبقى اختبار الاتساق: هل كنا سنتردد لو كان المريض في الخمسين؟ فالعمر وحده ليس سببًا للإحجام ولا للاندفاع.
- *الكرامة وجودة الحياة:* جودة الحياة تُقوَّم من منظوره، ومحورها الاستقلال والمشي وقضاء حاجاته بنفسه. والكرامة تقتضي إشراكه بقدر ما يستطيع، وتجنب التقييد الجسدي ما أمكن.

الركن الفقهي.

- *تصوير الواقعة وتكييفها:* تداوٍ من إصابة يفضي تركها غالبًا إلى العجز، ومسألة إذن عن فاقد أهلية مؤقتًا، وتنازع بين أولياء في درجة واحدة. وليست ضرورة إسعافية يسقط فيها الإذن.
- *النصوص والقرارات والاجتهاد:* قرر القرار 67 (5/7) أن التداوي يجب إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو أحد الأعضاء أو العجز، وأن إذن عديم الأهلية أو ناقصها يُعتبر فيه إذن الولي حسب ترتيب الولاية مقيدًا بمصلحة المولَّى عليه. وقرر أنه لا عبرة برفض الولي إذا كان واضح الضرر بالمولَّى عليه، وأن الحق ينتقل حينئذ إلى غيره من الأولياء ثم إلى ولي الأمر [7]. وتنزيله على بالغ فقد قدرته مؤقتًا بعارض الهذيان إلحاقٌ بناقص الأهلية في مدة العارض، لا تطبيق حرفي. ويوافقه نص الدليل السعودي في تقديم رأي من كان في مصلحة المريض عند تضارب الأقارب [12]. أما القرار 184 (10/19) فموضوعه الحالات المستعجلة التي لا تحتمل التأخير وتجاوز رفض الولي فيها [10]؛ فلا يلزم مساره هنا، ويُستأنس بضماناته من تعدد الأطباء والتوثيق (انظر الفصل 5، المبحث ثالثًا).
- *المقاصد والقواعد والمآلات:* حفظ النفس في مرتبة الضروري، ويدخل فيه حفظ الأعضاء ومنافعها. ومن القواعد: «التصرف على الرعية منوط بالمصلحة»، و«الضرر يُزال»، و«يُختار أهون الشرين». ومآل التأجيل المفتوح أن يقع الضرر الذي يريد الرافض تجنبه، وبصورة أشد.

CC BY-NC-ND 4.0

- *درجة الحكم والخلاف وتحقيق المناط:* الحكم اجتهادي مشروط. فالتداوي هنا راجح الوجوب متى ثبت أن تركه يفضي إلى العجز، ويتحقق المناط بتقرير طبي عن النفع والخطر في حق هذا المريض. ورفض الابن الأوسط لا يُعتبر إذا ثبت وضوح ضرره بتقرير الطبيبين بعد تقييم ما قبل التخدير، فيصح إذن أخيه الذي في درجته لأن رأيه هو الموافق للمصلحة، لا لأنه الأكبر، ولا حاجة إلى الرفع إلى ولي الأمر ما دام في الأولياء آذنٌ بالمصلحة. فإن لم يكن الضرر واضحًا، كأن يكشف تقييم التخدير خطرًا مرتفعًا، صارت المسألة مساحة ترجيح تستدعي التشاور.

الركن النظامي.

- *النظام واللائحة والسياسة:* المادة التاسعة عشرة لا تجيز العمل الطبي إلا برضا المريض، أو برضا من يمثله أو وليه إذا لم يُعتد بإرادته. واستثناء الطوارئ فيها مشروط بالحاجة الفورية وتعذر الموافقة في الوقت المناسب، والأولياء هنا حاضرون [11]. ويرتب الدليل السعودي للإذن الطبي الولاية، ويجعل لجنة الإذن لحال الغياب [12]. وينص في ترتيب الأولياء على حكم التضارب:

> «في حالة تضارب آراء الأقارب بين موافق ومعارض فيقدم من كان رأيه في مصلحة المريض حسب تقرير الأطباء» (الدليل السعودي للإذن الطبي، ص 14، «ثانيًا: ترتيب الأولياء») [12].

وينص الموضع نفسه على أنه لا يُعتبر بتصرف الولي في عدم الإذن إذا كان الضرر واضحًا بالمولى عليه، وأن الحق ينتقل إلى غيره من الأولياء ثم إلى ولي الأمر [12]. فالسند النظامي المباشر للترجيح هو هذا النص، والقرار 67 (5/7) سنده الفقهي. وتُتبع سياسة المنشأة في إجراءات حل النزاع.

- *الصلاحية ومعيار العناية:* الجراح وطبيب التخدير كلٌّ في اختصاصه وإمكاناته [11]. ومعيار العناية: تحضير وفق الإرشادات، وتقييم قدرة موثق، وطلب استشارة أخلاقية عاجلة إذا استمر الخلاف (انظر الفصل 13).
- *الرضا والتوثيق:* الإذن المكتوب لازم للجراحة والتخدير [12]. ويوقّعه الولي الآذن بعد إثبات صفته. ويُوثَّق: تقييم القدرة وسبب فقدها، ومحاولات دعمها، وإرادة المريض المعروفة، وموقف كل ابن وسببه، ورأي الفريق، وسبب عدم اعتبار الرفض.
- *السرية والبيانات والمراجعة:* إطلاع الأبناء بصفتهم أصحاب صفة على ما يلزم القرار مشروع، ولا يُنقل من التفاصيل إلا قدر الحاجة [11، 13]. ويُبيَّن للابن المعترض مسار الاعتراض المعتمد في المنشأة.

القرار المهني الموزون. يُحضَّر المريض فورًا بالسوائل والمضاد الحيوي والتسكين الموضعي ووسائل الوقاية من الهذيان، ويُعاد تقييم قدرته كل مناوبة وقبل التخدير مباشرة، ويكتب جراح العظام وطبيب التخدير، بعد تقييم ما قبل التخدير، تقريرًا بالنفع والخطر، ويُعقد اجتماع أسري موثق. فإن أثبت التقرير أن ترك الجراحة أشد ضررًا، أُجري التثبيت في يوم الدخول أو اليوم التالي (وبما لا يتجاوز 48 ساعة من الدخول) بإذن الابن الأكبر، بصفته أحد الأولياء المتساوين في الدرجة، لأن رأيه هو الموافق لمصلحة المريض بحسب التقرير الطبي الموثق [12]، لا لكونه الأكبر. ولا يشمل الإذن إلا التثبيت وما يلزمه من تخدير ونقل دم، ولا يمتد إلى غيره كعدم الإنعاش إلا بقرار مستقل، ولا تقييد جسديًا إلا للضرورة، ويُخبَر المريض بما جرى فور استعادته قدرته؛ لأن

CC BY-NC-ND 4.0

الجراحة أرجح البدائل نفعًا وأقلها ضررًا، وتوافق إرادة الأب المعروفة في المشي والاستقلال، أما رفض الابن الأوسط فيستند إلى خوف عام لا إلى إرادة أبيه، وضرره ثابت بتقرير مكتوب، وهو مناط عدم اعتبار الرفض في الدليل والقرار 67 (5/7) [7، 12]. ويُعاد النظر إذا عادت قدرة المريض قبل الجراحة، فيكون القرار قراره ولو رفض، أو ظهر توجيه مسبق معتبر أو شهادات متسقة برفضه هذه الجراحة بعينها، أو كشف تقييم التخدير خطرًا مرتفعًا يقلب الموازنة، أو اعترض المريض صراحةً وتكرارًا في صفاء ذهنه.

الدرس. فقد الأهلية المؤقت لا ينقل القرار إلى أعلى الأبناء صوتًا ولا يعطّل العلاج الراجح، بل يردّه إلى إرادة المريض المعروفة ومصلحته عبر صاحب الصفة، في نافذة زمنية محددة وبشرط مغيِّر مكتوب.

وهذه قرارات حالات الفصل مجموعةً في جدول واحد: ما نفعل، ولماذا، ومتى يُعاد النظر.

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
مسن في هذيان بكسر عنق الفخذ، لا توجيه مسبق له، وأبناؤه الثلاثة مختلفون في الجراحة	نحضّره فورًا، ونعيد تقييم قدرته كل مناوبة، ويكتب الجراح وطبيب التخدير تقريرًا بالنفع والخطر، ونعقد اجتماعًا أسريًا موثقًا	فقد الأهلية مؤقت والنافذة محدودة، والقرار لإرادته المعروفة ومصلحته عبر صاحب الصفة، لا بالعدد	عادت قدرة المريض قبل الجراحة، فيكون القرار قراره ولو رفض
فإن أثبت التقرير أن ترك الجراحة أشد ضررًا	التثبيت في يوم الدخول أو اليوم التالي، وبما لا يتجاوز 48 ساعة، بإذن الابن الأكبر، مقصورًا على التثبيت وما يلزمه	رأيه هو الموافق لمصلحة المريض بالتقرير الموثق لا لكونه الأكبر، ورفض الأوسط خوف عام ضرره ثابت	ظهر توجيه مسبق معتبر برفض هذه الجراحة، أو كشف تقييم التخدير خطرًا مرتفعًا، أو اعترض المريض صراحةً وتكرارًا في صفاء ذهنه

ثامنًا: قوة النموذج وحدوده

8-1 مواضع القوة

قوة هذا النموذج في أربعة أمور. أولها أنه يمنع الاختزال، فلا يُقبل جوابٌ طبي محض عن سؤال مركّب، ولا حكمٌ فقهي على تصوير ناقص، ولا امتثالٌ نظامي أدنى في موضع يحتمل ما هو أصلح للمريض. وثانيها أنه يُظهر موضع الخلاف بدل أن يخفيه، فيميّز الخلاف في الوقائع من الخلاف في القيم من الخلاف في الحكم من الخلاف في الصفة، ولكل واحد منها علاجه. وثالثها أنه يجعل القرار قابلًا للتوثيق والمراجعة والمساءلة؛ إذ يُكتب لكل ركن مصدرُه ودرجةُ يقينه. ورابعها أنه يصنع لغة مشتركة بين الطبيب والمختص بالأخلاقيات والفقيه والمختص النظامي، فيتحاورون في واقعة واحدة بمستويات نظر متمايزة لا متنافسة.

CC BY-NC-ND 4.0

8-2 الحدود

وحدوده يجب أن تُعلن بمثل وضوح قوته. فهو لا يُنتج جوابًا واحدًا في كل نازلة، وليس ذلك عيبًا فيه؛ فالمعضلة إنما صارت معضلة لأن بدائلها تحتمل الدفاع. وهو لا يُغني عن الفتوى الخاصة في المسألة المشكلة، ولا عن الجهة صاحبة الصلاحية في المسألة النظامية؛ وإنما يهيّئ لهما الملف مكتملًا محرَّر السؤال. وجودة مخرجاته من جودة مدخلاته: فتصويرٌ طبي مضطرب، أو صوتُ مريضٍ لم يُستخرج، يُنتج تحليلًا منظَّم الشكل فاسد الأساس. وهو لا يقيس القيم بمقياس كمي ولا يرتّب المبادئ ترتيبًا آليًا؛ ويبقى الترجيح اجتهادًا منضبطًا يتحمل صاحبه مسؤوليته.

ومن الأمانة أن يُقال: إن هذا النموذج لم يُختبر بعد اختبارًا تجريبيًا. فلم يُقس اتفاق المحللين حين يطبقه اثنان أو أكثر مستقلين على الواقعة نفسها، ولا أثره في جودة القرارات أو في رضا المرضى والأسر والفرق. ويُقترح لذلك بحث مستقبلي يعرض حالات موحدة على محللين من تخصصات مختلفة، ويقيس اتفاقهم في ثلاثة مستويات: تحديد البوابة الحاسمة، وتعيين المرتكزات المؤثرة، والقرار المهني الموزون نفسه، بمعاملات الاتفاق المعروفة في البحث. فإن ظهر تباين كبير في موضع بعينه، دلّ على مرتكز يحتاج تعريفًا أدق أو أمثلة أوضح.

8-3 أين يقع الخطأ عادةً في تطبيقه؟

في أربعة مواضع. الأول: أن تُملأ خانات المصفوفة بعبارات عامة، فيصير التحليل إجراءً شكليًا يُثقل الملف ولا يغيّر القرار؛ والصواب أن يُكتب عند غياب الأثر: «لا يظهر أثر حاسم في هذه الواقعة». والثاني: أن تُعامل الأركان أصواتًا متساوية يُجمع بينها بالتصويت، وليست كذلك؛ فمنها ما يقرر واقعًا، ومنها ما يقرر إلزامًا، ومنها ما يترك مساحة للترجيح. والثالث: أن يُبدأ بالركن الفقهي أو النظامي قبل تحرير الواقعة الطبية، فيُنزَّل حكمٌ على غير مناطه. والرابع، وهو أخطرها: أن يُستعمل النموذج أداةَ تبرير لقرار اتُّخذ سلفًا، فتُنتقى الحقائق لتوافقه؛ إذ يمنح القرارَ الرديء صورةَ الانضباط.

النتائج

1. المعضلة الطبية تُنظر من أربعة أركان متكاملة، هي الطبي فالأخلاقي فالفقهي فالنظامي، بمرجعية معيارية واحدة هي الشريعة، ولا تُعامل الأركان أصواتًا متساوية.
2. البوابات الخمس تسبق التحليل بترتيب ثابت: الاستقرار الإسعافي والأمن، ثم القدرة على القرار، ثم صاحب الصفة، ثم السؤال المطلوب تقريره؛ وكثير من الخلاف يزول عندها قبل الأركان.
3. المرتكزات الستة عشر صيغة ثابتة يُحال إليها في الكتاب كله، ويُكتب عند غياب أثر أحدها «لا يظهر أثر حاسم» بدل الحشو.
4. يستفيد النموذج من «المربعات الأربعة» عند جونسن وزميليه، ويخالفها بجعل الفقه والنظام ركنين صريحين، وبالبوابات، وبالقرار المهني الموزون.
5. القرار المهني الموزون ثلاثة عناصر: الحكم، وسببه، والشرط المغيِّر للحكم. ولا يسقط منها الشرط المغيِّر للحكم؛ لأنه موضع تحقيق المناط وضمان المراجعة.

CC BY-NC-ND 4.0

6. عند تعارض الركن الفقهي مع الركن النظامي فالأصل التزام النص النافذ في المنشأة، مع استنكاف ضميري فردي في حدود الأنظمة بلا تخلٍّ عن المريض، وتصعيد مؤسسي عند التعارض العام.
7. الحالة المرجعية تبين أن فقد الأهلية المؤقت مع اختلاف الأولياء يُحسم بإرادة المريض المعروفة ومصلحته عبر صاحب الصفة، لا بالعدد ولا باستثناء الطوارئ.
8. لم يُختبر النموذج بعد بقياس اتفاق المحللين، وهذا من أولويات البحث المستقبلي.

الخاتمة

نموذج الأركان الأربعة ليس وصفة تنتج جوابًا واحدًا، بل انضباط في طريقة السؤال. فهو يبدأ بالواقع الطبي حتى لا يُبنى الحكم على وهم، ويستنطق القيم حتى لا يصبح المريض موضوعًا للتقنية. ويؤصل الفعل فقهيًا حتى لا تُستعمل المقاصد والقواعد خارج شروطها، ويضبطه نظاميًا حتى يُعرف من يملك القرار وكيف يُنفذ ويوثق. وأهم ما يقدمه الشفافية: فهو لا يعد بإزالة كل خسارة أو خلاف، لكنه يمنع إخفاءهما. والقرار المهني الموزون ليس ما خلا من الألم، بل ما أمكن بيان حقائقه وقيمه وأدلته وصلاحياته، والدفاع عنه أمام المريض والضمير والشرع والنظام. وتطبيقاته التفصيلية في فصول هذا الكتاب كلها؛ فكل فصل معضلات إنما هو هذا النموذج منزلًا على بابه.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين المسألة الطبية الصعبة والمعضلة؟ ولماذا يسبق التحليلَ فرزٌ بالبوابات الخمس؟
2. لماذا يأتي الاستقرار الإسعافي والأمن قبل القدرة على القرار وصاحب الصفة؟ اذكر مثالًا تغني فيه البوابة الثانية عن تحليل الأركان كله.
3. قارن بين نموذج «المربعات الأربعة» ونموذج الأركان الأربعة: ما الذي أخذه الثاني من الأول، وما الذي خالفه فيه، ولماذا؟
4. ما الشرط المغيِّر للحكم؟ ولماذا يُعدّ صورة عملية لتحقيق المناط؟ ضع شرطًا مغيِّرًا لقرار بتحديد سقف العلاج في مريض بالعناية المركزة.
5. طبيب يرى أن إجراءً تبيحه الأنظمة وتقدمه منشأته محرّم في ترجيحه الفقهي. صف المسار الصحيح لموقفه، وحدود امتناعه، وما يجب عليه تجاه المريض.
6. في الحالة المرجعية: لو عادت قدرة المريض صباح يوم الجراحة ورفضها بعد فهم كامل، فأي عناصر القرار المهني الموزون تتغير؟ وما الذي يبقى من واجبات الفريق؟
7. تطبيق قصير: امرأة في الخامسة والثلاثين، قادرة، تحتاج نقل دم عاجلًا بعد نزف ما بعد الولادة، ويطلب زوجها تأجيله حتى يستشير أهله. حلل الحالة بالبوابات الخمس، ثم حدد مرتكزًا واحدًا حاسمًا في كل ركن، واكتب قرارًا مهنيًا موزونًا بعناصره الثلاثة.
8. لماذا يُعدّ استعمال النموذج أداةَ تبرير لقرار متخذ سلفًا أخطر أخطاء تطبيقه؟ وكيف يكشفه مراجع مستقل؟

CC BY-NC-ND 4.0

المراجع

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to [1] Ethical Decisions in Clinical Medicine. 9th ed. New York: McGraw Hill; 2022. mheducation.com

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 9th ed. New [2] York: Oxford University Press; 2026. global.oup.com

Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to [3] treatment. N Engl J Med. 2007;357(18):1834–1840. https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045

White DB, Ernecoff N, Buddadhumaruk P, Hong S, Weissfeld L, Curtis JR, et [4] al. Prevalence of and factors related to discordance about prognosis between physicians and surrogate decision makers of critically ill patients. JAMA. 2016;315(19):2086–2094. https://doi.org/10.1001/jama.2016.5351

Stacey D, Lewis KB, Smith M, Carley M, Volk R, Douglas EE, et al. Decision [5] aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2024;1(1):CD001431. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub6

Hasan M, Khan A, Abdul Hathi MB, Salahudeen SM. The four principles in [6] Islamic and Western medical ethics: a scoping review. New Bioeth. 2025;31(2–4):120–135. https://doi.org/10.1080/20502877.2025.2590274

[7] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. iifa-aifi.org

[8] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية. الدورة الثامنة، بندر سيري بيجوان، بروناي دار السلام، 1–7 محرم 1414هـ / 21–27 يونيو 1993م. iifa-aifi.org

[9] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب. الدورة الخامسة عشرة، مسقط، 14–19 المحرم 1425هـ / 6–11 مارس 2004م. iifa-aifi.org

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة. الدورة التاسعة عشرة، الشارقة، 1–5 جمادى الأولى 1430هـ / 26–30 أبريل 2009م. iifa-aifi.org

[11] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م)، ولا سيما المواد التاسعة والتاسعة عشرة والحادية والعشرون. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[12] وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للإذن الطبي. الطبعة الأولى، 1440هـ/2019م (أُعلن في 12 ربيع الآخر 1441هـ / 9 ديسمبر 2019م). moh.gov.sa

[13] نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 9/2/1443هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 5/9/1444هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[14] نظام الرعاية الصحية النفسية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/56) وتاريخ 20/9/1435هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[15] نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 3/2/1436هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/72) وتاريخ 6/8/1443هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[16] المجلس الصحي السعودي. السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش. 14 جمادى الآخرة 1438هـ (13 مارس 2017م)؛ وتثبت ضمن مراجعها الفقهية فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم (12086) وتاريخ 30/6/1409هـ، وقرار هيئة كبار العلماء رقم (190) وتاريخ 6/4/1419هـ. moh.gov.sa؛ وفي تاريخ الفتوى 12086: صحيفة عكاظ، «الفتاوى الفقهية أجازت نزع الأجهزة عن المتوفين دماغياً». okaz.com.sa

[17] نظام المعاملات المدنية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/191) وتاريخ 29/11/1444هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[18] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. أخلاقيات الممارس الصحي. الطبعة الثالثة، 1435هـ/2014م (النسخة المنشورة على موقع الهيئة، يونيو 2026م). scfhs.org.sa

[19] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. القسم الرسمي للممارس الصحي. scfhs.org.sa

[20] National Institute for Health and Care Excellence. Hip fracture: management. Clinical guideline CG124. Published 22 June 2011; updated 2023. Recommendations 1.2 (timing of surgery). nice.org.uk

CC BY-NC-ND 4.0