الباب الثاني

الصدق والإفصاح عن الأخطاء والمضاعفات في العمل الطبي: متى تقال الحقيقة؟ وكيف؟

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «الصدق والإفصاح عن الأخطاء والمضاعفات في العمل الطبي: متى تقال الحقيقة؟ وكيف؟». 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 الثامن

الصدق والإفصاح عن الأخطاء والمضاعفات في العمل الطبي: متى تقال الحقيقة؟ وكيف؟

تحرير المفاهيم • نطاق المعلومة الجوهرية والإفصاح على مرحلتين • الصدق الرحيم • الصدق والأمانة في الفقه • المادة الثامنة عشرة بفقرتيها • أدوات الإفصاح وتوثيقه • أربع حالات ومواقف مختصرة

محتويات الفصل

- خلاصة الفصل
- تمهيد
- أولًا: الركن الطبي
- ثانيًا: الركن الأخلاقي
- ثالثًا: الركن الفقهي
- رابعًا: الركن النظامي
- خامسًا: أدوات عملية
- سادسًا: الحالات التطبيقية
- سابعًا: النتائج والتوصيات
- ثامنًا: الخاتمة
- أسئلة المراجعة والنقاش
- المراجع

> **بطاقة الفصل** — الباب الثاني: حقوق المريض والمسؤولية والسلامة • الجمهور المقصود: الأطباء والممارسون الصحيون، وطلاب العلوم الصحية والمتدربون، وإدارات الجودة وسلامة المرضى، وأعضاء لجان الأخلاقيات • الفصل الأم لـ: إبلاغ الحقيقة عن التشخيص والمآل، والإفصاح المفتوح عن أحداث سلامة المرضى، والمادة الثامنة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية بفقرتيها • يحيل إلى: الفصول 4، 5، 7، 10، 11، 13، 15، 28، 35، 39 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

خلاصة الفصل

يقف الصدق والإفصاح في العمل الطبي عند التقاء واجب الأمانة المهنية، وحق المريض في المعرفة، ومقتضيات الرحمة وعدم الإضرار. فالطبيب لا ينقل معلومة مجردة، بل حقيقةً عن

CC BY-NC-ND 4.0

مرض إنسان أو عما وقع لجسده أثناء الرعاية، وبها تتعلق قراراته العلاجية وكرامته وشؤونه الدينية والمالية والأسرية. ويجيب الفصل عن سؤالين متلازمين: متى تقال الحقيقة الطبية؟ وكيف تقال؟

ويقرر الفصل أن الأصل الصدق والإفصاح للمريض الراشد القادر: في التشخيص ومآلـه، والبـدائل، والمخاطر الجوهرية، ونسب النجاح الواقعية، وما وقع من خطأ أو مضاعفة. وأن الكـذب والتضـليل والتستر على الخطأ محرمة شرعًا وممنوعة مهنيًا، وأن التدرج في البيـان مشـروع إذا كـان مؤقتًـا معللًا موثقًـا. ويبسـط الفصـل المـادة الثامنـة عشـرة من نظـام مزاولـة المهن الصـحية بفقرتيهـا: فالأولى توجب شرح الوضع العلاجي وآثـاره، والثانيـة تعطي الطـبيب في الأمـراض المستعصـية أو المهددة للحياة تقدير مدى ملاءمة إبلاغ المريض أو ذويه، مـا لم يحظـر المـريض ذلـك أو يعيّن من يُبلَّغ. ويبين أن هذه رخصة تقدير في التوقيت والقدر والمخاطَب، لا إذنًا بالكذب ولا تفويضًا للأسرة بالحجب.

وفي الأخطـاء يمـيز الفصـل بين الحـدث الضـار والخطـأ والإهمـال الـذي لا يثبت إلا عنـد الجهـة المختصة، وبين الإفصاح عن الواقعة المادية مع الأسف، وهو واجب لا يعد إقـرارًا قانونيًـا، والإقـرار المتسرع بالمسؤولية. ويتبنى نموذج الإفصاح المفتوح على مرحلتين الـذي تقـرره سياسـة المركـز السعودي لسلامة المرضى: إفصاح أولي يُجـرى على الأمثـل خلال 24–48 سـاعة، ثم إفصـاح بعـد التحليل. والبديل عن ثنائية «الإخبار القاسي» و«الكذب الرحيم» هـو **الصدق الـرحيم**: حقيقـة لا تضلل، ورحمة لا تكتم، وتدرج لا يصير تعطيلًا دائمًا لحق المعرفة.

كلمات مفتاحية: الصدق الطبي؛ الإفصاح المفتوح؛ الأخبـار السـيئة؛ الخطـأ الطـبي؛ المضـاعفة؛ الحدث الضار؛ الحادث القريب؛ الامتياز العلاجي؛ الصدق الـرحيم؛ المـادة الثامنـة عشـرة؛ الاعتـذار الطبي؛ الضحية الثانية؛ التوثيق المهني؛ SPIKES.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

اكتسبت قضية الصـدق والإفصـاح أهميتهـا من التقـارير الدوليـة الـتي كشـفت حجم الأضـرار الـتي تصيب المرضى أثناء الرعاية. ومن أبرز محطاتها تقريـر معهـد الطب الأمـريكي «أن تخطئ فـأنت إنسان» (2000م) الذي جعل سلامة المرضى أولوية عامة [1]. وفي مـوازاة ذلـك انتقلت العلاقـة الطبية من «النموذج الأبوي»، الذي منح الطبيب سلطة حجب الحقيقة بدعوى «الامتيـاز العلاجي» أو «الكـذب الـرحيم»، إلى رعايـة متمركـزة حـول المـريض، صـار فيهـا الإفصـاح ركنًـا للموافقـة المستنيرة وشرطًا لاحترام إرادة المريض.

وفي التصور الإسلامي الصدق قيمة شرعية ومهنية كبرى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَكُونُوا مَـعَ الصَّادِقِينَ﴾ [التوبة: 119]، والطـبيب مـؤتمن على البـدن والمعلومـة والقـرار، والغش محـرم بنص «من غشنا فليس منا» [2]. ولكن وجوب الصدق لا يبرر أن تُلقى الحقيقة على المـريض بأسـلوب فج؛ ومن هنا جاء مفهوم «الصـدق الـرحيم»: صـدق في المضـمون، ورفـق في الأسـلوب، وتـدرج يناسب طاقة المريض، ودعم يرافق الخبر.

ويتميز السياق السعودي بثلاثة أمور يعرفها كل من مارس الطب فيـه: حضـور الأسـرة القـوي في الرعاية وطلبها أحيانًا حجب التشخيص؛ ونص نظامي خـاص هـو الفقـرة الثانيـة من المـادة الثامنـة عشـرة من نظـام مزاولـة المهن الصـحية الـتي تعطي الطـبيب تقـديرًا في إبلاغ حقيقـة الأمـراض

CC BY-NC-ND 4.0

المستعصية؛ وسياسات وطنية حديثة للإفصاح المفتوح والثقافة العادلة والأحداث الجسيمة صادرة عن المركز السعودي لسلامة المرضى [3–6].

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الدراسات الطبية. وثقت الدراسات الوبائية الكبرى أن الأحداث الضارة ملازمة للرعاية الحديثة، لا تكاد تنفك عنها. فدراسة هارفارد للممارسة الطبية وجدت أحداثًا ضارة لدى 3.7% من المنومين، كان 27.6% منها ناجمًا عن إهمال [7]. ووجدت الدراسة الأسترالية للجودة في الرعاية الصحية أحداثًا ضارة في 16.6% من التنويمات، نحو نصفها قابل للتجنب [8]. وسجلت دراسة يوتا وكولورادو نسبة 2.9% [9]، والدراسة الكندية نسبة 7.5% من التنويمات [10]. وأرى أن تباين تعريف الخطأ ومنهجيات الدراسة يوجب الحذر من الأرقام المتضخمة؛ فالدراسات لا تجزم بأن المريض كان سيبقى حيًا لولا الخطأ، والإبلاغ عن الأحداث الضارة في المستشفيات ناقص في الغالب. والعبرة العملية أن المشكلة حقيقية وواسعة بما يكفي لجعل الإفصاح والتعلم ركنًا في سلامة المرضى، من غير مبالغة تفسد التقدير.

أما فجوة الممارسة فقد وثقتها دراسات الاتجاهات. ففي دراسة أمريكية على مرضى عيادات الباطنة أراد 98% منهم اعترافًا صريحًا عند وقوع خطأ [11]. ووجدت دراسة على أعضاء خطط صحية أمريكية أن الإفصاح الكامل يخفض نية طلب المشورة القانونية في كثير من السيناريوهات ولا يلغيها [12]. وبينت مجموعات التركيز أن المرضى يريدون معرفة ما حدث ولماذا وكيف سيمنع تكراره، بينما يميل الأطباء إلى «انتقاء الكلمات» وتجنب لفظ الخطأ والاعتذار [13]. وفي المقارنة بين الجمهور والأطباء مال الجمهور إلى إجراءات أشد تجاه الطبيب المخطئ مما مال إليه الأطباء [14].

ووثق مسح للأطباء والمتدربين فجوة بين النية والممارسة: فقد أيد أكثرهم الإفصاح عن الخطأ الافتراضي الضار، وكان إفصاحهم عن أخطائهم الفعلية أقل [15]. وخلصت مراجعة شاملة إلى اتفاق المرضى والمهنيين على أصل الإفصاح مع بقاء التفاوت في الممارسة [16]. وحددت مراجعة منهجية أبرز العوائق: الخوف من الدعوى والعقوبة وضرر السمعة، وتعقيد الواقعة، وضعف ثقافة السلامة [17]. فأين الفجوة إذن؟ ليست في مبدأ الإفصاح، فالجميع يقره نظريًا، بل في ممارسته ولغته وتوقيته.

وعلى المستوى الدولي يتناول تقرير سلامة المرضى العالمي (2024م) إشراك المرضى وأنظمة الإبلاغ والتعلم [18]، وتعد «وثيقة حقوق سلامة المرضى» لمنظمة الصحة العالمية (أبريل 2024م) الحق في المعلومة والمشاركة من مقومات الرعاية الآمنة [19]. وعلى المستوى السعودي أظهر مسح 902 من مراجعي العيادات في مستشفى تخصصي أن 60% فضلوا معرفة الأخطاء الضارة، و35.5% فضلوا معرفة الحادث القريب، وأن نحو 60% فضلوا أن يتولى الإخبار الطبيب المعني نفسه [20]. ورصدت دراسة في مستشفى عام سعودي اتجاهات الأطباء نحو الإبلاغ عن الأخطاء [21]، وأظهرت دراسة لاحقة في المستشفى نفسه ميلًا إلى عدم الإبلاغ حين لا يقع ضرر، وخوفَ ثلث المشاركين من الإجراء العقابي [22]. وهذه عينات محدودة لا تمثل المملكة كلها، ولكنها تبرر بناء نظام لا يكتفي بالمواعظ: يوضح المسار، ويحمي الإبلاغ بحسن نية، ويحاسب السلوك المتهور بعدل.

CC BY-NC-ND 4.0

الدراسات الأخلاقية. إلى جانب إطار المبادئ الأربعة عند بوشامب وتشيلدرس [23]، راكمت أدبيات الإفصاح أدلة تجريبية على أن الشفافية ليست ترفًا أخلاقيًا يُتزيَّن به: فالمرضى يريدون الاعتراف الصريح [11]، والإفصاح الكامل يخفض نية التقاضي في كثير من الأحوال [12].

وفي السياق السعودي وجدت دراسة على مرضى الأورام وذويهم أن أكثر المرضى يريدون معرفة تشخيصهم، وأن الممانعة تأتي غالبًا من الأسرة [24]. وفي دراسة لاحقة على 304 مرضى سرطان و277 من ذويهم فضل 82.6% من المرضى الإفصاح عن التشخيص مقابل 75.3% من الأسر، واتسعت الفجوة في تفاصيل المآل والعلاج (83.6% مقابل 59.9%) [25]. وفي مسح لأكثر من ألف بالغ في الرياض فضل قرابة ثلثي المشاركين أن يكونوا أول من يتلقى الخبر السيئ، وفضل 68.6% تلقيه في مكان خاص [26]. ووجدت دراسة إقليمية على 500 مشارك أن الرغبة في معرفة التشخيص تراوحت بين 81.8% في المرض غير القابل للشفاء و94.2% في المرض المزمن ذي المضاعفات، وأن الخوف من الأثر النفسي والاجتماعي كان أشيع أسباب تفضيل الحجب [27].

وفي دراسة نوعية سعودية (2025م) واجه جميع الاستشاريين المشاركين طلبات أسرية لإخفاء التشخيص، ووصفوها بأنها توتر أخلاقي متكرر بين واجب الإفصاح والأعراف الأسرية، يُحل غالبًا باجتهاد شخصي لا بإرشاد مؤسسي [28]. وأظهرت دراسة مبيريك وزملائه المقارنة أن أنماط الإفصاح واتخاذ القرار في منطقتنا تميل إلى إشراك الأسرة أكثر من المريض [29]. ودلالة هذه الدراسات مجتمعة أن قول القائل «المريض عندنا لا يريد أن يعرف» افتراض لا تسنده الأرقام المحلية؛ والصواب أن يُسأل المريض نفسه عن رغبته في المعرفة أو التفويض.

الدراسات الفقهية. يقدم قرارا مجمع الفقه الإسلامي الدولي 79 (10/8) في السر الطبي و 142 (8/15) في ضمان الطبيب النصين الجماعيين الأخصين بهذا الباب، ويضيف إليهما مشروع القرار 223 (7/23) بنودًا صريحة في تشجيع الإفصاح والتمييز بين الخطأ والمضاعفة [30–32]. وتقوم معالجتها الفقهية على أن الطبيب مؤتمن من ثلاث جهات: على بدن المريض بحكم العلاج، وعلى سره بحكم الخصوصية، وعلى المعلومة بحكم الاختصاص.

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصل هذه الأدبيات في إطار واحد بنموذج الأركان الأربعة (انظر الفصل 4)، ويضيف إليها ثلاثة أمور: توجيه الفقرة الثانية من المادة الثامنة عشرة وتحديد نطاقها وقيودها، وتنزيل سياسة الإفصاح المفتوح الوطنية على مواقف سريرية، وأدوات عملية للتوثيق والصياغة.

المشكلة والسؤال المركزي

يتنازع الطبيبَ عند الخبر السيئ أو الخطأ ثلاثة ضغوط، يعرفها كل من وقف هذا الموقف: خوف الأسرة على المريض، وخوفه هو من التبعات، ونص نظامي يعطيه تقديرًا في الأمراض المستعصية. والسؤال المركزي: **كيف يؤدي الطبيب واجب الصدق للمريض الراشد، فيقول الحقيقة ويفصح عن الخطأ، من غير قسوة تضر ولا كتمان يخدع ولا إقرار يتجاوز اختصاصه؟** ويتفرع عنه: ما حدود تقدير الطبيب في المادة الثامنة عشرة؟ وما موقع الأسرة؟ وكيف يُفصح قبل اكتمال التحقيق؟

CC BY-NC-ND 4.0

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى: تحرير المفاهيم التي تختلط في هذا الباب؛ وبيان نطاق المعلومة الجوهرية ومراحل الإفصاح؛ وتأصيل الصدق والإفصاح فقهيًا؛ وتوجيه النصوص النظامية ذات الصلة؛ وتقديم أدوات للصياغة والتوثيق؛ وتنزيل ذلك على حالات تطبيقية.

ويتناول الفصل الصدق والإفصاح تجاه المريض في محورين: التشخيصات والمآلات الخطيرة، والأخطاء والمضاعفات أثناء الرعاية. ويحيل ما جاوز ذلك إلى فصوله: أركان الإذن والأهلية (انظر الفصل 5)، والسر الطبي واستثناءاته (انظر الفصل 7)، وضمان الطبيب والمسؤولية (انظر الفصل 10)، والثقافة العادلة والإبلاغ عن الحوادث والتعلم منها (انظر الفصل 11)، والإفصاح في طب الأورام (انظر الفصل 28)، والتبليغ عن الأمراض المعدية (انظر الفصل 35)، وقرارات نهاية الحياة (انظر الفصل 39). ولا يعرض الفصل تفاصيل التقاضي وتقدير التعويض.

أولًا: الركن الطبي

ويسير الفصل في مسارين متمايزين لا يُخلطان: (أ) إبلاغ التشخيص والمآل والأخبار السيئة، ومحله المطلبان 1-2 و1-6 والحالة الرابعة؛ و(ب) الإفصاح عن الحدث الضار وما يتبين منه خطأً أو مضاعفة، ومحله المطالب 1-3 و1-4 و1-5 و1-7 والحالات الثلاث الأولى. ويُسمّى الثاني «الإفصاح عن الحدث الضار» ما لم يثبت الخطأ.

1-1 تحرير المفاهيم

الصدق في السياق الطبي مطابقة الخبر أو التقرير الطبي للواقع المحقق للحالة، بلا تزييف ولا تحريف ولا مواربة؛ ويمتد إلى «صدق التبصير»: ألا يُترك المريض في تصور يخالف الحقيقة عند حاجته إلى المعرفة. وهو يقتضي تجنب التهوين المضلل الذي يبث أملًا زائفًا، والتهويل الذي يهدم البناء النفسي للمريض. أما **الإفصاح** فهو الأداة التنفيذية للصدق: إيصال الحقائق الجوهرية، من تشخيص وخيارات ونسب نجاح ومخاطر وما وقع أثناء الرعاية، إلى المريض ليقرر عن علم.

وتتطلب الشفافية تفريقًا بين دوائر متقاربة. **الحدث الضار** إصابة ناجمة عن الرعاية لا عن التطور الطبيعي للمرض، كالتهاب الجرح بعد استئصال الزائدة. و**الخطأ الطبي** إخفاق عمل مخطط له في أن يتم كما أريد، أو استعمال خطة خاطئة لبلوغ الهدف؛ وهو تعريف معهد الطب الأمريكي المبني على تصنيف جيمس ريزن للخطأ البشري [1، 33]، ومن أمثلته إعطاء دواء خاطئ أو خلل التعقيم. و**المضاعفة** عارض قد يقع مع اتباع الأصول العلمية، وهو من المخاطر المعروفة أو المحتملة للإجراء.

أما **الإهمال** فوصف نظامي يثبت عند الجهات المختصة، ولا يلزم من وقوع الخطأ ثبوته؛ فالكمال ليس معيارًا، وقد يقع ممارس حذر متمكن في خطأ تشخيصي مع سلامة إجراءاته. والفرق بين هذه الدوائر لا يغير حق المريض في معرفة ما حدث لجسده، وإنما يغير التكييف والمسؤولية.

وتضيف سياسة الإفصاح الوطنية مفهومين: **الحادث بلا ضرر**، وهو خطأ وصل إلى المريض ولم يظهر منه ضرر، ولا يعني ذلك أن المراقبة أو الإفصاح غير لازمين؛ و**الحادث القريب**، وهو حدث لم يصل إلى المريض وكان قابلًا للإضرار به، ولا يسقط ذلك الإبلاغ الداخلي والتعلم [4]. ويضبط الفصل ألفاظه على ذلك: «الحدث» ما لم يحسم السبب، و«الخطأ» عند وقائع كافية على إخفاق،

CC BY-NC-ND 4.0

و«الخطأ المهني الموجب للمسؤولية» في التكييف النظامي المختص وحده. فهذه الدقة تمنع الإفراط في الدفاع كما تمنع الاعتراف المتعجل بما لم يثبت.

ويفهم **الإفصاح المفتوح** عملية مستمرة لا لقاءً واحدًا: إقرار بالحدث، وحقائق، وأسف، ورعاية، وتحقيق، وتغذية راجعة، ومنع تكرار [4]. و**الاعتذار** تعبير إنساني صادق عن الأسف قد يتطور إلى تحمل المسؤولية بعد ثبوتها؛ وليس وعدًا بالتعويض، ولا حصانة نظامية، ولا بديلًا عن إصلاح الضرر.

و**السرية** حماية معلومات المريض من اطلاع الغير، ومنهم الأقارب، بغير إذنه. وهي لا تتناقض مع الإفصاح: فالإفصاح موجه إلى المريض نفسه، والسرية تمنع نقل معلومته إلى غيره؛ واتخاذها حجة لعدم إخبار المريض بمرضه تطبيق مشوه للمفهوم. و**الكتمان** تعمد حجب معلومة جوهرية عن مريض راشد قادر. و**الخداع** سلوك إيجابي كالكذب أو سلبي كالصمت المقصود يولد تصورًا مخالفًا للواقع، وقد يبلغ درجة التغرير بالبدن. أما **التدرج المشروع** فتقديم الحقيقة الصادمة على مراحل قصيرة مراعاة للتهيئة النفسية؛ وهو أسلوب لتنفيذ الصدق برفق، لا كتمان.

1-2 نطاق المعلومات الجوهرية الواجب الإفصاح عنها

تفصيل أركان الموافقة المستنيرة في فصل الإذن الطبي (انظر الفصل 5)؛ والذي يخص هذا الفصل نطاق المعلومة الجوهرية. فيدخل فيه **التشخيص وطبيعة المرض** ودرجة اليقين فيه: مؤكد أم اشتباه، حاد أم مزمن، قابل للشفاء أم متقدم؛ بلغة مفهومة، ومن غير جزم بما لم يثبت ولا تطمين بما لا تدعمه المعطيات. و**البدائل العلاجية** المتاحة: الدوائية والجراحية والإشعاعية والتحفظية والتلطيفية والمراقبة وعدم التدخل متى كان خيارًا معتبرًا؛ فلا يُحصر المريض في خيار واحد، مع بقاء حق الطبيب في الترجيح المهني المعلن.

ويدخل فيه **المخاطر والمآلات**: الجوهرية الشائعة، والنادرة الجسيمة الأثر كالوفاة والعجز وفقد العضو والعقم والألم المزمن؛ فالمعيار أثر الخطر في حياة هذا المريض وقراره، لا النسبة وحدها. و**نسب النجاح والتكاليف ومدة التعافي** بواقعية، بلا عبارات مطلقة مثل «مضمون» و«لا خطر». و**حق السؤال والرأي الثاني**، خصوصًا في الجراحات الكبرى والأمراض الخطيرة. و**حداثة التقنية ومحدودية خبرة الفريق فيها** متى أثرت في نسب النجاح أو المخاطر.

1-3 البداية الصحيحة: إنقاذ المريض قبل صياغة الرسالة

عند اكتشاف حدث فالأولوية لإيقاف الضرر، ثم توثيق الوقائع كما شوهدت بلا تعديل رجعي ولا تعبير اتهامي، على ما يفصله النموذج العملي في الأدوات. ولا يجوز أن تؤخر مكالمة الشؤون النظامية إنعاش المريض أو إبلاغه بما يحتاجه لقبول علاج تصحيحي. ثم تجمع صورة أولية: إن كان السبب ظاهرًا ذُكر بقدر ما ثبت، وإلا قيل: «حدث كذا، ونحن نراجع سببه». وليس هذا مراوغة، بل فصل بين حقيقة الحدث وتفسير سببه؛ فالإفصاح المبكر لا ينتظر التقرير النهائي، والتفسير النهائي ينتظر التحليل.

1-4 ما الأحداث التي يفصح عنها؟

تقدم سياسة الإفصاح المفتوح الوطنية إطارًا عمليًا: الحدث المسبب للضرر والحدث المشتبه في إحداثه ضررًا يُفصَح عنهما دائمًا؛ والحادث بلا ضرر يُفصَح عنه في الغالب بعد تقييم الحالة؛ أما الحادث القريب فلا يلزم الإفصاح عنه عادة، إلا إذا قُدّر أن له احتمال ضرر مستقبلي [4]. ويقود ذلك إلى المصفوفة الآتية:

CC BY-NC-ND 4.0

جدول 1-1: مصفوفة قرار الإفصاح بحسب نوع الحدث

نوع الحدث	قرار الإفصاح المعتاد	السؤال الحاسم
ضرر مؤكد أو محتمل	إفصاح عاجل ثم متابعة	ماذا يحتاج المريض أن يعرف الآن ليقبل الرعاية التصحيحية ويفهم إنذاره؟
خطأ وصل إلى المريض بلا ضرر ظاهر	يفصح غالبًا	هل يلزم فحص أو مراقبة أو تعديل خطة؟ وهل المعلومة جوهرية لشخص معقول؟
شبه خطأ لم يصل إلى المريض	لا يلزم عادة، مع إبلاغ داخلي دائم	هل يبقى احتمال ضرر لاحق يخصه؟ وهل معرفته تمنع ضررًا؟
مضاعفة معروفة	تشرح وتعالج، ويذكر عدم اليقين في السبب	هل وقع ما يتجاوز المتوقع أو ظهرت قرائن على إخفاق؟
نتيجة مرضية أو وفاة متوقعة	صدق في التشخيص والإنذار، ولا توصف خطأً بلا دليل	ما الذي كان متوقعًا وما الذي تغير؟

ولا يصلح مقدار الضرر وحده ضابطًا: فالخطأ الصغير قد يغير متابعة دواء أو حمل أو عدوى، والحادث القريب المتكرر قد يكشف خللًا خطيرًا؛ وفي المقابل لا يحول كل تصحيح إداري لا يمس المريض إلى لقاء يثير خوفًا بلا فائدة. والضابط أثر الواقعة في صحة المريض وقراره وثقته المعقولة، مع سياسة المنشأة.

1-5 الإفصاح على مرحلتين

تجعل السياسة الوطنية الإفصاح عملية من مرحلتين. الأولى **إفصاح أولي** قبل اكتمال التحقيق، يركز على الحقائق المعروفة واحتياجات المريض، ويُجرى على الأمثل خلال 24–48 ساعة من وقوع الحدث أو العلم به. والثانية **إفصاح بعد التحليل** يشرح السبب والإجراءات التصحيحية ويقدم الاعتذار المناسب [4].

ففي اللقاء الأول: تعريف بالحضور، ووصف ما وقع بلغة بسيطة، وبيان المعلوم وغير المعلوم، وشرح الأثر الحالي، وعرض خطة العلاج والمراقبة، وتعبير صادق عن الأسف، وتحديد موعد تواصل لاحق. وبعد التحليل: تصحيح أي معلومة سابقة، وشرح السبب المباشر والعوامل المؤسسية، وبيان ما ثبت من خطأ أو عدمه، وذكر ما تغير لمنع التكرار، وترتيب الحل أو التعويض عبر الجهة المختصة عند انطباقه. ولا يُترك المريض بين المرحلتين في فراغ: يعطى اسم جهة تواصل، ويبلغ عند تغير الخطة، والعبارة الأمينة: «هذه الحقائق التي نعرفها الآن، وسنعود إليك في التاريخ المحدد بما نتأكد منه».

1-6 إبلاغ الأخبار السيئة: نموذج SPIKES

يقدم بروتوكول SPIKES إطارًا عمليًا يجمع الصدق والرفق [34]. **التهيئة** (Setting): مكان هادئ يحفظ الخصوصية، ووقت كافٍ، ودعوة من يرغب المريض في حضوره. **تقييم الفهم** (Perception): سؤال المريض عما يعرفه («ما الذي فهمته من الفحوص؟») للبناء عليه.

CC BY-NC-ND 4.0

الاستئذان (Invitation): سؤاله عن مدى التفاصيل التي يريدها، واحترام تفويضه لغيره إن طلبه بإرادته. **إعطاء المعرفة** (Knowledge): الحقيقة بلغة مبسطة مع تمهيد مناسب («للأسف النتائج ليست كما كنا نأمل»)، وتجزئة الخبر المعقد. **التعاطف** (Emotion): استيعاب ردة الفعل من بكاء أو غضب أو صمت، ودعم صريح. **الخطة** (Strategy): إنهاء الجلسة بخطة واضحة للمرحلة القادمة.

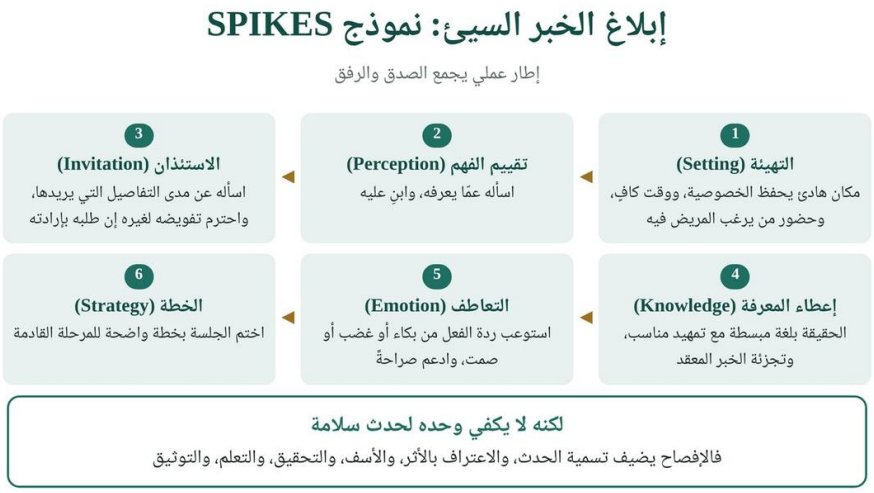
على أن إبلاغ الخبر السيئ ليس هو الإفصاح عن الحدث الضار. فبروتوكول SPIKES ينظم إبلاغ التشخيص الخطير، لكنه لا يكفي وحده لحدث سلامة؛ لأن الإفصاح يضيف تسمية الحدث، والاعتراف بالأثر، والأسف، والتحقيق، والتعلم، والتوثيق. فيستعمل SPIKES أسلوب تواصل داخل عملية الإفصاح، لا بديلًا عنها [4، 34].

ومن مواضع إبلاغ الخبر السيئ ما لا تكفي فيه SPIKES وحدها: إبلاغ الأسرة بوفاة مفاجئة في الطوارئ، حيث لا علاقة سابقة ولا تمهيد. ومثاله شاب في الخامسة والعشرين أُنعش بعد حادث سير ساعة ونصفًا ولم يُنقذ، وأسرته في غرفة الانتظار لا تعرف شيئًا، وزميل يستعجل: «أعلمهم بسرعة لنفتح السرير»، وطبيبة تقترح الانتظار حتى يصل إمام المستشفى. ومن الأطر المستعملة في تعليم هذه المهارة في طب الطوارئ أداة GRIEV_ING: جمع أفراد الأسرة في مكان خاص؛ وتهيئة الدعم من أخصائي اجتماعي أو مرشد ديني أو قريب؛ والتعريف بالنفس وبالمتوفى ومعرفة ما تعرفه الأسرة؛ وشرح موجز لما جرى في الطوارئ؛ ثم التصريح بالوفاة بلفظ صريح («توفي») لا بكناية ملتبسة؛ ثم إفساح وقت وخصوصية للاستيعاب؛ ثم الإجابة عن الأسئلة كلها؛ ثم الإجراءات العملية، كرؤية المتوفى وتسليم متعلقاته؛ ثم ترك وسيلة للتواصل والرد على الأسئلة اللاحقة [61]. ويُفصل الحديث عن التبرع بالأعضاء عن إبلاغ الوفاة (انظر الفصل 45). وقد بيّنت مراجعة الأدبيات أن الأسرة تذكر كلمات الفريق ومواقفه في ذلك اليوم سنين طويلة، وأن هذه المهارة تتحسن بالتدريب كسائر الإجراءات الطبية [61].

والقرار المهني الموزون في الحالة: نُبلغ الأسرة الآن، في غرفة خاصة وجلوسًا، بحضور الطبيب الذي قاد الإنعاش ومعه ممرض أو أخصائي اجتماعي، ونستدعي إمام المستشفى ليحضر معنا أو بعدنا مباشرة دون أن يُؤخَّر الخبر لأجله؛ لأن للأسرة حق العلم بما جرى لميتها، ولأن الانتظار بلا خبر أذى ثانٍ، ولأن حاجة القسم إلى السرير لا تسوّغ استعجالًا يجرح. ويُعاد النظر إذا طلبت الأسرة وقتًا أو خصوصية دينية أو حضور قريب بعينه، فيُحترم ذلك ضمن الإجراءات. ويُوثَّق الإبلاغ ومن حضره، ويُحدَّد مسؤول يتابع مع الأسرة إجراءات التسليم.

ومن أدب هذا المقام في السنة ما أرسل به النبي ﷺ إلى ابنته حين احتُضر ابنها: «إن لله ما أخذ وله ما أعطى، وكل عنده بأجل مسمى، فلتصبر ولتحتسب» [62]. فالكلمة الصادقة الرحيمة عند الصدمة من عمل الطبيب، لا من فضول وقته.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: نموذج SPIKES لإبلاغ الخبر السيئ بخطواته الست، وحدّه عند الإفصاح عن حدث السلامة.

1-7 خطوات الإفصاح عن الحدث الضار: الخطأ والمضاعفة

تدار الأخطاء بخطوات منظمة. **المبادرة**: فلا يُترك المريض يكتشف الخطأ مصادفةً أو من طرف ثالث، فالمقابلة المبكرة تدفع شبهة التستر. ثم **الاجتماع التمهيدي للفريق** لتوحيد تسلسل الأحداث وتجنب تبادل الاتهام أمام المريض. ثم **الشرح الموضوعي** بلا دفاعية ولا مراوغة، مع أسف صادق: «أنا آسف، لقد حدث ذلك» [11، 13]. ثم **معالجة الأثر فورًا**، وعرض رأي ثانٍ أو نقل الرعاية إن لم تعد العلاقة قابلة للاستمرار. ثم **بيان إجراءات منع التكرار**، مع اختيار التوقيت الذي يكون فيه المريض مستقرًا قادرًا على الاستيعاب.

ويتدرج مقدار الإفصاح بجسامة الأثر: فالأخطاء الجسيمة الضرر يفصح عنها وجوبًا؛ والانحرافات الطفيفة التي لا أثر لها قد لا تستلزم إفصاحًا رسميًا؛ وما بينهما للتقدير، وميزانه سؤال الطبيب نفسه: «لو كنت أنا المريض أو أحد أفراد أسرتي، ماذا أريد أن يُقال لي؟». وعند أخطاء زملاء آخرين يظل على الطبيب ألا يترك المريض في جهل بما وقع له: يبدأ بتشجيع الزميل أو جهته على الإفصاح، ويصعد عبر القنوات المهنية عند الامتناع، ولا يكون مشهّرًا ولا ساترًا. أما **الانتهاكات المتعمدة** لممارسات الرعاية الآمنة، وهي نادرة، فلا يُتساهل فيها ويُبلَّغ عنها عبر المسار المختص.

1-8 التدرج والتأجيل والكتمان: حدود ثلاث

يفرق الإطار المهني بين ثلاث حالات. **التدرج المشروع**: تقديم الحقيقة على مراحل قصيرة تناسب طاقة المريض النفسية. و**التأجيل المؤقت**: تأخير بعض التفاصيل إذا أثبت تقييم سريري موثق أن الإفصاح الفوري سيوقع ضررًا نفسيًا جسيمًا محققًا، كخطر انتحار أو ذهان حاد؛ ويشترط توثيق السبب ومراجعته وزوال المنع بزوال العارض. و**الكتمان الممتد**: الحجب المفتوح المدة استجابة لخوف الأسرة أو هربًا من المواجهة؛ وهو تجهيل للمريض وإبطال لرضاه، ولا يسوغه مهنيًا ولا شرعيًا. أما موقعه من النظام، وما يتسع له تقدير الطبيب في الأمراض المستعصية، فيأتي في الركن النظامي (4-2).

CC BY-NC-ND 4.0

1-9 الدقة في السجل الطبي

يسجل في الملف ما تبينه حقول نموذج توثيق جلسة الإفصاح في الأدوات العملية [4]. ويفصل بين السجل السريري وبين بلاغ السلامة وأوراق التحقيق المحمية بحسب السياسة؛ فلا يُنسخ الرأي غير المثبت إلى التشخيص، ولا تحذف ملاحظة أصلية، بل يصحح الخطأ بإضافة مؤرخة واضحة وفق نظام السجل.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 الاستقلالية وحق المعرفة

مبدأ الاستقلالية هنا حجر الزاوية: فالمريض لا يستطيع أن يوافق على العلاج أو يرفضه إلا إذا علم التشخيص والخيارات، وما وقع له إن وقع خطأ، وسبل تصحيحه. وتجهيله تعطيل قسري لإرادته، وإن حسنت النية. وحق المعرفة يقابله حق تنظيم تلقيها: فللمريض أن يطلب التفاصيل كاملة، أو يكتفي بالخطوط العامة، أو يفوض من يثق به بتلقيها، بشرط أن يصدر التفويض عنه بإرادة حرة ويوثق. فاحترام الاستقلالية يشمل «حق عدم المعرفة» المختار، ولا يشمل فرض الجهل عليه.

والاستقلالية «مدعومة» لا مجردة: فلا يُترك المريض وحده مع خبر صادم، بل يُدعم بمترجم، ووقت، وشخص يختاره، وتكرار الشرح، ومعلومات مكتوبة. وعبارة «لا تخبروني شيئًا» تحتاج إلى توضيح، لا إلى قبول فوري: ما الذي يريد تفويضه؟ ولمن؟ وهل يقبل العودة إليه عند كل قرار جديد؟ ويعطى دائمًا الحد الأدنى اللازم لسلامته وقراره. وتقرر المدونة الدولية لأخلاقيات الطب (برلين، أكتوبر 2022م) حق المريض في أن يُعلم في كل مرحلة من مراحل الرعاية، وقصر كشف السر عند الاستثناء على أقل قدر لازم من المعلومات والمتلقين والمدة [35].

2-2 الإحسان وعدم الإضرار: أيهما الضرر الحقيقي؟

لا يبرر مبدأ الإحسان أن يُصادَر قرار المريض بحجة حمايته. وعدم الإضرار يعمل في الاتجاهين: فالحزن الذي يعقب سماع خبر سيئ ليس ضررًا يسقط حق المعرفة، وإنما الضرر الحقيقي الخداع الذي يحرم المريض من إدارة حياته وعلاجه. وخذ مثالًا: المريض الذي لم يُخبر بأنه أُعطي دواءً خاطئًا لن يتوقع أعراضه الجانبية، وقد يتجاهلها فتتفاقم إصابته. ويعمل المبدأ أيضًا في أسلوب الإخبار: فالإفصاح الفج بلا تهيئة ولا خطة دعم إضرار بالوسيلة، وإن صدق المضمون.

2-3 العدالة وبناء الثقة العامة

يقتضي العدل أن يتمكن المرضى المتضررون وذووهم من طلب الجبر المناسب أو المساءلة المهنية؛ والكتمان يعطل هذا الحق. والإخفاق في الإفصاح يضعف ثقة الناس بالمهنة لأنه يتضمن خداعًا؛ وإخفاء الأخطاء يمنع المؤسسات من تحديد مواطن الضعف، فيتكرر الضرر على مرضى آخرين [1، 36]. فالإفصاح إنصاف للمريض الحاضر، وحماية للمريض القادم الذي لم يأت بعد.

2-4 سقوط ذريعة «الامتياز العلاجي»

برر النموذج الأبوي القديم الكتمان بالخوف من قلق المريض، وسماه «الامتياز العلاجي». وقد وصفه هيبرت وزملاؤه بأنه صار مرفوضًا إلى حد بعيد [37]؛ ولا يرى المؤلف الاحتجاج به إلا في

CC BY-NC-ND 4.0

ظرف استثنائي نادر موثق، كخطر انتحار محقق بتقدير مختص. والحجة القائلة إن المعلومات «ستربك» المريض تتناقض مع افتراض أهليته الذي بُنيت عليه موافقته على الإجراء نفسه؛ فكيف يُعدّ راشدًا عند التوقيع، قاصرًا عند الإخبار؟

2-5 الأسرة: شريك في الدعم لا في الحجب

القرابة وحدها لا تمنح الأسرة سلطة على المريض الراشد القادر، ولا تجعلها بديلًا عنه في تلقي المعلومة أو اتخاذ القرار. والأصل أن تشارك الأسرة في الدعم والتهيئة، ولا تنتقل أولوية الإبلاغ إليها إلا بفقد القدرة كليًا أو مؤقتًا، أو قصور السن، أو تفويض صريح موثق من المريض. فإذا طلبت الأسرة الكتمان خوفًا على المريض، فاستقبل طلبها يا أخي بإنصات واحترام، وقيّم قدرة المريض وخطره النفسي تقديرًا مهنيًا، ثم اعتمد الإفصاح التدريجي الرحيم، وأشرك الأسرة في خطة الدعم لا في الحجب، ووثّق ذلك كله. وحتى حين يمنح النظام الطبيبَ تقديرًا في الأمراض المستعصية (4-2)، يبقى طلب الأسرة قرينة يزنها الطبيب، لا أمرًا ينفذه.

2-6 الاعتذار بين الواجب الأخلاقي والدليل التجريبي

الاعتذار الجيد ليس عبارة بروتوكولية باردة تُقال ثم تُنسى؛ يبدأ بالاعتراف بالأثر: «أنا آسف لما حدث وما سببه لك». وفي المرحلة الأولى، قبل ثبوت السبب، يعبر عن الأسف والتعاطف مع بيان التحقيق؛ فإذا ثبت إخفاق اقتضى الصدق تحمل المسؤولية الملائمة وشرح الإصلاح، من غير وعد مالي شخصي أو تقرير قانوني خارج الاختصاص. ولا يصح اختزال الاعتذار في أداة لتقليل الدعاوى؛ فأدلة أثره في المطالبات معروضة في الركن النظامي (4-8)، وقد صنفت أحدث مراجعة قوتها منخفضة، ولاحظت غياب الدراسات التي تقيس أثره في تجربة المرضى والأسر والممارسين [38]. والنتيجة المتوازنة: الإفصاح والاعتذار واجب أخلاقي ومهني وحق للمريض ومسار للتعلم أولًا، وقد يحسن العلاقة وبعض النتائج القانونية إذا طبق كاملًا، لكنه لا يضمن منع التقاضي ولا يسوّق أداةَ دفاع.

2-7 دعم الممارس: «الضحية الثانية»

قد يعاني الممارس بعد الحدث ذنبًا وقلقًا واضطراب نوم وخوفًا مهنيًا؛ فهو بشر قبل أن يكون ممارسًا. ووجدت مراجعة منهجية أن أثر «الضحية الثانية» شائع متعدد الصور، وأن شبكة الدعم مهمة لحماية الممارس والمرضى اللاحقين [39]. وفي مراجعة منهجية جراحية (2026م) شملت 30 دراسة تراوح الشعور بالذنب بين 53% و89%، ولم يلجأ إلى الدعم النفسي الرسمي إلا 1.6–7% من المتأثرين، وظلت مخاوف التقاضي وغياب الإجراءات الواضحة والتسلسل الهرمي عوائق للإفصاح [40]. وتوصي سياسة الثقافة العادلة الوطنية بأن يكون لكل منشأة برنامج لحماية العاملين المتأثرين بأحداث السلامة ودعمهم [5]؛ وتفصيل الثقافة العادلة في فصل الخطأ الطبي (انظر الفصل 11). والدعم ليس إعفاءً من الإفصاح؛ وإنما يمنع العزلة والدفاعية ويعين الممارس على لقاء منضبط، مع بقاء أولوية الرعاية للمريض وأسرته.

2-8 الصدق الرحيم إطارًا جامعًا

يجمع «الصدق الرحيم» عناصر الركن الأخلاقي كلها: صدق في المحتوى يحفظ الاستقلالية والعدالة، ورفق في الأسلوب يحقق الإحسان ويمنع ضرر الوسيلة، وتدرج مشروع يراعي الطاقة

CC BY-NC-ND 4.0

النفسية، وخطة دعم تحول الخبر من حكم بالإعدام إلى بداية مسار رعاية. وبه تسقط الثنائية الزائفة بين «قول الحقيقة بقسوة» و«الكذب بشفقة»؛ فلا يُخيَّر الطبيب بينهما.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 الصدق في القرآن والسنة والأمانة المهنية

جعل الإسلام الصدق من أصول الاستقامة: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَكُونُوا مَعَ الصَّادِقِينَ﴾ [التوبة: 119]، وقال النبي ﷺ: «إن الصدق يهدي إلى البر، وإن البر يهدي إلى الجنة» [41]. والصدق الطبي ليس مطابقة اللفظ للواقع فحسب، بل يشمل صدق البيان والنصيحة والتبصير؛ إذ يعتمد المريض على الطبيب في فهم ما يعجز عن إدراكه بنفسه، وقد يتوقف على المعلومة قبول العلاج أو رفضه، وترتيب الوصية والديون والحقوق، وحماية الأسرة في الأمراض المعدية والوراثية.

وقرر النبي ﷺ أصلًا جامعًا بقوله: «من غشنا فليس منا» [2]. والغش الطبي قد يكون صريحًا، كإخبار المريض بأن حالته بسيطة مع العلم بخطورتها؛ وقد يكون ضمنيًا: كتركه يظن أن العلاج شافٍ والخطة تلطيفية، أو إخفاء خطر جوهري، أو كتمان خطأ وقع أثناء العلاج، أو إخفاء محدودية الخبرة في إجراء مؤثر. والتدليس في البدن أشد من التدليس في المال لتعلقه بحياة الإنسان وسلامته. وعليه فحسن نية الأسرة أو الطبيب لا يبرر الخداع؛ فالشفقة مقصد معتبر، ووسيلتها المشروعة الرفق والتدرج والدعم.

والشريعة التي توجب الصدق تأمر بالرفق وحسن القول: ﴿وَقُولُوا لِلنَّاسِ حُسْنًا﴾ [البقرة: 83]، وقال ﷺ: «إن الرفق لا يكون في شيء إلا زانه، ولا ينزع من شيء إلا شانه» [42]. فالحقيقة ينبغي أن تكون صحيحة المضمون رحيمة الأداء: باختيار الوقت والمكان، وتبسيط العبارة، والتقديم على مراحل، وربط الخبر بخطة علاج ودعم. فالواجب «الصدق الرحيم» لا «الكذب الرحيم».

3-2 أثر المقاصد الشرعية في وجوب الإفصاح

يرتبط الإفصاح بالكليات الخمس. **حفظ الدين**: في الأمراض الخطرة يحتاج المريض إلى التوبة والوصية ورد المظالم وقضاء الديون؛ وحجب حقيقة المآل يفوت عليه مصالح لا تعوض، من غير بث للقنوط، بل تمكين من الاستعداد مع استمرار الرعاية والأمل المشروع. **حفظ النفس**: يمكّن الإفصاح المريضَ من فهم مرضه والالتزام بالخطة واختيار البدائل، ويحفظ أنفس الغير عند الخطر المتعدي. **حفظ العقل**: يحمي الإفصاح المنضبط المريضَ من دوامة القلق الناتجة عن الغموض؛ فإن وجد اضطراب نفسي حاد يمنع الفهم أو يهدد بانهيار محقق جاز التأجيل المؤقت الموثق، لا الكتمان المطلق.

حفظ النسل: يتأكد الإفصاح في الأمراض الوراثية والمعدية المؤثرة في الزوج أو الذرية. **حفظ المال**: كتمان الحقيقة قد يستنزف مال المريض وأسرته في علاجات غير مجدية؛ والإفصاح الصادق بانتفاء الجدوى يوقف الهدر ويمكن من ترتيب الحقوق المالية.

3-3 القواعد الفقهية الحاكمة ومناطاتها

جدول 3-1: القواعد الفقهية ومناطها في الإفصاح الطبي

CC BY-NC-ND 4.0

القاعدة الفقهية	مناطها التطبيقي في الإفصاح الطبي
الأمور بمقاصدها	نية الشفقة من الأسرة أو الطبيب لا تبيح الخداع أو الكتمان الدائم
الضرر يزال	يزال ضرر الجهل والخداع بالإفصاح، ويخفف ضرر الصدمة بالرفق والتدرج
لا ضرر ولا ضرار	يمنع الكتمان المؤذي للمريض أو للغير، ويمنع الإفصاح الجارح والتشهير
الضرورة تقدر بقدرها	التأجيل المؤقت لبعض التفاصيل زمنًا ومعلومةً ومخاطَبًا، ولا يتحول إلى حجب كلي
المشقة تجلب التيسير	تيسير الأسلوب واللغة وتجزئة الخبر، لا تزوير الحقيقة
اليقين لا يزول بالشك	حق المريض الثابت في المعرفة لا يسقط بمخاوف ظنية؛ والمؤكد يُقال مؤكدًا والمحتمل محتملًا
يتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام	تقييد السرية عند الخطر المعدي المتعدي، بإبلاغ محدود عبر القنوات المختصة
العادة محكمة	يعتد بالعرف الطبي في معيار العناية وكفاية المعلومة الجوهرية، مع منع الغش

ومظان هذه القواعد كتب الأشباه والنظائر وشروح القواعد [43–45].

3-4 السر الطبي: خلاصة القرار 79 (10/8)

قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية أن السر أمانة، وأن الأصل حظر إفشائه، واستثنى حالات يؤدي فيها الكتمان إلى ضرر يفوق ضرر الإفشاء أو يكون في الإفشاء مصلحة راجحة، على أن تنص الأنظمة على هذه الاستثناءات وكيفيتها [30]. ونصه وتحليله في فصل السر الطبي (انظر الفصل 7، المبحث ثالثًا). ووجه اتصاله بهذا الباب أنه يحسم أن السرية حق للمريض تجاه الغير، لا حجة لحجب المعلومة عنه، وأن تقييدها عند الخطر المتعدي استثناء منضبط بالنص والقدر اللازم.

3-5 الإفصاح عن الخطأ وضمان الطبيب: خلاصة القرار 142 (8/15)

قرر المجمع في قراره 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب أن الطبيب يضمن إذا ترتب ضرر على تعديه أو تفريطه أو إخلاله بأصول المهنة أو تغريره بالمريض، وأن المؤسسة الصحية تضمن إذا قصرت في التزاماتها [31]؛ وتحليله في فصل المسؤولية الطبية (انظر الفصل 10، المبحث ثالثًا). ودلالته هنا أن كتمان الخطأ لا يرفع الضمان، بل قد يضيف إثمًا وضررًا جديدين: فهو يمنع المريض من تدارك الضرر ومن حقه في الجبر، ويجعل ترك المتابعة صورة من التفريط. وفي المقابل، فإن الإفصاح الصادق عن الواقعة ليس إقرارًا بالتعدي؛ فالمضاعفة التي تقع مع التزام الأصول لا توجب الضمان بذاتها، والفيصل ثبوت التعدي أو التفريط والضرر والسببية عند الجهة المختصة.

CC BY-NC-ND 4.0

3-6 مشروع القرار 223 (7/23): الإفصاح والتبليغ والتمييز

من بنود النص المنشور بعنوان «مشروع قرار» 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية: تشجيع الأطباء المخطئين على الإفصاح عن أخطائهم إظهارًا للشفافية والمصارحة (البند 15)، وتشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ عنها مع حمايتهم (البند 16)، والتمييز بين أخطاء الأطباء وتقصير المؤسسات (البند 24)، والتمييز بين الأخطاء الطبية والحوادث غير المرغوب فيها والمضاعفات (البند 25) [32]. وتحليله الكامل وصلته بالثقافة العادلة في فصل الخطأ الطبي (انظر الفصل 11، المبحث ثالثًا). وحسب هذا الفصل منه أنه أقرب نص فقهي جماعي إلى تشجيع الإفصاح، مع بقاء الضمان عند التعدي أو التفريط بالبينة والاختصاص.

3-7 حكم الكذب على المريض والتورية

الكذب على المريض في حقيقة مرضه أو فيما وقع له محرم؛ لأنه غش وخيانة للأمانة وتغرير بالبدن، ولا يدخل في الرخص الواردة في الإصلاح بين الناس. أما المعاريض والتورية فلا تشرع فيما يفوت على المريض حقًا أو يوقعه في تصور مخالف لحقيقة تلزمه معرفتها؛ فالتلطف في العبارة شيء، وإيهام المريض أن حالته سليمة أو أن العملية نجحت وقد وقع خلاف ذلك شيء آخر. ويبقى الترخص في صياغة الأمل، كتقديم جوانب الرجاء والتذكير بأن الأعمار بيد الله مع بيان الحقيقة الطبية، من حسن الأداء لا من الكذب.

3-8 الترجيح الفقهي الجامع

الإفصاح للمريض الراشد واجب في كل معلومة جوهرية تمس قراره أو حقوقه، ويحرم الكذب والتستر على الخطأ والكتمان الدائم الذي يفوت عليه مصالحه. ويشرع التدرج ورفق الأداء، ويجوز التأجيل المؤقت المنضبط بضرورة متحققة موثقة. فإذا منح النظام الطبيبَ تقديرًا في الأمراض المستعصية، فالمعتبر شرعًا في استعماله ما يحقق مصلحة المريض من غير غش؛ فيسع التقدير الوقتَ والقدرَ والأسلوب، ولا يسع الكذب ولا تفويت ما يجب للمريض من استعداد لدينه ودنياه. وتقيد السرية عند الضرر المتعدي بالقدر اللازم عبر القنوات المختصة. والإفصاح عن الواقعة لا يلازم الإقرار بالضمان؛ فالضمان بأركانه، والصدق بواجبه.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 خريطة النصوص ودرجاتها

يحكم الموضوع أساسًا نظام مزاولة المهن الصحية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م) ولائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ [3، 46]. وللائحة نسخة أخرى منشورة هي «الإصدار الثالث» (1440هـ/2019م) يختلف نصها في بعض البنود [47]؛ فيُنسب كل بند يُقتبس هنا إلى نسخته. ويكمله نظام حماية البيانات الشخصية الذي يعد البيانات الصحية من البيانات الحساسة [48]، ووثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى الصادرة عن وزارة الصحة [49]، وسياسات المركز السعودي لسلامة المرضى في الإفصاح المفتوح والثقافة العادلة والأحداث الجسيمة [4–6]. ويراعى في النص

CC BY-NC-ND 4.0

السعودي ترتيب درجاته: نظام، ثم لائحة تنفيذية، ثم وثيقة حقوق أو سياسة وطنية، ثم سياسة منشأة.

4-2 المادة الثامنة عشرة بفقرتيها: النص والتوجيه

تنص المادة الثامنة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية على:

> «يلتزم الممارس الصحي بتنبيه المريض أو ذويه إلى ضرورة اتباع ما يحدده لهم من تعليمات، وتحذيرهم من خطورة النتائج التي قد تترتب على عدم مراعاتها، بعد شرح الوضع العلاجي أو الجراحي وآثاره. وللطبيب في حالة الأمراض المستعصية أو التي تهدد حياة المريض بالخطر أن يقدر، وفقًا لما يمليه عليه ضميره، مدى ملاءمة إبلاغ المريض أو ذويه بحقيقة المرض، وذلك ما لم يكن المريض حظر عليه ذلك أو عيّن شخصًا أو أشخاصًا يقتصر الإبلاغ عليهم» [3، 47].

وتفصل اللائحة التنفيذية الفقرة الأولى في البند (18/1)، ونصه في الإصدار الثالث:

> «على الممارس الصحي بيان المضاعفات الجانبية المحتملة جراء القيام بالإجراء التشخيصي أو العلاجي أو العملية الجراحية للمريض أو ذويه أو من يختاره المريض» [47].

وفي نسخة اللائحة الصادرة بالقرار الوزاري (4080489) بند (18/2) نصه:

> «على الممارس الصحي عدم إفشاء الأسرار الطبية الخاصة بالمريض أو تفاصيل حالته الطبية إلا للمريض نفسه أو ذويه أو من يختاره المريض» [46].

ولا يُقرأ ذكر «ذويه» فيه تفويضًا للأسرة يتقدم على المريض؛ بل يُقرأ مع الفقرة الثانية من المادة الثامنة عشرة وقيدها، ومع الفقرة (ب) من المادة الحادية والعشرين في موافقة صاحب السر (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا).

الفقرة الأولى: واجب الشرح والتحذير. تلزم الممارسَ بشرح الوضع العلاجي أو الجراحي وآثاره قبل التنبيه والتحذير؛ فالشرح شرط لصحة التحذير، وبيان المضاعفات المحتملة واجب قبل الإجراء، ويستمر واجب الشرح بعد وقوعها لأنه «شرح للوضع العلاجي وآثاره». وعبارة اللائحة «أو من يختاره المريض» تجعل المريض هو من يحدد شريكه في تلقي المعلومة.

الفقرة الثانية: رخصة تقدير لا واجب كتمان. تعطي الفقرة الطبيبَ تقديرًا في «مدى ملاءمة» إبلاغ حقيقة المرض. وتوجيهها في ستة ضوابط يستخلصها الفصل من ألفاظها ومن سائر النصوص:

1. **نطاقها** الأمراض المستعصية أو المهددة للحياة وحدها؛ فلا تمتد إلى سائر الأمراض، ولا إلى الإفصاح عن الأخطاء والمضاعفات، لأن محلها «حقيقة المرض» لا ما وقع أثناء الرعاية.
2. **صاحبها** «الطبيب»؛ فالتقدير له لا للأسرة. وطلب الأسرة الحجب لا يلزمه، وإنما يدخل قرينة في تقديره يزنها مع حال المريض.
3. **محلها** «مدى ملاءمة الإبلاغ»، أي توقيته وقدره وطريقته ومخاطَبه: المريض أو ذووه، ويؤيد إدخالَ الأسرة مخاطَبًا في نطاق التقدير البندُ (18/2) في نسخة الوزارة [46].

CC BY-NC-ND 4.0

وليس فيها إذن بالكذب أو بإيهام المريض خلاف الحقيقة؛ فالتقدير في الإبلاغ لا في مضمون ما يقال.

4. **قيدها** إرادة المريض. ولفظ «حظر عليه ذلك» يحتمل وجهين: أن يمنع المريضُ الطبيبَ من إبلاغ ذويه، وأن يطلب ألا يُبلَّغ هو نفسُه بالتفاصيل، فيتصل بحق عدم المعرفة المبسوط في 2-1. وعلى الوجهين تُقدَّم إرادته المعلنة؛ فإذا حظر أو عيّن من يقتصر الإبلاغ عليهم، سقط تقدير الطبيب في اختيار المخاطَب. ويترتب على ذلك أن سؤال المريض مبكرًا عمن يريد إشراكه وما يريد معرفته هو الطريق النظامي لإعمال هذا القيد.
5. **ضابطها** «ما يمليه الضمير»، وهو ضمير مهني منضبط بمصلحة المريض التي توجبها المادة التاسعة [3]، لا رغبة الطبيب في تجنب المواجهة ولا رغبة الأسرة في التهدئة. فيوثَّق التقدير بأسبابه ويراجع كلما تغير حال المريض.
6. **حدودها مع سائر النصوص**: تقرأ الفقرة مع المادة الخامسة عشرة التي توجب أن يقدم للمريض ما يطلبه من تقارير عن حالته ونتائج فحوصه بدقة وموضوعية، ومع المادة التاسعة عشرة التي تجعل رضاه شرطًا للعمل الطبي [3، 47]، ومع وثيقة حقوق المرضى التي تضمن إلمامه بالمعلومات المتعلقة بحالته بلغة مفهومة [49]. فإذا سأل المريض القادر عن حقيقة مرضه، أو احتاجها لقرار علاجي يلزم فيه رضاه، ضاق التقدير إلى الطريقة والتوقيت ولم يتسع للحجب.

الحاصل. لا يصح القول إن طلب الأسرة لا أثر له نظامًا مطلقًا، ولا إن النظام يحظر كل تأخير في إبلاغ التشخيص؛ فالفقرة الثانية تعطي الطبيب، في الأمراض المستعصية أو المهددة للحياة، مساحة تقدير مشروعة يدخل فيها حال المريض ورغبات أسرته. لكنها مساحة مقيدة بإرادة المريض المعلنة، وبحقه في الإجابة عما يسأل عنه، وبشرط رضاه للعلاج، وبمصلحته. والكذب عليه والتضليل خارجان عنها. ويجري هنا منهج الكتاب: السماح النظامي لا يثبت وحده أن الفعل هو الأصلح (انظر الفصل 4)؛ فالركنان الأخلاقي والفقهي يرشدان استعمال الرخصة إلى التدرج الرحيم مع المريض نفسه، لا إلى الحجب الممتد.

4-3 المادتان الخامسة عشرة والتاسعة عشرة

المادة الخامسة عشرة توجب على الممارس أن يجري التشخيص بالعناية اللازمة، «وأن يقدم للمريض ما يطلبه من تقارير عن حالته الصحية، ونتائج الفحوصات، مراعيًا في ذلك الدقة والموضوعية»، بلفظ الإصدار الثالث [47]. فالدقة في التقرير واجب نظامي مباشر، وحجب نتيجة فحص عن صاحبها إذا طلبها أو تجميلها خلاف ذلك.

المادة التاسعة عشرة تقرر ألا يُجرى عمل طبي لمريض إلا برضاه، أو بموافقة من يمثله أو ولي أمره إذا لم يُعتد بإرادته، مع استثناء الحالات الإسعافية التي يتعذر فيها الحصول على الموافقة في الوقت المناسب [3]؛ وتفصيلها في فصل الإذن الطبي (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). وصلتها بهذا الفصل أن الرضا يفسد إذا بني على إخفاء مخاطر جوهرية أو تدليس في نسب النجاح أو تستر على محدودية الخبرة؛ فلا يعتد بتوقيع لم يسبقه تبصير حقيقي.

4-4 السر والبيانات الصحية

توجب **المادة الحادية والعشرون** حفظ الأسرار المهنية، وتحصر حالات الإفشاء المشروعة، ومنها الإبلاغ عن مرض سارٍ أو معدٍ، ودفع الممارس اتهامًا وجهه إليه المريض أو ذووه يتعلق

CC BY-NC-ND 4.0

بكفايته أو بكيفية ممارسته لمهنته، وموافقة صاحب السر كتابة، وأمر الجهة القضائية [3، 47]. ويعد نظام حماية البيانات الشخصية البيانات الصحية من البيانات الحساسة، ويقصر الاطلاع عليها على أقل عدد لازم [48]. وتفصيل ذلك كله في فصل السر الطبي (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا). والمعنى التطبيقي هنا أن لقاء الإفصاح وسجله لا يتحولان إلى مادة متداولة في مجموعات العمل، وأن حماية البيانات لا تعني حجبها عن المريض نفسه؛ فهو صاحب الحق فيها.

4-5 المسؤولية والتستر

تقرر **المادتان السادسة والعشرون والسابعة والعشرون** أن التزام الممارس التزام ببذل عناية يقظة تتفق مع الأصول العلمية، وأن كل خطأ مهني صحي ترتب عليه ضرر يوجب التعويض، ومن صوره الخطأ في العلاج أو نقص المتابعة [3]؛ وتحليلهما في فصل المسؤولية الطبية (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا). والتستر على الخطأ يفاقم المسؤولية: فهو يحرم المريض من تدارك الضرر، ويجعل نقص المتابعة الناتج عن الكتمان صورة مستقلة من صور الخطأ. أما المادة التاسعة، التي توجب أن يستهدف العمل الطبي دائمًا مصلحة المريض [3]، فتسقط أي اعتبار لمصلحة المنشأة أو سمعة الممارس في التستر على ما وقع.

4-6 السياسات الوطنية لسلامة المرضى

أصدر المركز السعودي لسلامة المرضى **سياسة الإفصاح المفتوح عن أحداث سلامة المرضى** (الإصدار الأول)، وقد تقدم في الركن الطبي بيان مرحلتيها وتوقيتها وتصنيفها للأحداث وحقول توثيقها [4]. وتنص السياسة على أن الإجراءات القانونية والتأديبية خارج نطاق الإطار، وهو ما يمنع الخلط بين الإفصاح والإقرار القضائي. وتكملها **سياسة الثقافة العادلة** (الإصدار الثاني، محدثة في 27 أكتوبر 2022م): ثقافة يرتاح فيها العاملون إلى الإفصاح عن الأخطاء مع بقاء المساءلة المهنية، فلا يحمَّل الأفراد إخفاقات نظامية لا سيطرة لهم عليها، ولا يُتسامح مع التجاهل الواعي لمخاطر واضحة أو سوء السلوك الجسيم [5]؛ وتفصيلها في الفصل 11.

وفي الأحداث الجسيمة تقوم **سياسة الإبلاغ عن الأحداث الجسيمة والتعامل معها** (الإصدار الأول، النافذة من 1 يناير 2025م) على قرار المجلس الصحي السعودي رقم (5/83) وتاريخ 28/12/1439هـ والموافقة الوزارية رقم (64570) وتاريخ 1/12/1441هـ. وتوجب إخبار المريض وأسرته عند اكتشاف الحدث بلغة مفهومة وفق سياسة الإفصاح، وإبلاغ الرئيس التنفيذي للمنشأة خلال 24 ساعة والمركز خلال 48 ساعة من اكتشافه [6]. وهذا الإبلاغ لجهة السلامة المختصة لا يغني عن إخبار المريض.

4-7 الإفصاح عن الحدث الضار: الشفافية المنضبطة دون إقرار متسرع

من أكبر عوائق الإفصاح خوف الممارس من أن يتحول اعتذاره إلى دليل ضده. ولذلك يفرق الفصل بين أمرين. الأول **الإفصاح عن الحقائق المادية مع الأسف والتعاطف**: «أثناء العملية حدث قطع غير متوقع لوعاء دموي، وقمنا بترميمه، وأنا آسف لحدوث ذلك، وسنقدم لك الرعاية اللازمة»؛ وهذا مطلوب أخلاقًا وتوجبه السياسات الوطنية، ولا يعد إقرارًا قانونيًا بالإهمال. والثاني **الإقرار القانوني بالإهمال أو الذنب**: «ارتكبت خطأ بسبب جهلي وأنا المسؤول»؛ وهذا غير مطلوب من الطبيب في اللقاء الأول، لأن تكييف الواقعة، مضاعفة مألوفة أم خطأ

CC BY-NC-ND 4.0

موجب للتعويض، اختصاص جهات التحقيق المهنية والنظامية. فمهمة الطبيب نقل الواقعة المادية بصدق، ومهمة الجهات المختصة تكييفها.



شكل: ثلاث درجات لا درجة واحدة: الأسف مع الحقائق المادية مطلوب، والاعتذار الكامل بعد ثبوت الخطأ، والإقرار بالإهمال غير مطلوب في اللقاء الأول.

4-8 الجدوى العملية للشفافية والتجارب المقارنة

تحمي بعض الأنظمة الأجنبية عبارات الأسف من أن تُستعمل دليلًا على المسؤولية، وهي مسألة تُراجع في كل نظام بعينه. **ولم يقف الفصل، في المصادر الرسمية السعودية المتاحة حتى تاريخ القطع، على نص عام يمنح الاعتذار بعد الخطأ الطبي حصانة من الاستعمال في الإثبات.** فالتعبير عن الأسف مطلوب مهنيًا، لكنه لا يُقدَّم للطبيب على أنه «محمي قانونًا» على إطلاقه، وتضبط عبارته بالوقائع كما مر.

وعمليًا، أفاد مركز المحاربين القدامى في لكسنغتون بولاية كنتاكي بأن سياسة «الصدق الصريح»، أي الاعتراف المبادر بالأخطاء مع اعتذار وتسوية عادلة، أبقت كلفة الدعاوى منخفضة مقارنة بنظرائه [50]. وارتبط برنامج جامعة ميشيغان للإفصاح والعرض بانخفاض المطالبات والتكاليف [51]، ولم تُظهر برامج التواصل والحل في مستشفيات أخرى تدهورًا في اتجاهات المسؤولية [52]. لكن أحدث مراجعة صنفت قوة هذا الدليل منخفضة [38]، فلا ينقل حكم سياق تأميني أجنبي إلى المملكة قاعدةً قانونية. وفي دراسة هارفارد للممارسة لم يطالب بالتعويض إلا أقل من 2% من المرضى الذين أصيبوا بإهمال [53]؛ فالتقاضي لا يتبع الضرر وحده.

وتتسق هذه الاتجاهات مع أطر مقارنة: حزمة «كاندور» الأمريكية التي تجمع الإبلاغ والتحليل والاستجابة والإفصاح ورعاية مقدم الرعاية والحل والتعلم المؤسسي [54]، والإطار الأسترالي للإفصاح المفتوح المحدث في يونيو 2026م الذي يؤكد التواصل الواضح الرحيم في وقته ومحورية الشخص [55]. وهي تفيد في بناء السياسة والتدريب من غير أن تحل محل النص السعودي.

CC BY-NC-ND 4.0

4-9 السوابق القضائية المقارنة: الاستثناس لا النقل

رسخ القضاء المقارن واجب الإفصاح حقًا للمريض. فقضية سالغو (كاليفورنيا، 1957م) استعملت مصطلح الموافقة المستنيرة، وقررت إخلال الطبيب بواجبه إذا حجب وقائع لازمة لرضا المريض [56]. وقضية جونسون ضد كوكيمور (المحكمة العليا لولاية ويسكونسن، 1996م) عدت إخفاء الجراح محدودية خبرته في جراحة معقدة عيبًا في الموافقة [57]. وقضية تشستر ضد أفشار (مجلس اللوردات البريطاني، 2004م) تعلقت بالإخلال بالتحذير من خطر صغير (1–2%) جسيم الأثر [58]. وقضية مونتغمري (المحكمة العليا البريطانية، 2015م) جعلت معيار الإفصاح شقين: ما يعده المريض المعقول في موقع هذا المريض جوهريًا، أو ما يعلم الطبيب أو ينبغي أن يعلم أن هذا المريض بعينه يعلق عليه أهمية [59]. وفي كندا أدانت المحكمة في قضية ستاموس ضد ديفيز (1985م) طبيبًا أجاب مريضه إجابات مراوغة بعد أن أخذ عينة من الطحال بدل الرئة [37].

وقبل هذه السوابق جميعًا تقف عبارة القاضي Cardozo في قضية Schloendorff ضد جمعية مستشفى نيويورك (محكمة الاستئناف في نيويورك، 1914م): «كل إنسان بالغ سليم العقل له الحق في أن يقرر ما يُصنع ببدنه، والجراح الذي يجري عملية بغير موافقة مريضه يرتكب اعتداءً يُسأل عن تعويضه» [63]؛ وهي أصل حق الإذن في القضاء المقارن قبل أن يُضاف إليه واجب البيان. وفي القاصر قررت قضية Gillick (مجلس اللوردات البريطاني، 1985م) أن من دون السادسة عشرة قد يأذن بنفسه في المشورة أو العلاج إذا بلغ من الفهم والإدراك ما يمكّنه من أن يفهم فهمًا تامًا ما يُقترح عليه [64]؛ والنص السعودي يختلف عن ذلك، فيجمع بين موافقة المراهق وولييه بين الخامسة عشرة والثامنة عشرة (انظر الفصل 5، المطلب 4-6). وفي التخطيط المسبق أوجب قانون تقرير المصير للمريض الأمريكي (1990م، النافذ في ديسمبر 1991م) على المستشفيات ونحوها من المشاركة في برامج التأمين الحكومي أن تعطي كل مريض بالغ معلومات مكتوبة عن حقه في قرارات علاجه وفي الوصية المسبقة، وأن توثق في الملف وجودها من عدمه [65]. والقصد من ذلك كله الاستئناس كما تقدم، لا النقل.

ولا يراد من هذه السوابق نقل نظام أجنبي إلى البيئة السعودية، وإنما الاستئناس بها في بيان تطور مفهوم الإفصاح. ويسند هذا الاتجاه المدونة الدولية لأخلاقيات الطب [35] وإرشادات المجلس الطبي العام البريطاني في القرار والموافقة [60].

خامسًا: أدوات عملية

5-1 قاعدة الموازنة بين الأركان

تلتقي الأركان الأربعة عند قاعدة جامعة: **المريض الراشد صاحب الحق الأول في معرفة ما يتعلق ببدنه، والحقيقة تقال، والرحمة في كيفية قولها لا في حجبها.** وتظهر مواضع التوتر وحلولها في خمس ثنائيات. رغبة الأسرة في الكتمان مع حق المريض: يقدم حق المريض القادر مع الصدق الرحيم وإشراك الأسرة في الدعم. تقدير الطبيب في الأمراض المستعصية مع إرادة المريض: يستعمل التقدير في التوقيت والقدر والأسلوب، ويسأل المريض عمن يريد إشراكه، ولا يتحول إلى حجب ممتد. السرية مع الخطر المتعدي: تقيد السرية بالقدر اللازم عبر القنوات المختصة. الإفصاح الفوري مع خطر نفسي جسيم محقق: يصار إلى التدرج أو

CC BY-NC-ND 4.0

التأجيل المؤقت الموثق. الشفافية مع الخوف من المسؤولية: يفصح عن الواقعة المادية ويترك التكييف للجهات المختصة.

5-2 نموذج عملي لقرار الإفصاح عن حدث: خمس مراحل

المرحلة الأولى: الأمان في الدقائق والساعات الأولى.

1. أوقف الضرر وعالج المريض واطلب المساندة المناسبة؛ فسلامة المريض قبل أي حديث.
2. احفظ السجل والعينة والجهاز والأدوية ذات الصلة بلا تعديل أو إخفاء.
3. أبلغ قائد الفريق وإدارة سلامة المرضى وفق سياسة المنشأة، وأبلغ الجهة الوطنية إذا انطبق تصنيف الحدث الجسيم [6].
4. دوّن الوقائع السريرية الآنية، وافصلها عن الفرضيات والتحقيق.

المرحلة الثانية: قرار من يبلَّغ ومتى.

1. تحقق من قدرة المريض ولغته ورغبته في حضور شخص داعم؛ فإن كان فاقد القدرة فحدد الممثل المخول مع إشراك المريض بقدر قدرته.
2. اختر قائدًا للقاء: غالبًا الطبيب الأكثر مسؤولية عن الرعاية، مع عضو من الجودة أو الإدارة عند الضرر الجسيم.
3. اجعل الإفصاح الأولي خلال 24–48 ساعة متى كان المريض مستقرًا قادرًا، ووثق سبب أي تأخير [4].

المرحلة الثالثة: اللقاء الأول.

1. ابدأ بالحدث لا بالمبررات: «أريد أن أشرح لك أمرًا غير متوقع حدث أثناء علاجك»، واذكر الوقائع المعروفة بتسلسلها، وتوقف عند حدود العلم.
2. بيّن الأثر الحالي والمراقبة والعلاج والبدائل، وقل بصدق: «أنا آسف لما حدث وما سببه لك».
3. أعط المريض وقتًا، واستقبل الغضب والسؤال بلا دفاع أو لوم، وحدد ما سيراجع وموعد اللقاء التالي واسم جهة الاتصال.

المرحلة الرابعة: التحليل والتواصل المستمر.

1. حلل الحدث بمنهج يدرس الإنسان والمهمة والبيئة والتقنية والتواصل والحوكمة، لا بسؤال «من أخطأ؟» وحده، ثم طبق مبادئ الثقافة العادلة [5].
2. لا تجعل التحقيق الداخلي حاجزًا للمعلومة العلاجية، وحدّث المريض إذا طال التحليل ولو كانت الرسالة أن التحقيق لم يكتمل.

المرحلة الخامسة: اللقاء بعد التحليل والإغلاق.

1. لخص ما ثبت، وصحح أي معلومة أولية تغيرت، واشرح السبب المباشر والعوامل المؤسسية بلغة مفهومة.
2. إذا ثبت الخطأ فسمّه، وتحمل المسؤولية الملائمة، وقدم الاعتذار الكامل، واشرح ما تغير لمنع التكرار وكيف ستقاس فاعليته.
3. رتب الرأي الثاني أو نقل الرعاية أو الحل والتعويض عبر القنوات المختصة عند الحاجة، ووثق الجلسات كلها، واعتن بالفريق بدعم سري موازٍ [39].

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: مراحل الإفصاح الخمس عن حدث السلامة، من الأمان في الساعات الأولى إلى اللقاء بعد التحليل.

5-3 ماذا نقول؟ وماذا نتجنب؟

جدول 5-1: عبارات نافعة وأخرى مضللة

الموقف	عبارة نافعة	عبارة مضللة أو مؤذية
قبل اكتمال التحقيق	«نعرف أن جرعة أعلى من الموصوفة وصلت إليك، ونراجع كيف حدث ذلك»	«الممرضة أخطأت» قبل اكتمال الوقائع
مضاعفة محتملة	«هذه مضاعفة معروفة، لكننا نتحقق أيضًا من سلامة الإجراء والمتابعة»	«هذا طبيعي» مع وجود ضرر أو شك معتبر
اعتذار أولي	«أنا آسف لما حدث وما سببه لك من ألم وقلق»	«آسف إذا كنت منزعجًا»
عدم اليقين	«لا أملك الآن جوابًا مؤكدًا، وسأعود إليك بعد المراجعة في موعد محدد»	«لا نعرف شيئًا»، أو وعد بنتيجة غير مضمونة
غضب المريض	«أفهم سبب غضبك، وسأجيب عما أعرفه وأوثق أسئلتك»	«الانفعال لن يفيد»، أو الجدال الدفاعي
طلب الأسرة الحجب	«أفهم خوفكم؛ دعونا نعرف كيف يريد هو أن يتلقى المعلومات ومن يشارك معه»	«سنخفي عنه» قبل سؤال المريض
التوثيق	«شرحت الوقائع المعروفة وخطة العلاج وموعد المتابعة»	«تمت السيطرة على الأسرة» وأوصاف حكمية

CC BY-NC-ND 4.0

5-4 نماذج توثيق وصياغة

نموذج توثيق الإفصاح عن خطأ أو مضاعفة. «أثناء الإجراء/العملية بتاريخ [...] حدثت واقعة تتمثل في [...]، وعولجت فورًا عن طريق [...]، واستقرت حالة المريض. بعد الإفاقة أبلغ المريض/ممثله بما حدث، وشرح أثره على الخطة العلاجية، ووضح أن الفريق مستمر في المتابعة، وأن الواقعة سترفع إلى الإدارة المختصة لتراجع وفق الإجراءات المعتمدة لتحديد طبيعتها وأسبابها وسبل منع تكرارها. أتيحت للمريض فرصة السؤال، ووضعت خطة متابعة.» وهذه الصياغة تحقق الشفافية من غير إقرار قانوني مطلق قبل اكتمال التحقيق.

نموذج توثيق طلب الأسرة الكتمان. «حضرت أسرة المريض وطلبت عدم إبلاغه بحقيقة التشخيص خشية انهياره. استمع الفريق للمخاوف، وشرح أن المريض قادر وصاحب الحق في المعرفة، وأن الإفصاح سيتم بأسلوب تدريجي رحيم مع دعم نفسي. سئل المريض عن رغبته في المعرفة ومن يريد إشراكه. لا توجد دلائل سريرية على خطر نفسي محقق يبرر التأجيل.»

نموذج توثيق تفويض المريض. «سئل المريض عن رغبته في معرفة تفاصيل التشخيص والمآل، فأوضح أنه لا يرغب في الخوض فيها حاليًا، وطلب الاكتفاء بالمعلومات العامة، وعيّن [الاسم] لتلقي التفاصيل. تحقق الفريق من صدور التعيين بإرادته الحرة، وسيعاد سؤاله عند كل قرار جوهري.» وهذا التعيين هو ما تحترمه الفقرة الثانية من المادة الثامنة عشرة.

نموذج توثيق تقدير الطبيب في مرض مستعصٍ. «الحالة: [...]، مرض مهدد للحياة. لم يحظر المريض الإبلاغ ولم يعيّن أحدًا. قرر الطبيب المعالج [الإفصاح المتدرج / تأجيل تفاصيل المآل حتى تاريخ ...] للسبب الآتي: [...]. ما قيل للمريض: [...]. موعد إعادة التقدير: [...].»

حقول نموذج توثيق جلسة الإفصاح (وفق السياسة الوطنية [4]): التاريخ والوقت والمكان؛ الحاضرون وأدوارهم؛ الوقائع التي نوقشت؛ خطة الرعاية المتفق عليها؛ الاعتذار أو التعبير عن الأسف؛ ردود فعل المشاركين وأسئلتهم؛ الخطوات التالية؛ وجهة التواصل للمتابعة. ويكتب النموذج بلغة واقعية مخصصة لا مستنسخة؛ ولا يضاف استنتاج مثل «لا يوجد خطأ» قبل اكتمال المراجعة، ولا يكتب «اعتراف بالإهمال» لمجرد تقديم الأسف.

5-5 جدول ضبط قرار الإفصاح

جدول 5-2: ضبط قرار الإفصاح

المرحلة	سؤال الضبط	علامة الخطر أو الخطأ الشائع	الإجراء العملي
تحديد المخاطب	من صاحب الحق في المعلومة؟	تسليم المعلومة للأسرة وتجاوز المريض القادر	المريض الراشد أولًا؛ والأسرة بإذنه أو عند فقد القدرة أو بتعيين موثق
القدرة على القرار	هل يقدر المريض على الفهم والاختيار الآن؟	افتراض غياب القدرة لكبر السن أو شدة المرض	تقييم موثق لقرار محدد، وإعادته عند التغير
نطاق المعلومة	ما الجوهري لقرار هذا	حصر الخيار في واحد،	تشخيص ومآل وبدائل

CC BY-NC-ND 4.0

المرحلة	سؤال الضبط	علامة الخطر أو الخطأ الشائع	الإجراء العملي
	المريض؟	أو إخفاء خطر نادر جسيم أو محدودية خبرة	ومخاطر ونسب واقعية وحق رأي ثانٍ
الأسلوب	هل الصياغة صادقة ورحيمة معًا؟	«لا أمل» أو «الأمور بسيطة» أو مصطلحات مغلقة	SPIKES: تهيئة، وتقييم فهم، واستئذان، وتدرج، وتعاطف، وخطة
تقدير المادة 18	هل المرض مستعصٍ أو مهدد للحياة؟ وهل حظر المريض أو عيّن؟	جعل التقدير تفويضًا للأسرة أو إذنًا بالكذب	سؤال المريض عمن يشرك، وتدرج أو تأجيل موثق معلل، ومراجعة دورية
طلب الكتمان	هل يوجد مسوغ مهني حقيقي مؤقت؟	الاستجابة التلقائية لخوف الأسرة	تقييم الخطر النفسي مهنيًا؛ تدرج أو تأجيل موثق، لا حجب ممتد
تصنيف الحدث	ما المؤكد: ضرر، حادث بلا ضرر، شبه خطأ، مضاعفة؟	وصف مبكر يحسم المسؤولية	«حدث» حتى تتضح السببية، وتصنيف وفق السياسة الوطنية
توقيت الإفصاح	ما الذي يحتاجه المريض الآن؟	انتظار اكتمال التحقيق	إفصاح أولي خلال 24–48 ساعة متى كان المريض قادرًا
حدود الإقرار	من يكيف الواقعة قانونيًا؟	إقرار ذاتي متسرع بالذنب، أو إنكار متعنت	إفصاح مادي صادق، والتكييف للجهات المختصة
التوثيق	هل يعكس السجل ما قيل وما تقرر؟	«تم شرح الحالة» بلا مضمون	توثيق المضمون والحضور وردة الفعل والتفويض والخطة
المنظومة	هل تتعلم المنشأة من الواقعة؟	إغلاق الملف عند انتهاء الجلسة	بلاغ حادثة، وتحليل بثقافة عادلة، وإجراء تصحيحي، ودعم الممارس

سادسًا: الحالات التطبيقية

تحكم الحالات الآتية أربع قواعد: يفصح عن الواقعة المادية دائمًا، ويترك تكييفها للجهات المختصة؛ وعدم اكتمال التحقيق لا يبيح الصمت، وإنما يغيّر صياغة الرسالة فحسب؛ والمريض الراشد هو

CC BY-NC-ND 4.0

المخاطب الأول، والأسرة شريك في الدعم لا في الحجب؛ وحد وجوب الإفصاح أثر الواقعة في علاج المريض أو مراقبته أو إنذاره أو قراره، لا مقدار الضرر وحده. وأما الخطأ فيقع عادة في أربعة مواضع: الاختباء خلف كلمة «مضاعفة» لإغلاق التحقيق أو خلف كلمة «خطأ» لإثبات مسؤولية لم تثبت؛ وانتظار ظهور الضرر قبل الإفصاح عن خطأ وصل إلى المريض؛ وقبول طلب الأسرة قبل سؤال المريض؛ وحصر الشفافية في لقاء واحد.

الحالة الأولى: تقرير أشعة أُغفل عامًا كاملًا

الوقائع. مزارع في السابعة والسبعين يراجع طبيبة المسالك البولية في فحصه السنوي لحصى كلوية متكررة. وقبل أن يدخل تخبرها الممرضة أنه كان في الطوارئ الليلة الماضية ببيلة دموية، وأن تصويرًا مقطعيًا حديثًا أظهر أن ورمًا كلويًا شوهد في تصوير العام الماضي قد كبر، وأن به الآن نقائل رئوية. فتكتشف الطبيبة أن تقرير أشعة العام الماضي في السجل ولم تطلع عليه، ولا شيء يدل على أن نتيجته شوركت مع المريض. والرجل ينتظر في العيادة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر، والبيلة الدموية عولجت في الطوارئ • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: قادر • صاحب الصفة: المريض نفسه • السؤال المطلوب تقريره: هل تكتفي الطبيبة بإخباره بالتشخيص الحالي، أم تفصح أيضًا عن إغفال التقرير قبل عام؟

الركن الطبي. وقع تأخر تشخيصي نقل الحالة من ورم موضعي محتمل الاستئصال إلى مرض منتشر، تتغير معه الخطة إلى علاج جهازي أو تلطيفي. يجب التحقق من دقة التقريرين، واستكشاف ما يدركه المريض، وترتيب إحالة عاجلة إلى طب الأورام، وإعادة تقييم نظام متابعة التقارير في العيادة. **الركن الأخلاقي.** الشفافية توجب إخباره بالتشخيص الحالي وبإغفال التقرير معًا؛ فإخفاء السهو انتهاك للثقة، وتعطيل لحقه في فهم ما جرى وفي طلب حقه. وتتوقع الطبيبة غضبًا وعدم تصديق؛ فلا تجدي عندئذ التطمينات الكاذبة، ولا لوم المريض على عدم المتابعة. وعليها أن تتذكر أن عوامل نظامية قد شاركت في الخلل، وأن تلتمس الدعم لنفسها. **الركن الفقهي.** كتمان السهو غش وخيانة للأمانة، و«الضرر يزال» توجب بيان ما وقع لتدارك ما يمكن تداركه. والإفصاح عن الواقعة لا يعني الجزم بالضمان؛ فتقديره بأركانه إلى الجهة المختصة [31]. **الركن النظامي.** المادة التاسعة (مصلحة المريض)، والمادتان السادسة والعشرون والسابعة والعشرون (بذل العناية، ونقص المتابعة صورة خطأ) تحكم الواقعة [3]. ولا مدخل هنا للفقرة الثانية من المادة الثامنة عشرة، لأن محل الإفصاح إغفال وقع أثناء الرعاية لا مجرد حقيقة المرض. ويجب إبلاغ إدارة سلامة المرضى [4].

القرار المهني الموزون. تعقد الطبيبة جلسة إفصاح اليوم، تستكشف فيها ما يعرفه المريض، ثم تخبره بنتائج الدراستين معًا، وتعتذر بصدق عن إغفال التقرير، وتشرح خطة الإحالة العاجلة وما ستغيره العيادة لمنع التكرار، وترفع بلاغ حادثة، وتصف الإغفال واقعةً دون جزم بأثره في المآل قبل التحليل؛ لأن للمريض حقًا في معرفة ما جرى لجسده، وقراراته العلاجية متوقفة عليه. ويُعاد النظر إذا ظهر أن التقرير القديم لا يحتمل تشخيص الورم أصلًا، فيتغير مضمون الإفصاح لا مبدؤه.

الدرس. التأخر التشخيصي خطأ يُفصح عنه كما يُفصح عن التشخيص نفسه؛ لأن المريض يحتاج إلى معرفة ما جرى ليقرر ما سيأتي. أما إصلاح نظام تتبع النتائج حين يتكرر ضياعها فموضعه فصل الخطأ الطبي (انظر الفصل 11، الحالة الرابعة).

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الثانية: جرعة دوائية زائدة وصلت إلى المريض ولم يظهر ضرر بعد

الوقائع. وصف الطبيب 5 ملغم من دواء وريدي عالي الخطورة، فتلقى المريض 10 ملغم؛ لتشابه عبوتين وخطأ في إدخال الجرعة. واكتشفت الممرضة الواقعة بعد عشرين دقيقة، والعلامات الحيوية مستقرة، ولكن الدواء قد يسبب اضطراب نظم خلال الساعات التالية. فطلب أحد أعضاء الفريق الانتظار «حتى يتبين هل سيقع ضرر».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر مع خطر محتمل يستدعي مراقبة فورية • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: قادر • صاحب الصفة: المريض • السؤال المطلوب تقريره: هل يفصح الآن مع غياب الضرر الظاهر، أم ينتظر نتيجة المراقبة والتحقيق؟

الركن الطبي. وصل الخطأ إلى المريض وأوجد خطرًا يحتاج مراقبة وربما علاجًا مضادًا؛ فلا يمكن تأجيل المعلومة التي تفسر الفحوص والملاحظة. فتُوقف الجرعات اللاحقة، ويستشار مختص السموم أو الصيدلة السريرية، وتحفظ العبوتان وسجل الوصف والإعطاء، ولا يقال إن الضرر انتفى قبل مرور نافذته الزمنية. **الركن الأخلاقي.** للمريض حق أن يعرف لماذا يُراقَب، والانتظار يجعله يقبل فحوصًا وهو لا يفهم سببها. والأسف واجب ولو لم يظهر أثر، مع تجنب طمأنة زائفة. ولا يحمَّل فرد واحد المسؤولية قبل فحص تصميم العبوات والتحقق المزدوج والنظام الإلكتروني [5]. **الركن الفقهي.** الصدق والنصيحة يقتضيان دفع الضرر المتوقع وبيان سببه، ولا يجوز السكوت لمصلحة الفريق؛ ويتسق ذلك مع تمييز مشروع القرار 223 (7/23) بين خطأ الفرد وتقصير المؤسسة وتشجيعه الإفصاح [32]. **الركن النظامي.** توجب المادة الثامنة عشرة شرح الوضع العلاجي وآثاره والتحذير من النتائج [3]، وتعد السياسة الوطنية الحادث بلا ضرر مما يفصح عنه غالبًا، مع توثيق العملية [4].

القرار المهني الموزون. يبدأ الإفصاح فور تأمين المراقبة: «وصلتك جرعة أعلى من الموصوفة. لا نرى ضررًا الآن، لكن قد تظهر آثار خلال ساعات؛ لذلك سنراقبك ونعالج أي تغير. نحن آسفون، ونراجع كيف حدث ذلك وسنعود إليك بالنتيجة»، ثم يُعقد لقاء بعد التحليل، ولا يُسمّى المسؤول قبله؛ لأن المعلومة لازمة لفهم المراقبة وقبولها. ويُعاد النظر إذا كان المريض غير قادر مؤقتًا، فيُبلَّغ ممثله الآن، وهو عند استعادة قدرته.

الدرس. الخطأ الذي وصل إلى المريض يُفصح عنه قبل ظهور الضرر؛ لأن المريض يعيش نافذة الخطر الآن، لا بعدها.

الحالة الثالثة: إصابة أثناء الجراحة، مضاعفة أم خطأ؟

الوقائع. إصابة في الحالب وقعت أثناء جراحة حوض معروفة بصعوبتها، ولم تُكتشف إلا بعد العملية. فالجراح يقول إنها مضاعفة معروفة، ويرى طبيب آخر أن التعرف على التشريح كان غير كافٍ. والمريض يحتاج إلى تدخل إصلاحي عاجل، ومراجعة التقرير الجراحي لم تكتمل.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: يحتاج تدخلًا عاجلًا غير إسعافي فوري • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: قادر بعد الإفاقة • صاحب الصفة: المريض • السؤال المطلوب تقريره: كيف يفصح من غير إخفاء تحت كلمة «مضاعفة» ولا اتهام مبكر؟

الركن الطبي. الإصابة حقيقة، وحاجتها إلى الإصلاح حقيقة؛ أما هل كان يمكن منعها فمسألة تحقيق. يشرح خطر التدخل الإصلاحي وبدائله، ويستدعى اختصاصي المسالك، وتحفظ الصور والسجل؛ ويفحص التحليل صعوبة الحالة وتحديد المعالم والخبرة والإشراف وزمن الاكتشاف.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الأخلاقي. للمريض حق معرفة الإصابة فورًا لأنها تقتضي قرارًا جديدًا؛ ولا يجوز أن تـؤخَّر حتى يتفق الجراحون على وصف السبب. ويحسن أن يقود اللقاء الجراح المسؤول مع عضو خبـير، بلا لوم للزميل أمام المريض. **الركن الفقهي.** مجـرد المضـاعفة لا يثبت التعـدي، لكن تسـميتها مضاعفة لا تسقط التحقيق؛ ويؤيد مشروع القرار 223 (7/23) التمييز بين الخطأ والحادث الذي لا يد للطـبيب فيـه والمضـاعفة [32]، والضـمان في التعـدي والتفريـط [31]. **الركن النظـامي.** أوجبت اللائحة بيان المضاعفات المحتملة قبل الإجراء (البند 18/1)، ويستمر الواجب بعـد وقوعهـا بشرح الوضع وآثاره [47]؛ ويلزم رضا المريض للتدخل الإصـلاحي [3]؛ وتطلب السياسـة الوطنيـة الحقائق المعروفة أولًا ثم السبب بعد التحليل [4].

القرار المهـني المـوزون. يقـال للمـريض: «وقعت إصـابة في الحـالب أثنـاء الجراحـة، وهي معروفة الاحتمال في هذا النوع من العمليات، وتحتـاج إصـلاحًا الآن. لا نعـرف بعـد هـل كـان يمكن منعها، وسنراجع العملية ونعود إليك. أنا آسف لما ترتب عليها»، ويؤخذ رضـاه للإصـلاح، ولا يوصـف السبب قبل التحليل؛ لأن الإصابة تغير خطته وتقتضي رضاه. ويُعاد النظر إذا أثبت التحليـل إخفاقًـا، فيُسمّى خطأً ويُقدَّم الاعتذار الكامل ويُسلك طريق الحل.

الدرس. كلمة «مضاعفة» وصف احتمـالي لا حكم نهـائي، والإفصـاح يسـبق التكـييف، لا ينتظـره. وأما التصنيف الـدفاعي للخطـأ مضـاعفةً داخـل المنشـأة فحالتـه في فصـل الخطـأ الطـبي (انظـر الفصل 11، الحالة الثانية).

الحالة الرابعة: أسرة تطلب كتمان ورم متقدم لا يرجى شفاؤه

الوقائع. رجل في الخمسين، واعٍ قادر على القرار، شُخّص بـورم خـبيث متقـدم منتشـر لا يـرجى شفاؤه، وخطته القادمة علاج تلطيفي. تطلب أسرته من الطبيب ألا يخبره «حتى لا ينهـار»، وتحتج بأن النظام يعطي الطبيب تقديرًا في هذه الأمراض، وتقترح أن تُدار الخطة عن طريقها. والمريض لم يسأل بعد عن التفاصيل، ولم يحظر الإبلاغ، ولم يعيّن أحدًا. والمرض هنا مستعصٍ مهدد للحيـاة، فتدخل الحالة في نطاق الفقرة الثانية من المادة الثامنة عشرة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مسـتقر • الأمن: لا خطـر ظـاهر، ويقيّم خطـر الانتحـار • القـدرة على القرار: قادر • صاحب الصفة: المريض، ولم يعيّن غـيره • السـؤال المطلـوب تقريـره: كيـف يستعمل الطبيب تقديره النظامي في إبلاغ حقيقة مرض مستعصٍ مع طلب الأسرة الكتمان؟

الركن الطبي. لا تُبنى خطة تلطيفيـة سـليمة على مـريض لا يعـرف تشخيصـه: فالموافقـة على العلاج، وضبط الأعراض، وقرارات نهاية الحياة تتطلب فهمه. ويقيم احتمال الضرر النفسـي تقييمًـا مهنيًا، ولا يُكتفى بخوف الأسرة؛ ويقـدَّر مـا يعرفـه المـريض أو يستشـعره من تغـير حالـه. **الركن الأخلاقي.** حق المعرفة للمريض القادر مقدم، والدراسات المحلية تبين أن أكثر المرضى يريدون أن يعرفوا، وأن الممانعة غالبًا من الأسـرة [24، 25]. ويحـترم «حـق عـدم المعرفـة» إن اختـاره المريض نفسه، لا إن فرضته الأسرة عليه. **الركن الفقهي.** نية الشـفقة لا تـبيح التجهيـل الـدائم (الأمور بمقاصدها)، وحق المريض الثابت لا يسقط بمخاوف ظنية (اليقين لا يزول بالشك). ويتأكـد الإفصـاح بمقصـد حفـظ الـدين: فللمـريض حـق الاسـتعداد والوصـية ورد المظـالم. ويجـوز التـدرج والتأجيل المؤقت عند ضرورة متحققة، والضرورة تقدر بقدرها. **الركن النظامي.** الحالـة داخلـة في نطاق الفقرة الثانية من المادة الثامنـة عشـرة: فللطـبيب، لا للأسـرة، أن يقـدر مـدى ملاءمـة الإبلاغ وتوقيته ومخاطَبه، وطلب الأسرة قرينة في تقـديره لا أمـر ملـزم. والمـريض لم يحظـر ولم يعيّن، فيمكن إعمال قيد إرادته بسؤاله. ويقرأ التقدير مع المادة الخامسة عشرة (حقـه في تقـارير

CC BY-NC-ND 4.0

حالته إذا طلبها)، والمادة التاسعة عشرة (رضاه للعلاج التلطيفي)، ووثيقة حقوق المرضى [3، 47، 49].

القرار المهني الموزون. يستقبل الطبيب طلب الأسرة بإنصات، ويبين لها أنه سيستعمل تقديره في طريقة الإبلاغ وتوقيته لا في حجبه، ثم يسأل المريض عن رغبته في المعرفة ومن يريد إشراكه؛ فإن أرادها أبلغه بأسلوب SPIKES تدريجيًا مع دعم نفسي ومساندة أسرية، وإن عيّن أحد أفراد أسرته لتلقي التفاصيل وُثّق ذلك واحتُرم، ولا يُكذب عليه في أي مرحلة، ويُجاب عما يسأل عنه؛ لأن الخطة التلطيفية تقتضي رضاه، وله حق الاستعداد لدينه ودنياه، والنظام يقيد تقدير الطبيب بإرادة المريض. واستُبعد الكتمان الممتد وإدارة الخطة عبر الأسرة، لأنهما يجعلان رخصة التقدير تفويضًا للأسرة ويبطلان رضاه. ويُعاد النظر إذا أثبت تقييم نفسي مختص خطرًا جسيمًا محققًا، كخطر انتحار حاد، فيجوز تأجيل تفاصيل المآل تأجيلًا مؤقتًا موثقًا يراجع خلال أيام.

الدرس. تقدير الطبيب في المادة الثامنة عشرة أداة لإيصال الحقيقة برفق، لا غطاءٌ لحجبها نزولًا عند طلب الأسرة.

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
تقرير أشعة أُغفل عامًا، وتبيّن الآن أن الورم الكلوي كبر وفيه نقائل رئوية	جلسة إفصاح اليوم: نتائج الدراستين معًا، واعتذار صادق عن الإغفال، وخطة إحالة عاجلة، وبلاغ حادثة، ووصف الإغفال واقعةً دون جزم بأثره في المآل	للمريض حق في معرفة ما جرى لجسده، وقراراته العلاجية متوقفة عليه	ظهر أن التقرير القديم لا يحتمل تشخيص الورم أصلًا؛ فيتغير مضمون الإفصاح لا مبدؤه
تلقى المريض 10 ملغم بدل 5 ملغم من دواء وريدي عالي الخطورة، ولا ضرر ظاهر بعد	الإفصاح فور تأمين المراقبة: الجرعة الأعلى واحتمال الآثار والمراقبة، مع الأسف ووعد بنتيجة المراجعة، ثم لقاء بعد التحليل، ولا يُسمّى المسؤول قبله	المعلومة لازمة لفهم المراقبة وقبولها	كان المريض غير قادر مؤقتًا؛ فيُبلَّغ ممثله الآن، وهو عند استعادة قدرته
إصابة في الحالب أثناء جراحة حوض صعبة، والخلاف قائم: مضاعفة أم خطأ؟	تُفصح بالإصابة واحتمالها المعروف وحاجتها إلى إصلاح الآن، وأنّا لا نعرف بعد هل كان يمكن منعها، مع الأسف وأخذ رضاه	الإصابة تغير خطته وتقتضي رضاه	أثبت التحليل إخفاقًا؛ فيُسمّى خطأً ويُقدَّم الاعتذار الكامل ويُسلك طريق الحل

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	للإصلاح، دون وصف السبب قبل التحليل		
أسرة تطلب كتمان ورم متقدم لا يُرجى شفاؤه عن مريض قادر لم يحظر الإبلاغ ولم يعيّن أحدًا	يسأل الطبيب المريض عن رغبته في المعرفة ومن يُشرك؛ فيبلغه تدريجيًا بأسلوب SPIKES، أو يحترم تعيينه أحدًا ويوثّقه، ولا يكذب عليه، ويجيب عما يسأل	الخطة التلطيفية تقتضي رضاه، وله حق الاستعداد لدينه ودنياه، والنظام يقيد تقدير الطبيب بإرادة المريض	أثبت تقييم نفسي مختص خطرًا جسيمًا محققًا كخطر انتحار حاد؛ فيجوز تأجيل تفاصيل المآل تأجيلًا مؤقتًا موثقًا يُراجع خلال أيام

مواقف متكررة

مرض معدٍ ومريضة تطلب كتمانه عن زوجها. السرية أصل، لكنها ليست مطلقة عند خطر معتبر على شخص محدد لا يدفع بوسيلة أخف. يبدأ الفريق بالمشورة والعلاج وتشجيع الإفصاح الذاتي في جلسة آمنة، مع تقييم خطر العنف الأسري وخطة أمان؛ فإن أصرت مع تحقق الخطر نُفّذ التبليغ عبر القنوات الصحية المختصة بالقدر اللازم وحده، مع حفظ كرامتها واستمرار رعايتها. والحكم الفقهي في قرار السر 79 (10/8) والنظامي في المادة الحادية والعشرين [3، 30]، والحالة المماثلة محللة في فصل السر الطبي (انظر الفصل 7، المبحث سادسًا)، والتبليغ الوبائي في الفصل 35.

مضاعفة معروفة غيرت النتيجة المتوقعة. لا يكفي أن يُقال للمريض إن «زراعة العدسة لم تتم»؛ بل يخبر المريض بما حدث وسببه وأثره: «حدث تمزق في كبسولة العدسة، وهو من المخاطر المعروفة لهذه العملية، فأوقفنا الزراعة حفاظًا على العين، وستحتاج إلى عدسات لاصقة، وأنا آسف أن العملية لم تسر كما خططنا». فكون الحدث مضاعفة معروفة لا يسقط حق المعرفة، وإنما يؤثر في التكييف والضمان.

اكتشاف خطأ ممارس آخر في منشأة أخرى. يصحح العلاج أولًا، ويقيم الأثر والسببية بتروٍّ، ثم يخبر المريض بما هو محقق: «الجرعة كانت أعلى من الموصى به، وقد صححناها، ونقيّم أثرها»، بلا جزم بسببية لم تثبت ولا تشهير بالزميل. ثم يتواصل مهنيًا مع الزميل أو جهته ليتولى الإفصاح والتبليغ، ويصعد عبر القنوات المختصة إن لم يقع ذلك؛ فالستر على خطأ يضر المريض ليس من الستر المحمود في شيء، والتشهير بغير بينة ظلم.

متدرب أجرى جزءًا جوهريًا تحت إشراف غير كافٍ. يشمل الإفصاح الإصابة والأدوار كما ثبتت، فمعرفة هوية الفريق وأدواره من احترام المريض، والإذن ينصرف إلى الفعل المعلوم وحدوده. فلا يُحمى التسلسل الهرمي بإخفاء مشاركة المتدرب، ولا يُضحّى بالمتدرب لحماية المؤسسة؛ وإنما يقود اللقاء الاستشاري المسؤول، وتفحص خطة الإشراف قبل أي عقوبة فردية (انظر الفصل 15).

CC BY-NC-ND 4.0

مريضة تسأل عن نتائجها والأسرة تطلب الإخفاء في مرض قابل للعلاج. لا مدخل هنا للفقرة الثانية من المادة الثامنة عشرة إن لم يكن المرض مستعصيًا ولا مهددًا للحياة، وسؤال المريضة يوجب إجابتها بمقتضى المادة الخامسة عشرة، ويُحترم قصد الأسرة الوقائي ويُسأل عما تخشاه، ثم تُبلَّغ المريضة نفسها بتدرج، ولا يقبل توقيع نيابي عن بالغة قادرة. ومنهج الحالة الرابعة يجري هنا من باب أولى.

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. الأصل الصدق والإفصاح للمريض الراشد القادر في التشخيص والمآل والبدائل والمخاطر وما وقع أثناء الرعاية؛ والكذب والتضليل والتستر على الخطأ محرمة شرعًا وممنوعة مهنيًا.
2. المادة الثامنة عشرة ذات فقرتين: الأولى توجب الشرح والتحذير، والثانية تعطي الطبيب وحده، في الأمراض المستعصية أو المهددة للحياة، تقدير مدى ملاءمة الإبلاغ ومخاطَبه، ما لم يحظر المريض أو يعيّن.
3. هذا التقدير رخصة في التوقيت والقدر والطريقة، مقيدة بإرادة المريض ومصلحته وحقه في الإجابة ورضاه للعلاج؛ فلا يسع الكذب، ولا يجعل طلب الأسرة ملزمًا، وإن جاز أن يدخل قرينة في التقدير.
4. عدم اليقين لا يبرر الصمت بل يغير صياغة الرسالة؛ والإفصاح الأولي يجرى على الأمثل خلال 24–48 ساعة، ثم إفصاح بعد التحليل.
5. كلمة «مضاعفة» لا تغلق التحقيق، وكلمة «خطأ» لا تثبت المسؤولية النهائية؛ فالإفصاح المادي للطبيب، والتكييف للجهات المختصة.
6. الإفصاح عن الواقعة لا يلازم الإقرار بالضمان، وكتمان الخطأ لا يرفع الضمان بل يزيده إثمًا وضررًا.
7. أدلة أثر الإفصاح والاعتذار في خفض المطالبات منخفضة القوة؛ فقيمتهما أخلاقية ومهنية أولًا، لا دفاعية.
8. لا تنجح الشفافية في لقاء واحد؛ بل تحتاج موعد متابعة، وإصلاحًا قابلًا للقياس، ودعمًا للمريض والممارس، ومسارًا عادلًا للمساءلة.

التوصيات

أولًا: للممارسين الصحيين.

1. التزام أصل الصدق والإفصاح للمريض الراشد، وسؤاله مبكرًا عما يريد معرفته ومن يريد إشراكه، وتوثيق جوابه.
2. استعمال تقدير المادة الثامنة عشرة في الأمراض المستعصية تدرجًا وتوقيتًا، لا حجبًا ممتدًا، مع توثيق أسبابه ومراجعته.
3. استخدام بروتوكولات التواصل المنظمة مثل SPIKES في الأخبار السيئة، واختبار فهم المريض، وتجنب العبارات المطلقة تهوينًا أو تهويلًا.

CC BY-NC-ND 4.0

4. المبادرة بالإفصاح عن الأخطاء والمضاعفات مع الأسف الصادق ومعالجة الأثر، والتفريق بين الإفصاح المادي والإقرار القانوني المتسرع.

ثانيًا: للمنشآت الصحية والجهات المختصة.

1. اعتماد سياسة مكتوبة للإفصاح المفتوح مبنية على السياسة الوطنية، تحدد قائد اللقاء، والمهلة، ونماذج التوثيق، ومسار الإفصاح بعد التحليل.
2. إعداد إجراء مكتوب لطلبات الأسرة الكتمان، يلزم سؤال المريض عن تفضيله ومن يعيّنه، ويوثق تقدير الطبيب في الأمراض المستعصية بأسبابه وموعد مراجعته، ويتيح استشارة لجنة الأخلاقيات عند الخلاف.
3. فصل السجل السريري عن بلاغات السلامة وأوراق التحقيق، وحماية الإبلاغ بحسن نية وفق الثقافة العادلة.
4. إنشاء برنامج سري لدعم الممارسين المتأثرين بأحداث السلامة، وربطه بمسار الإفصاح لا بديلًا عنه.
5. أن تنظر الجهات التنظيمية في إصدار دليل تفسيري للفقرة الثانية من المادة الثامنة عشرة يوضح نطاقها وقيودها، وفي حكم الاعتذار الطبي من حيث الإثبات.

ثالثًا: للتعليم والبحث.

1. إدراج مهارات إبلاغ الأخبار السيئة والإفصاح عن الأخطاء في مناهج الطب والتمريض والتدريب التخصصي، بمحاكاة وتقييم عملي.
2. تدريس المادة الثامنة عشرة بفقرتيها مع النصوص الفقهية ذات الصلة، وتدريب المتدربين على توثيق التقدير المهني.
3. إجراء دراسات سعودية متعددة المراكز عن تفضيلات المرضى وأسرهم في الإفصاح، وعن ممارسة الأطباء الفعلية في طلبات الكتمان.
4. تقييم أثر سياسات الإفصاح المفتوح والثقافة العادلة في المملكة على تجربة المرضى والممارسين، لا على المطالبات وحدها.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فالصدق والإفصاح في العمل الطبي أصل أخلاقي ومهني وشرعي، وشرط لصحة القرار الطبي والموافقة المستنيرة. فالمريض الراشد صاحب الحق الأول في معرفة ما يتعلق بحالته، ولا تحجب عنه الحقيقة، تشخيصًا خطيرًا كانت أم خطأ طبيًا، لمجرد رغبة الأسرة أو خوف الطبيب من التبعات. وحين يمنح النظام الطبيبَ تقديرًا في الأمراض المستعصية، فإنما يمنحه ليختار الوقت والطريقة والمخاطَب بما يحقق مصلحة المريض ويحترم إرادته، لا ليبدل الحقيقة أو يعطلها.

والمنهج الأقوم ليس الإخبار القاسي، ولا الكتمان بدعوى الرحمة أو حماية الذات؛ وإنما هو «الصدق الرحيم»: حقيقة واضحة، ورفق في الأسلوب، وتدرج عند الحاجة، وخطة دعم تسند المريض، وتوثيق مهني يحفظ حق المريض والممارس والمؤسسة معًا.

ولا يُقاس الصدق الطبي بكثرة الكلام، بل بسلامة ما يصل إلى المريض في الوقت الذي يحتاجه، وبما يتبعه من رعاية وفعل. فالطبيب الصادق لا يدّعي يقينًا لا يملكه، ولا يختبئ خلف عدم اليقين؛ يشرح ما يعلم، ويقول ما لا يعلم، ويعود حين يعلم أكثر. وعندما تقع الرعاية على غير ما أُريد،

CC BY-NC-ND 4.0

تصبح المصارحة بداية الإصلاح لا نهايته. ويبقى الميزان العملي سؤالًا يسأله الطبيب نفسه: «لو كنت أنا المريض، ماذا أريد أن يقال لي؟».

أسئلة المراجعة والنقاش

1. فرّق بين الحدث الضار والخطأ الطبي والمضاعفة والإهمال، وبيّن أثر التفريق في صياغة الإفصاح لا في وجوبه.
2. ما نطاق الفقرة الثانية من المادة الثامنة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية؟ ومن صاحب التقدير فيها؟ وما القيدان الواردان على هذا التقدير؟
3. كيف تقرأ الفقرة الثانية من المادة الثامنة عشرة مع المادتين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة؟ وما أثر سؤال المريض عن حقيقة مرضه في مساحة التقدير؟
4. لماذا لا يكفي بروتوكول SPIKES وحده للإفصاح عن حدث سلامة؟ وما العناصر التي يضيفها الإفصاح المفتوح؟
5. تطبيقي: مريضة في الستين بمرض قلبي متقدم مهدد للحياة، طلب ابنها ألا تُخبر بالمآل، وقالت هي في أول لقاء: «ابني يتولى كل شيء». كيف تتحقق من أن هذا تعيين صادر عن إرادتها؟ وكيف توثقه؟
6. تطبيقي: اكتشفت أن تحليلًا مخبريًا غير عاجل تأخر إبلاغه أسبوعين دون أثر سريري ظاهر. صنّف الحدث وفق السياسة الوطنية، وقرر هل تفصح ومتى وكيف.
7. ناقش: هل يعد التعبير عن الأسف إقرارًا بالمسؤولية في النظام السعودي؟ وكيف تصوغ عبارة اعتذار تفي بواجب الصدق دون إقرار متسرع؟
8. ما وجه الاستدلال بمقصد حفظ الدين على وجوب الإفصاح في الأمراض المميتة؟ وما حدوده حتى لا يتحول إلى بث للقنوط؟

المراجع

[1] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academy Press; 2000. https://doi.org/10.17226/9728

[2] صحيح مسلم، كتاب الإيمان، باب قول النبي ﷺ: «من غشنا فليس منا»، ح 101. sunnah.com

[3] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[4] المركز السعودي لسلامة المرضى. سياسة الإفصاح المفتوح عن أحداث سلامة المرضى (Open Disclosure of Patient Safety Events Policy)، الإصدار الأول. الرياض: المركز السعودي لسلامة المرضى. spsc.gov.sa

[5] المركز السعودي لسلامة المرضى. سياسة الثقافة العادلة (Just Culture)، الإصدار الثاني، محدثة في 27 أكتوبر 2022م. الرياض: المركز السعودي لسلامة المرضى. spsc.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0

[6] المركز السعودي لسلامة المرضى. سياسة الإبلاغ عن الأحداث الجسيمة والتعامل معها (Sentinel Event Reporting and Management Policy)، الإصدار الأول، نافذة من 1 يناير 2025م، استنادًا إلى قرار المجلس الصحي السعودي رقم (5/83) وتاريخ 28/12/1439هـ والموافقة الوزارية رقم (64570) وتاريخ 1/12/1441هـ. resources.spsc.gov.sa

[7] Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324(6):370–6. https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604

[8] Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995;163(9):458–71. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1995.tb124691.x

[9] Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care. 2000;38(3):261–71. https://doi.org/10.1097/00005650-200003000-00003

[10] Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. 2004;170(11):1678–86. https://doi.org/10.1503/cmaj.1040498

[11] Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. Arch Intern Med. 1996;156(22):2565–9. doi:10.1001/archinte.1996.00440210083008

[12] Mazor KM, Simon SR, Yood RA, et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. Ann Intern Med. 2004;140(6):409–18. doi:10.7326/0003-4819-140-6-200403160-00006

[13] Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA. 2003;289(8):1001–7. doi:10.1001/jama.289.8.1001

[14] Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med. 2002;347(24):1933–40. doi:10.1056/NEJMsa022151

[15] Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trainees. J Gen Intern Med. 2007;22(7):988–96. doi:10.1007/s11606-007-0227-z

O’Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety [16] incidents: a comprehensive review. Int J Qual Health Care. 2010;22(5):371–9. doi:10.1093/intqhc/mzq042

Ock M, Lim SY, Jo MW, Lee SI. Frequency, expected effects, obstacles, [17] and facilitators of disclosure of patient safety incidents: a systematic review. J Prev Med Public Health. 2017;50(2):68–82. doi:10.3961/jpmph.16.105

World Health Organization. Global patient safety report 2024. Geneva: [18] WHO; 2024. who.int

World Health Organization. Patient safety rights charter. Geneva: WHO; [19] 2024. who.int

Hammami MM, Attalah S, Al Qadire M. Which medical error to disclose to [20] patients and by whom? Public preference and perceptions of norm and current practice. BMC Med Ethics. 2010;11:17. doi:10.1186/1472-6939-11-17

Alsafi E, Bahroon SA, Tamim H, Al-Jahdali HH, Alzahrani S, Al Sayyari A. [21] Physicians’ attitudes toward reporting medical errors: an observational study at a general hospital in Saudi Arabia. J Patient Saf. 2011;7(3):144–7. doi:10.1097/PTS.0b013e31822c5a82

Alsafi E, Baharoon S, Ahmed A, Al-Jahdali HH, Al Zahrani S, Al Sayyari A. [22] Physicians’ knowledge and practice towards medical error reporting: a cross-sectional hospital-based study in Saudi Arabia. East Mediterr Health J. 2015;21(9):655–64. emro.who.int

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 9th ed. New [23] York: Oxford University Press; 2026. global.oup.com

Aljubran AH. The attitude towards disclosure of bad news to cancer [24] patients in Saudi Arabia. Ann Saudi Med. 2010;30(2):141–4. doi:10.4103/0256-4947.60520

Alzahrani AS, Alqahtani A, Alhazmi M, et al. Attitudes of cancer patients [25] and their families toward disclosure of cancer diagnosis in Saudi Arabia: a Middle Eastern population example. Patient Prefer Adherence. 2018;12:1659–66. doi:10.2147/PPA.S176651

Alrukban MO, Albadr BO, Almansour M, et al. Preferences and attitudes [26] of the Saudi population toward receiving medical bad news: a primary study from Riyadh city. J Family Community Med. 2014;21(2):85–92. doi:10.4103/2230-8229.134763

Basheikh M. Preferences of the Saudi population in breaking bad medical [27] news: a regional study. Cureus. 2021;13(11):e19525. doi:10.7759/cureus.19525

Muaygil RA, Abouammoh NA, Madkhali AM, Almana LH, Aldekhyyel RN. [28] Truth-telling and devastating disclosures: navigating the tension between ethical and cultural obligations in Saudi Arabia. BMC Med Ethics. 2025;26:159. doi:10.1186/s12910-025-01307-0

Mobeireek AF, Al-Kassimi F, Al-Zahrani K, et al. Information disclosure [29] and decision-making: the Middle East versus the Far East and the West. J Med Ethics. 2008;34(4):225–9. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

[30] 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

[31] 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

[32] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. مشروع قرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية من منظور إسلامي. الدورة الثالثة والعشرون، المدينة المنورة، 19–23 صفر 1440هـ / 28 أكتوبر – 1 نوفمبر 2018م. iifa-aifi.org

Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. [33] doi:10.1017/CBO9781139062367

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES— [34] a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302–11. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302

World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics. [35] Revised by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, October 2022. wma.net

Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994;272(23):1851–7. [36] https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520230061039

Hébert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure [37] of medical error. CMAJ. 2001;164(4):509–13. cmaj.ca

Sokol-Hessner L, Stewart CM, Sharma R, Zhang A, Gallagher TH, Kachalia [38] A, et al. Programs for responding after patients are harmed by their healthcare: a Making Healthcare Safer IV rapid review. J Patient Saf Risk Manag. 2026. https://doi.org/10.1177/25160435261422384

Seys D, Wu AW, Van Gerven E, et al. Health care professionals as second [39] victims after adverse events: a systematic review. Eval Health Prof. 2013;36(2):135–62. https://doi.org/10.1177/0163278712458918

Busch IM, Marinelli V, Maggioni O, et al. Responding to surgical errors: [40] from psychological impact to disclosure—a systematic review. Ann Surg Oncol. 2026;33(9):8292–305. https://doi.org/10.1245/s10434-026-19775-y

[41] صحيح البخاري، كتاب الأدب، باب قول الله تعالى: ﴿يا أيها الذين آمنوا اتقوا اللـه وكونـوا مـع الصادقين﴾، ح 6094؛ وأخرجه مسلم في صـحيحه، كتـاب الـبر والصـلة والآداب، بـاب قبح الكـذب وحسن الصدق وفضله، ح 2607. sunnah.com

[42] صحيح مسلم، كتاب البر والصلة والآداب، باب فضل الرفق، ح 2594. sunnah.com

[43] السيوطي، جلال الدين عبد الـرحمن بن أبي بكـر الأشـباه والنظـائر في قواعـد وفـروع فقـه الشافعية. ط1. بيروت: دار الكتب العلمية؛ 1403هـ (1983م). نسخة إلكترونية: shamela.ws

[44] ابن نجيم، زين الدين بن إبراهيم بن محمـد (ت 970هـ). الأشـباه والنظـائر على مـذهب أبي حنيفة النعمان. تحقيق زكريا عميرات. ط1. بيروت: دار الكتب العلمية؛ 1419هـ (1999م). نسخة إلكترونية: shamela.ws

[45] الزرقا، أحمد بن محمد. شرح القواعد الفقهية. تحقيق مصطفى أحمد الزرقـا. ط2. دمشـق: دار القلم، 1409هـ (1989م). نسخة إلكترونية: shamela.ws

[46] وزارة الصحة. اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ (22/9/2017م). moh.gov.sa

[47] وزارة الصحة. نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية. الإصدار الثالث. الريـاض: وزارة الصحة؛ 1440هـ (2019م). moh.gov.sa

[48] نظـام حمايـة البيانـات الشخصـية، الصـادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/19) وتـاريخ 9/2/1443هـ، والمعـدل بالمرسـوم الملكي رقم (م/148) وتـاريخ 5/9/1444هـ. هيئـة الخـبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[49] وزارة الصحة. وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى. الرياض: وزارة الصحة. moh.gov.sa

Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the [50] best policy. Ann Intern Med. 1999;131(12):963–7. https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00010

Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, et al. Liability claims and costs [51] before and after implementation of a medical error disclosure program. Ann Intern Med. 2010;153(4):213–21. https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00002

Kachalia A, Sands K, Van Niel M, et al. Effects of a communication-and- [52] resolution program on hospitals' malpractice claims and costs. Health Aff (Millwood). 2018;37(11):1836–44. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0720

Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, et al. Relation between [53] malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the

Harvard Medical Practice Study III. N Engl J Med. 1991;325(4):245–51. https://doi.org/10.1056/NEJM199107253250405

Agency for Healthcare Research and Quality. Communication and [54] Optimal Resolution (CANDOR) toolkit. Rockville (MD): AHRQ; 2016 (reviewed August 2022). ahrq.gov

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Australian [55] Open Disclosure Framework. Sydney: ACSQHC; June 2026. safetyandquality.gov.au

Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees, 154 Cal. App. [56] 2d 560; 317 P.2d 170 (Cal. Ct. App. 1957). law.justia.com

Johnson v. Kokemoor, 545 N.W.2d 495 (Wis. 1996). law.justia.com [57]

Chester v Afshar [2004] UKHL 41 (14 October 2004). House of Lords. [58] publications.parliament.uk

Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11 (11 March [59] 2015). The Supreme Court of the United Kingdom. supremecourt.uk

General Medical Council. Decision making and consent. London: GMC; [60] 2020 (updated 2024). gmc-uk.org

Shoenberger JM, Yeghiazarian S, Rios C, Henderson SO. Death [61] notification in the emergency department: survivors and physicians. West J Emerg Med. 2013;14(2):181–185. doi:10.5811/westjem.2012.10.14193

[62] صحيح البخاري، كتاب الجنائز، ح 1284؛ وصحيح مسلم، كتاب الجنائز، باب البكاء على الميت، ح 923 (حديث أسامة بن زيد رضي الله عنهما). sunnah.com

Schloendorff v. Society of New York Hospital, 211 N.Y. 125; 105 N.E. 92 [63] (N.Y. 1914). sps.columbia.edu

Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority [1985] UKHL 7; [64] [1986] AC 112. House of Lords. globalhealthrights.org

U.S. General Accounting Office. Patient Self-Determination Act: providers [65] offer information on advance directives but effectiveness uncertain. GAO/HEHS-95-135. Washington (DC): GAO; 1995. govinfo.gov