الباب الثالث

أخلاقيات التأهيل والتمريض والمهن الصحية المساندة

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات التأهيل والتمريض والمهن الصحية المساندة». 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 السادس عشر

أخلاقيات التأهيل والتمريض والمهن الصحية المساندة

نطاق الممارسة والاستقلال المهني • المناصرة التمريضية ورفض الأمر غير الآمن • التفويض بين المهن والإشراف عليه • التأهيل وأهدافه وكرامة المخاطرة • الستر ومنع الخلوة في الرعاية اليومية والقرار 81 (12/8) • التعب والعمل والأسرة • أربع حالات تطبيقية ومواقف متكررة

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 الثالث: الفريق والمؤسسة والتمويل • الجمهور المقصود: الممرضون والقابلات، واختصاصيو العلاج الطبيعي والوظيفي والنطق والسمع والتغذية والخدمة الاجتماعية، والفنيون والمساعدون الصحيون، وقادة التمريض والتأهيل، ومن يعلّم هذه المهن • الفصل الأم لـ: نطاق ممارسة التمريض والقبالة والمهن الصحية المساندة، والمناصرة التمريضية، والتفويض بين المهن والإشراف عليه، والتأهيل وأهدافه، ونص قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 81 (12/8) في مداواة الرجل للمرأة • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 6، 7، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 25، 27 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

خلاصة الفصل

لا يتلقى المريض الرعاية من مهنة واحدة، لكنه يتضرر حين تصبح المسؤولية بلا صاحب. والتمريض والمهن الصحية المساندة ليست أيديًا تنفذ أوامر الطبيب، بل مهن مرخصة لها معرفة متخصصة وحكم سريري ومسؤولية مباشرة عن أفعالها وامتناعها. ويعرّف نطاق ممارسة

CC BY-NC-ND 4.0

التمريض والقبالة الصادر عن الهيئة السعودية للتخصصات الصحية سنة 2023 النطاقَ بما تأهل له الممارس وثبتت كفاءته فيه وأُذن له به، ويقرن المساءلة بقدر من الاستقلال [1].

ويعالج الفصل هذه المهن بنموذج الأركان الأربعة. ففي الركن الطبي يبين خريطة المهن وأهداف التأهيل، وطبقات الصلاحية الخمس، وحقوق التفويض الخمسة، والتصعيد عند التدهور، وإدارة خطر التعب. وفي الركن الأخلاقي يضبط المناصرة بوصفها وكالة أخلاقية لا طاعة عمياء ولا تمردًا، ويعالج عدالة توزيع العمل، والحدود والخصوصية، والمظهر المهني، والعمل والأسرة. وفي الركن الفقهي يؤصل للأمانة والطاعة في المعروف، ويبسط نص القرار 81 (12/8) ويصرح بأن تنزيله على التمريض والتأهيل قياس. وفي الركن النظامي يعرض نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته ونطاق الهيئة، ونظام العمل، ثم يحيل التحرش وحماية الطفل إلى فصليهما.

وينتهي الفصل إلى أن الاستقلال بلا كفاءة تهور، والطاعة بلا حكم مهني خطر، والتفويض بلا إشراف تخلٍّ، وأن التأهيل الناجح هدف يضعه المريض مع الفريق لا خطة تُفرض عليه. وتُحلل أربع حالات: أمر شفهي بجرعة عالية الخطورة لطفل تشك الممرضة في صحتها، وتفويض إجراء لمساعد غير مؤهل، ومريض بعد سكتة يصر على العودة إلى منزله، وممرضة تقدم عناية حميمة لمريض رجل ليلًا.

الكلمات المفتاحية: نطاق الممارسة؛ التمريض؛ المهن الصحية المساندة؛ التأهيل؛ المناصرة؛ التفويض؛ الإشراف؛ التصعيد؛ التعب المهني؛ الخلوة؛ مداواة الجنس الآخر؛ الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

التمريض أكبر مهن الصحة عددًا، وهذا شيء يراه كل من مشى في ممرات مستشفى؛ فقد قدّر تقرير منظمة الصحة العالمية عن حالة التمريض في العالم سنة 2020 عدد الممرضين بنحو 28 مليونًا، وهم أكثر من نصف العاملين الصحيين في العالم، مع عجز عالمي قدره 5.9 ملايين ممرض [2]. ثم حدّث تقرير 2025 هذه الأرقام: 29.8 مليون ممرض عام 2023 بعد 27.9 مليونًا عام 2018، وعجز قدره 5.8 ملايين يُتوقع أن ينخفض إلى 4.1 ملايين بحلول 2030م، مع تفاوت كبير بين الأقاليم [42]. وإلى جانب التمريض طيف من المهن: العلاج الطبيعي والوظيفي، ومعالجة النطق والسمع، والتغذية، والخدمة الاجتماعية، والأشعة والمختبر والتخدير، والإسعاف والقبالة. وكلها داخلة في تعريف «الممارس الصحي» في المادة الأولى من نظام مزاولة المهن الصحية [3].

ويتحدد عمل هذه المهن في المملكة بطبقات بعضها فوق بعض: النظام ولائحته، ثم التصنيف والتسجيل المهني لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، ثم وثائق النطاق التي تصدرها، ثم الوصف الوظيفي والامتيازات وسياسات المنشأة. وأبرز ما صدر في ذلك وثيقة «نطاق ممارسة التمريض والقبالة في المملكة العربية السعودية» عن مجلس التمريض والقبالة بالهيئة سنة 2023 [1].

والمعضلة في هذه المهن قلّما تكون بين حق ظاهر وباطل ظاهر، وإنما هي في الغالب بين أمر صادر ممن هو أعلى رتبة وحكم مهني يرى الخطر؛ وبين نقص في الكادر ومهمة لا يحسنها من

CC BY-NC-ND 4.0

كُلف بها؛ وبين رغبة مريض في العودة إلى بيته وتقدير فريق التأهيل لخطر سقوطه؛ وبين حاجة المريض إلى الرعاية وضوابط الستر ومنع الخلوة.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الوكالة الأخلاقية للممرض. يعالج كتاب «أخلاقيات التمريض» الذي حرره Deem وLingler سنة 2024، في تسع عشرة مقالة، أسس أخلاقيات التمريض وهويته العملية ووكالته الأخلاقية ومستجدات قضاياه [4]. ويقرر ميثاق أخلاقيات التمريض الصادر عن المجلس الدولي للممرضين (ICN)، في مراجعته لسنة 2021، أن الممرضين مناصرون للمرضى، وأنهم يتخذون الإجراء المناسب لحماية الأفراد والأسر والمجتمعات إذا تعرضت صحتهم للخطر من زميل أو غيره، أو من سياسة أو ممارسة، أو من إساءة استعمال للتقنية [5].

التفويض. وضعت الإرشادات الوطنية الأمريكية لتفويض المهام التمريضية (NCSBN وANA، 2019) «الحقوق الخمسة للتفويض»: المهمة الصحيحة، والظرف الصحيح، والشخص الصحيح، والتوجيه والتواصل الصحيحان، والإشراف والتقويم الصحيحان. وقررت أن الممرض المرخص لا يجوز له أن يفوّض الحكم التمريضي ولا أي نشاط يقتضي حكمًا أو قرارًا حرجًا [6]. وتوافق وثيقة الهيئة السعودية هذا الأصل حين تجعل المفوِّض مسؤولًا عن ملاءمة المهمة ودعم المنفذ، والمنفذ مسؤولًا عن إظهار حدود كفاءته [1].

التصعيد عند التدهور. جمعت مراجعة منهجية نشرها Chua وزملاؤه سنة 2017 ثلاثين دراسة عن العوامل المؤثرة في استدعاء فريق الاستجابة السريعة. ومن أبرز ما يعوق الاستدعاء تسلسل الرتب، وخوف الممرضين من النقد، وضغط العمل ونقص الكادر، والتردد في انطباق معايير الاستدعاء [7]؛ وكلها مما يعرفه أهل الأجنحة.

التأهيل. تعرّف منظمة الصحة العالمية التأهيل بأنه مجموعة تدخلات تهدف إلى تحسين الأداء الوظيفي وخفض الإعاقة لدى من لديهم حالات صحية في تفاعلهم مع بيئتهم. وتقدّر أن نحو 2.4 مليار إنسان يعيشون بحالة صحية قد ينتفعون بالتأهيل [8]. ويقوم فهمه الحديث على التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والإعاقة والصحة (ICF) الذي اعتمدته جمعية الصحة العالمية سنة 2001 [9].

ما يضيفه الفصل. هذه الأدبيات تعالج كل مسألة في سياقها، والغالب عليه السياق الغربي. ويضيف الفصل ثلاثة أمور: أن يجمع النطاق والتفويض والمناصرة والتأهيل في منهج واحد للقرار؛ وأن يؤصل فقهيًا الاستقلال المهني والطاعة المقيدة بالمعروف؛ وأن يربط ذلك بالنصوص السعودية النافذة، مع بيان حدود الاستدلال بالقرار 81 (12/8) على غير الطبيب.

المشكلة والسؤال المركزي

وتنشأ المعضلة حين يتزاحم واجبان مشروعان: أن يتعاون الممارس مع الفريق ويحترم من يملك القرار الطبي، وألا يؤذي مريضه بفعل يعلم خطره. ومثل ذلك التزاحم بين استمرار الخدمة مع نقص الكادر وسلامة المريض، وبين احترام اختيار المريض وحمايته من السقوط، وبين الرعاية العاجلة وضوابط الستر.

CC BY-NC-ND 4.0

والسؤال المركزي: **متى يكون للممرض أو اختصاصي التأهيل أو الفني أن يقرر أو يمتنع أو يصعّد؟ وكيف يُوزَّع التفويض والإشراف حتى لا تضيع المسؤولية بين من أمر ومن نفّذ؟**

الأهداف والحدود

ويريد الفصل أن يخرج منه القارئ قادرًا على أن يميز بين النطاق والكفاءة والامتياز، وأن يطبق حقوق التفويض الخمسة، وأن يمارس المناصرة بسلّم تصعيد منضبط، وأن يضع أهداف التأهيل مع المريض لا عنه، وأن يعرف ضوابط الستر ومنع الخلوة في الرعاية اليومية.

ويقتصر الفصل على ما يخص هذه المهن. فلا يبسط الإذن الطبي ورفض العلاج (انظر الفصل 5)، ولا الحدود المهنية العامة والهدايا والعلاقات (انظر الفصل 6)، ولا السر (انظر الفصل 7)، ولا الضمان وتوزيعه (انظر الفصل 10)، ولا الإبلاغ عن الخطأ والثقافة العادلة (انظر الفصل 11)، ولا حقوق الممارس وصحته المهنية والعنف ضده (انظر الفصل 12)، ولا التنمر والتحرش والسلامة النفسية للفريق (انظر الفصل 14)، ولا إشراف المتدربين (انظر الفصل 15). بل يذكر من كل ذلك خلاصة ما يلزم ويحيل إلى موضعه.

أولًا: الركن الطبي

1-1 خريطة المهن ودورها العلاجي

التأهيل عملية تستهدف الوظيفة والمشاركة وجودة الحياة، لا إصلاح عضو واحد. ويعرض دليل أكسفورد في طب التأهيل هذا الفن في طبعته الثالثة ضمن فريق متعدد المهن [10]. ويقوم التصنيف الدولي للأداء الوظيفي على رؤية الإنسان في وظائف جسده وأنشطته ومشاركته وعوامل بيئته [9]. فقد يكون هدف العلاج الطبيعي منع السقوط، والعلاج الوظيفي استعادة نشاط يومي، ومعالجة النطق والبلع منع الشفط وتحسين التواصل، والتغذية كفاية المدخول، والخدمة الاجتماعية إزالة عائق السكن أو الدعم. ونجاح الفريق هدف مشترك قابل للقياس، لا هيمنة تخصص على آخر.

وأهداف التأهيل تُصاغ مع المريض لا عنه. فالسؤال الأول ليس «ما الذي يعجز عنه؟» بل «ما الذي يريد أن يعود إليه؟»: الصلاة قائمًا، أو صعود درج البيت، أو الأكل مع الأسرة، أو العودة إلى العمل. ثم يُترجم ذلك إلى أهداف قابلة للقياس ومدة ومسؤول. وإذا اختلف هدف المريض عن تقدير الفريق، فتلك معضلة أخلاقية لا خلل إداري (انظر الحالة الثالثة).

ويعرض Bulger أدوار الممرضين والمهن الصحية المساندة ومسؤولياتهم الأخلاقية ضمن الرعاية متعددة المهن [11]. ويلخص الجدول الآتي جوهر الحكم المهني لكل دور وموضع تكامله.

جدول: المهن ومواضع حكمها المهني

المهنة أو الدور	جوهر الحكم المهني	موضع التكامل
الممرض المسجل	تقييم تمريضي، وخطة رعاية، ومراقبة واستجابة، ودواء وتثقيف وتنسيق ضمن النطاق	يربط التغيرات السريرية بالطبيب وبقية الفريق ويغلق حلقة المتابعة

CC BY-NC-ND 4.0

المهنة أو الدور	جوهر الحكم المهني	موضع التكامل
العلاج الطبيعي	الحركة والقوة والتوازن والألم والوقاية من السقوط	يوازن التحمل مع المرض القلبي أو التنفسي والجراحة والأجهزة
العلاج الوظيفي	النشاط اليومي والبيئة والتكيف والعودة إلى المنزل أو العمل	يترجم التشخيص إلى استقلال عملي ويقيّم مخاطر المنزل
معالجة النطق والسمع والبلع	التواصل والسمع والبلع وخطر الشفط	يؤثر في قرار الغذاء والدواء وفي قدرة المريض على التعبير والإذن
التغذية السريرية	الاحتياجات وخطة التغذية ومراقبة التحمل	يتكامل مع المختبر والدواء والبلع والمرض المزمن
الخدمة الاجتماعية الصحية	الدعم والحماية والموارد والخروج الآمن	تكشف العنف أو العزلة أو عائق التكلفة وتربط بالخدمات
الفني أو المساعد الصحي	مهام محددة متكررة ضمن تدريب وإشراف	لا يُحمَّل حكمًا سريريًا ولا مهمة تتجاوز كفاءته بسبب النقص

1-2 الاستقلال المهني وحدود الصلاحية

تعرّف وثيقة الهيئة ثلاثة مفاهيم متلازمة. **المسؤولية** التزام أداء الواجب والجواب عن الأفعال والقرارات. و**المساءلة** الالتزام بتفسير الفعل أو الامتناع وقبول تبعته. و**الاستقلال** قدرة الممرض أو القابلة على اتخاذ القرار في رعاية المريض الفرد بمعرفته المهنية وحكمه السريري [1]. فلا يُكافأ الصمت بوصفه طاعة، ولا المعارضة غير المعللة بوصفها استقلالًا.

وتتكون الصلاحية من خمس طبقات متتابعة: مؤهل معتمد، وتصنيف وتسجيل ساريان، ونطاق مهني منشور، وكفاءة حالية مثبتة، وامتياز أو سياسة داخل المنشأة. وسقوط واحدة منها قد يمنع إجراءً ولو قدر عليه الشخص تقنيًا. وفي المقابل لا يجوز لسياسة قديمة أن تلغي دورًا مهنيًا بلا سبب سلامة أو سند تنظيمي، بل يُرفع التعارض إلى القيادة المهنية والحوكمة. وتفضّل «أداة قرار نطاق الممارسة» هذه الطبقات (انظر المبحث خامسًا، 5-1).

ويظهر الاستقلال في حق التقييم وإعادة التقييم، ورفض مهمة خارج النطاق أو الكفاءة، وطلب الاستشارة، والدفاع عن المريض، وإيقاف العمل عند خطر وشيك. وتنص وثيقة الهيئة على أن كل ممرض وقابلة مسؤول عن فعله المهني، وأن عليه أن يرفض المهمة المفوضة أو المسندة إذا كانت كفاءته فيها محدودة، وأن يتخذ ما يلزم لاكتسابها [1]. لكن الرفض يقترن ببيان السبب والحل. فلا يقول الممارس «لن أفعل» ثم يغادر، بل يثبت الخطر، ويحفظ الرعاية الأساسية، ويطلب بديلًا مؤهلًا، ويصعّد في زمن يناسب الحالة.

CC BY-NC-ND 4.0

والوصف الوظيفي قد يكون أضيق من الترخيص بحسب الامتياز وسياسة الجهة، لكنه لا يوسع النطاق وحده. وأمر الطبيب لا يُعفي من الحكم المهني؛ فالممرض يتحقق من الهوية والجرعة والطريق والحساسية والتعارض، ويوقف غير الآمن.



شكل: طبقات الصلاحية الخمس، وأثر سقوط إحداها.

1-3 التفويض الآمن: الحقوق الخمسة

التفويض إسناد مهمة محددة إلى من يؤديها مع بقاء مسؤولية المفوِّض عن حسن الاختيار والمتابعة. وتوضح وثيقة الهيئة أن المفوِّض مسؤول عن ملاءمة المهمة للمنفذ وعن توافر الدعم والموارد له، وأن المنفذ يتحقق من دخول المهمة في نطاقه ويُظهر حدود كفاءته ويعطي المفوِّض تغذية راجعة. وتفرق بين الإشراف المباشر بحضور المشرف مع المنفذ، والإشراف غير المباشر الذي يقوّم فيه المشرف النتائج دون حضور [1]. ولهذا لا يكفي قول الطبيب «أنا أمرت» ولا قول الممرض «أنا نفذت» إذا كان الخطر متوقعًا.

جدول: الحقوق الخمسة للتفويض وعلامات الرفض [6]

الحق	السؤال قبل التفويض	علامة الرفض أو التصعيد
المهمة الصحيحة	هل يمكن فصلها عن حكم سريري لا يملكه المنفذ؟	المهمة تحتاج تقييمًا أو قرارًا أو دواءً عالي الخطورة خارج النطاق
الظرف الصحيح	هل المريض مستقر والموارد متاحة؟	تدهور، أو هوية غير مؤكدة، أو جهاز غير مأمون، أو ضغط يمنع المتابعة
الشخص الصحيح	هل أثبت المنفذ الكفاءة الآن، لا قديمًا فقط؟	أول مرة بلا تدريب، أو ترخيص أو امتياز غير مناسب
التوجيه والتواصل الصحيحان	هل الغرض والخطوات وحدود التغيير والتصعيد واضحة؟	أمر شفهي مبهم، أو اختصار غير مفهوم، أو لا خطة عند الفشل
الإشراف والتقويم الصحيحان	من المتاح، ومتى يراجع النتيجة؟	المفوِّض سيغيب، ولا قناة استدعاء، ولا توثيق ولا تغذية

CC BY-NC-ND 4.0

الحق	السؤال قبل التفويض	علامة الرفض أو التصعيد
		راجعة

لا يُفوَّض التقييم الأولي، ولا تفسير التغير، ولا قرار غير قابل للعكس، لمن دُرّب على تنفيذ خطوة فقط [6]. وإذا تغيرت حالة المريض بعد التفويض عاد القرار إلى المفوِّض أو الممارس المؤهل. ولا يُتخذ النقص العددي ذريعة لتطبيع التجاوز؛ فقد يبرر الطارئ توزيعًا استثنائيًا مؤقتًا بخطة وإشراف، لكنه لا يصنع نطاقًا دائمًا.

1-4 التسليم والتصعيد عند التدهور

يقع كثير من الضرر عند الانتقال: من مناوبة إلى أخرى، أو من المستشفى إلى المنزل، أو من العيادة إلى المختبر. والتسليم الآمن يحدد الهوية، والحالة الحالية، والخطر المتوقع، والمهام المعلقة، ومالك كل مهمة، وموعد إعادة التقييم، ببنية ثابتة لا تغني عن الاستماع والقراءة الراجعة. وأحكام التسليم ونقل المعلومة داخل الفريق مبسوطة في موضعها (انظر الفصل 14).

وقد تمنع الهرمية الممرض أو الفني من استدعاء فريق الاستجابة السريعة. ففي مراجعة Chua وزملائه أفاد 75.9% من المستجيبين في إحدى الدراسات بأنهم يتصلون بالطبيب المعالج قبل تفعيل فريق الطوارئ الطبية، وخشي الممرضون النقد من الأطباء ومن أعضاء الفريق نفسه، وكان احتمال تأخر الاستدعاء في المناوبات الليلية أعلى بنحو 3.25 مرة [7]. لذلك يجب أن تتيح المنشأة مسارًا ثانيًا عند تجاهل النداء، وأن تحمي المبلّغ حسن النية، وأن تدرّب القادة على أن يسألوا الممرض الأقرب: ما الذي يقلقك؟ لا أن يُسكتوا القلق لأنه لم يُصَغ بلغة الطبيب.

1-5 المناوبة الليلية وإدارة خطر التعب

التعب خطر سريري ومهني معًا. يقل النوم بعد العمل الليلي بسبب الضوء والضوضاء ومسؤوليات المنزل، ويزداد الخطأ مع تراكم المناوبات وقلة الاستراحة والعمل الإضافي والتنقل الطويل. وقد حللت مراجعة Rosa وزملائها أربعًا وعشرين دراسة، وخلصت إلى أن العمل بالمناوبات يخل بالتوازن النفسي الجسدي ويخفض الأداء، وأنه عامل خطر للضغط واضطرابات النوم والاضطرابات الاستقلابية [12].

وفي دراسة بريطانية شملت 229 ممرضًا وقابلة يعملون ليلًا، سجّل 28% نعاسًا نهاريًا غير طبيعي، وارتبط ارتفاع النعاس بحوادث قيادة وشيكة ارتباطًا دالًا (نسبة الأرجحية 2.75). لكن معدل الاستجابة كان 12% فقط، فلا يصح تعميم أرقامها [13]. ووجد تحليل تلوي شمل 18,199 ممرضًا في سبع عشرة دراسة أن العاملين بالمناوبات الدوارة أو غير المنتظمة أكثر عرضة لآلام الظهر المرتبطة بالعمل من العاملين نهارًا بانتظام [14]. وفي تحليل تلوي حديث للعاملين الصحيين أثناء الأوبئة ارتبطت ساعات العمل الطويلة وثقل عبء العمل بالتعب، وكان التعافي الكافي بين المناوبات من العوامل الواقية [15].

والدرس الصحيح إدارة خطر التعب، لا استنساخ رقم أجنبي. وتوزّع «حزمة سلامة المناوبة الليلية» واجبات الوقاية بين المنشأة والفرد (انظر المبحث خامسًا، 5-3). أما حق الممارس في الراحة وامتناعه المؤقت عن الإجراء عالي الخطورة، وأدلة الإرهاق والاحتراق لدى الممارسين عامة، فمبسوطة في موضعها (انظر الفصل 12، المبحث أولًا، المطلب 1-4). والسلامة النفسية للفريق في موضعها (انظر الفصل 14).

CC BY-NC-ND 4.0

عند التعب الحاد. إذا خشي الممارس خطأً وشيكًا أوقف الإجراء غير العاجل، وأبلغ قائد المناوبة، وطلب مراجعة مزدوجة أو بديلًا، وحفظ الرعاية الأساسية حتى التسليم. فلا يترك الوحدة فجأة، ولا يُجبر على إجراء دقيق وحده بعد إبلاغه خطرًا معقولًا دون تقييم.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 المناصرة: وكالة أخلاقية لا طاعة عمياء

والمناصرة (advocacy) أن يتكلم الممارس عن مصلحة المريض وحقوقه حين لا يستطيع المريض أن يتكلم، أو حين يتكلم فلا يُسمع صوته. وتجعلها وثيقة الهيئة من مجال المهنية والممارسة الأخلاقية: يناصر الممرض كرامة الأفراد وثقافتهم وقيمهم ومعتقداتهم وحقوقهم [1]. ويقرر ميثاق المجلس الدولي للممرضين أن الممرضين مناصرون للمرضى، وأنهم يحفظون ثقافة ممارسة تشجع الحوار المفتوح [5].

وأدبيات أخلاقيات التمريض تقدم الممرضَ فاعلًا أخلاقيًا ذا هوية مهنية ومعرفة عملية، لا ناقلًا محايدًا لأمر غيره [4]. فإذا كان القرار يعتمد على مراقبته وجب أن يشارك فيه، وأن تُسمع شهادته عند التدهور، وأن يستطيع رفض غير الآمن من غير أن يُنتقم منه.

وللمناصرة حدود تحفظها من أن تصير وصاية أو صراعًا:

- **هي لصالح المريض لا لصالح المهنة.** فلا تُتخذ منبرًا لنزاع صلاحيات بين التمريض والطب.
- **تبدأ بالوقائع.** يفرق الممارس بين قلق له دليل وخلاف شخصي، ويطلب المراجعة ولا يحجب معلومة.
- **تتدرج.** من السؤال والتحقق، إلى التعبير الصريح عن القلق، إلى التصعيد، ثم الإيقاف عند الخطر الوشيك. وأصل هذا التدرج في سلّم الاعتراض الآمن (انظر الفصل 14، المبحث خامسًا، 5-2)، وما يخص التمريض منه في المبحث خامسًا، 5-2 من هذا الفصل.
- **لا تصادر اختيار المريض القادر.** فالمناصرة تحمي صوت المريض، لا أن تستبدل به صوت الممارس.

والتوزيع العادل للسلطة يجعل القرار قريبًا ممن يملك المعرفة. فالطبيب يقرر ما يدخل في اختصاصه، والممرض يملك حكم الرعاية والمراقبة ضمن نطاقه، واختصاصي التأهيل يقرر أدواته وأهدافه، والصيدلي يراجع الدواء، والمختبر يوقف عينة فاسدة. والقرار المشترك لا يذيب التخصصات، وإنما يربطها بهدف المريض.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: التوزيع العادل للسلطة: كل مهنة تقرر فيما تملك معرفته، والقرار المشترك يربطها بهدف المريض.

2-2 كرامة المخاطرة في التأهيل

يواجه فريق التأهيل معضلة متكررة يعرفها كل من عمل فيه: مريض يريد أن يمشي، أو أن يعيش في بيته، أو أن يأكل بطريقته، والفريق يرى في ذلك خطرًا. واحترام الاستقلالية عند Beauchamp وChildress يعني أن يُمكَّن المريض القادر من أن يقرر وفق قيمه ولو خالف رأي المختصين، مع واجب إعلامه وحمايته من الضغط [16]. ومن هنا تُسمى الموازنة في التأهيل «كرامة المخاطرة»؛ فالحياة الخالية من كل خطر قد تكون عند صاحبها حياة بلا معنى.

ولكن احترام الاختيار لا يعني أن يُترك المريض لخطر لا يفهمه. فالواجب أن يُقيَّم فهمه للخطر في هذا القرار بعينه، وأن تُعرض عليه البدائل، وأن يُخفض الخطر بما يقبله: تعديل البيت، وأداة مساعدة، وزيارة منزلية تجريبية، ومتابعة قريبة. والقدرة على القرار وتقييمها مبسوطان في موضعهما (انظر الفصل 5، المبحث أولًا، المطلب 1-2؛ والفصل 27).

2-3 عدالة توزيع العمل والتقدير

والعدالة ليست مساواة حسابية في عدد المرضى؛ فرُبّ مريض واحد يحتاج من الجهد أكثر مما يحتاجه ثلاثة مستقرون. والتوزيع الأخلاقي ينظر إلى حدة الحالة، ومزيج المهارات، والخبرة، والحمل أو المرض، والمهام التي لا تُرى كالتوثيق والتثقيف ومرافقة الأسرة. فلا يُحمَّل الملتزم أكثر دائمًا لأنه لا يرفض، ولا تُسند الأعمال الشاقة إلى المستجد أو الوافد، ولا يُتخذ الجنس سببًا غير سريري للتفضيل.

والتقدير المعنوي والمالي مسألة سلامة أيضًا؛ فالأجر العادل والترقية الواضحة والتغذية الراجعة تحمي من الدوران وفقد الخبرة. ولا يجوز أن يتحول الإحسان المهني إلى مطالبة بتضحية لا حد لها؛ فالمريض لا ينتفع بفريق منهك. وفي المقابل لا يجوز للممارس أن يُنقص جودة الرعاية لظلم وظيفي وقع عليه، بل يسلك قنوات التظلم والقيادة، ويحفظ واجب الرعاية.

2-4 الخصوصية ومنع الخلوة في الرعاية اليومية

والمريض يحتاج إلى ستر وهدوء، وقد يحتاج إلى رعاية من ممارس من الجنس الآخر. فالممارسة المتوازنة تجمع بين الحاجة والخصوصية، وتمنع الخلوة والاتهام معًا. وفي الإجراء الحميم أو المغلق

CC BY-NC-ND 4.0

يُقدَّم الممارس المماثل إذا توافر من غير ضرر، وتُعرض المرافقة المهنية، ويُشرح الدور، ويؤخذ الإذن، ولا يُكشف إلا موضع الحاجة، وتبقى وسيلة استدعاء وحضور مناسب بحسب المكان. والأصول العامة للستر والحدود مبسوطة في موضعها (انظر الفصل 6، المبحث ثالثًا، المطلب 3-3).

وليست كل غرفة علاج مغلقة خلوةً بالمعنى نفسه؛ فالعبرة بإمكان الدخول، ووجود الآخرين، وطبيعة المكان والوقت. ولكن المناوبة الليلية والغرفة البعيدة والمريض فاقد الوعي تزيد الخطر والتهمة معًا. فتصمم المنشأة فرقًا ثنائية للأعمال الحساسة، وتوثق العرض والرفض، ولا تجعل المرافقة عائقًا أمام إنقاذ عاجل. فإذا تعذر الحضور في طارئ أُدي القدر الضروري، ثم استُعيدت الضوابط فورًا.

وخلوة الزميلين في مكتب أو استراحة ليست في الغالب ضرورة رعاية. والأولى أن يكون اللقاء في مكان ظاهر، أو بباب مفتوح، أو بحضور ثالث، ولا سيما ليلًا. ولا يجوز أن تُتخذ أحكام الخلوة ذريعة لعزل المرأة عن التدريب أو القرار، أو لترسيخ تفاوت وظيفي؛ وإنما الحل أن يُصمم اجتماع مهني آمن يشارك فيه الجميع.

جدول: مواقف الخصوصية وضبطها

الموقف	الضبط الأخلاقي	الإجراء البديل
فحص أو عناية حميمة غير عاجلة	إذن، ومماثل أو مرافق عند الإمكان، وكشف بقدر الحاجة، وتوثيق	تأجيل قصير أو تبديل الممارس إذا لم يضر
إنعاش أو خطر فوري	الإنقاذ أولًا مع أقل كشف ممكن	استدعاء الفريق وإعادة الستر حال زوال الخطر
جلسة تأهيل طويلة في غرفة مغلقة	بيئة مرئية أو قابلة للدخول وجدول معلن	باب غير محكم، أو نافذة، أو مرافق، أو منطقة علاج مشتركة تحفظ الخصوصية
اجتماع زميلين ليلًا	غرض مهني وزمن محدد ومكان ظاهر	اجتماع افتراضي رسمي أو حضور ثالث أو مكتب مفتوح
مريض يطلب ممارسًا من جنس معين	احترام الطلب إن أمكن دون تمييز أو ضرر	شرح البدائل والاستعجال وتوثيق الاختيار

2-5 المظهر المهني: معيار لا وصم

واللباس السريري رسالة ثقة وأداة سلامة معًا. وتجمعه ثلاثة معايير: الستر والوقار، وسلامة مكافحة العدوى والإجراءات، وهوية مهنية لا تضلل المريض. ويخضع التجمل للستر والاعتدال وسياسة العدوى، وليس مجرد وجوده حكمًا تلقائيًا بسوء المهنية. وتجمع «قائمة المظهر المهني» الضوابط العملية (انظر المبحث خامسًا، 5-4).

ويجب أن تكون السياسة مكتوبة محددة، مرتبطة بسبب: عدوى، أو سلامة، أو تعريف، أو وقار. فلا تُترك لذوق المدير، ولا تُطبق على الممرضات دون غيرهن، ولا تُتخذ وسيلة لتقييم الكفاءة أو الترقية. وتُعالج المخالفة على انفراد، باحترام وتدرج، مع إتاحة تكييف ديني وثقافي ما دام لا يضر.

CC BY-NC-ND 4.0

قاعدة عدم لوم الضحية. لا تُذكر أي ملاحظة على اللباس في سياق بلاغ تحرش بما يوحي بأن الضحية هي التي سببت الفعل. فوجود سياسة للباس لا يُسقط حرمة التحرش، ولا مسؤولية المتحرش، ولا واجب المنشأة في الوقاية؛ ومسار اللباس منفصل تمامًا عن مسار الشكوى (انظر الفصل 14).

2-6 العمل والأسرة: من الوعظ إلى خطة

قد يقصّر الممارس في حق زوجه أو أطفاله فعلًا، وقد يكون هو نفسه ضحية جدول غير إنساني أو غياب رعاية للطفل. فالحكم الأخلاقي يبدأ بالوقائع لا بالصورة النمطية، فاسأل: هل الحاجات الأساسية مؤمَّنة؟ وهل الغياب عارض أم متواصل؟ وهل الجدول معلن، وشارك الزوجان في الخطة؟ وهل تجاهلت المنشأة طلبًا معقولًا؟

وتشير دراسة Cantor وزملائه (2024) إلى أن إغلاق المدارس أثناء جائحة كوفيد-19 ارتبط بتراجع توظيف الممرضات ذوات الأطفال الصغار [17]. ووجد Berkman وزملاؤه في أربع دور رعاية ممتدة أن العاملين الذين لا يدعم مديروهم توازن العمل والأسرة ينامون أقل، وأنهم أكثر عرضة لتجمع عوامل خطر قلبية وعائية [18]. وهذا لا يثبت نموذجًا واحدًا يصلح للمملكة، ولكنه يدل على أن رعاية الأسرة قيد بنيوي لا ضعف فردي، ويدعم الجداول المتوقعة والتبادل المنظم ومرافق الحضانة حيث تسمح الأنظمة.

والمسؤولية موزعة، لا يحملها طرف واحد. فعلى الممارس أن يتفق مع زوجه على توزيع الرعاية، ويؤمّن بديلًا موثوقًا، ويحمي نومه بعد الليل، ويطلب التعديل مبكرًا. وعلى الشريك أن يشارك في العبء. وعلى المنشأة أن تعلن الجداول، وتضبط الاستدعاء، وتمنع الانتقام من طلب تكييف مشروع، وتوفر مسار دعم (انظر المبحث خامسًا، 5-5).

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 أصول حاكمة

يقوم العمل الصحي على تكريم الإنسان: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ﴾ [الإسراء: 70]، وعلى التعاون: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى﴾ [المائدة: 2]. ويجمع حديث «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته» [19] مسؤولية الممارس عن مريضه، ومسؤولية المفوَّض عمن فوّضه، ومسؤولية الوالدين عن الأسرة. وتعمل هنا القواعد الكلية المبسوطة في موضعها (انظر الفصل 2، المبحث خامسًا): الضرر يزال، والمشقة تجلب التيسير، والضرورة تقدر بقدرها، وتصرف الراعي منوط بالمصلحة.

3-2 الاستقلال المهني فرع الأمانة، والطاعة في المعروف

لا يجوز للممارس أن يعمل بما لا يحسن، ولا أن يخفي خطأً أو خطرًا؛ فالكفاية شرط الأمانة. وطاعة الرئيس في العمل مقيدة بقول النبي صلى الله عليه وسلم: «إنما الطاعة في المعروف» [20]. فإذا كان الأمر ضارًا ظاهر الضرر أو خارج الكفاءة، لم تجب طاعته، بل وجب البيان والتصعيد مع حفظ المريض. وهذا هو التأصيل الفقهي للمناصرة ولرفض الأمر غير الآمن. وتفصيل درجات الطاعة وأصولها في التسلسل المهني في موضعه (انظر الفصل 14، المبحث ثانيًا، 2-3؛ والمبحث ثالثًا، 3-2).

CC BY-NC-ND 4.0

والتفـويض أمانـة في الطـرفين. فـالمفوِّض مـؤتمن على اختيـار الأهـل للمهمـة، وتصـرفه منـوط بمصلحة المريض لا بتخفيف عبئه. والمنفذ مـؤتمن على ألا يقبـل مـا لا يحسـنه، وألا يـدّعي كفـاءة ليست له. وتوزيـع الضـمان بين من أمـر ومن باشـر، وبين رئيس الفريـق والمنشـأة، مبسـوط في موضعه (انظر الفصل 10، المبحث ثالثًا).

3-3 قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 81 (12/8) في مداواة الرجل للمرأة

صدر القرار في الدورة الثامنة لمجمع الفقه الإسلامي الدولي في بندر سيري بيجوان ببرونـاي، 1–7 محرم 1414هـ (21–27 يونيو 1993م)، ونصه في الحكم:

> «الأصل أنه إذا توافرت طبيبـة متخصصـة يجب أن تقـوم بالكشـف على المريضـة، وإذا لم يتوافر ذلك فتقوم بذلك طبيبة غير مسلمة ثقة، فإن لم يتوافر ذلك يقوم به طـبيب مسـلم ... على أن يطلع من جسم المرأة على قدر الحاجـة في تشـخيص المـرض ومداواتـه، وألا يزيد عن ذلك، وأن يغض الطـرف قـدر اسـتطاعته، وأن تتم معالجـة الطـبيب للمـرأة هـذه بحضور: محرم، أو زوج، أو امرأة ثقة خشية الخلوة» [21].

وأوصى المجمـع السـلطات الصـحية بتشـجيع النسـاء على دراسـة العلـوم الطبيـة والتخصـص في فروعها، وخاصة أمراض النساء والتوليد، حتى لا يُضطر إلى قاعدة الاستثناء [21].

دلالة القرار. يقرر القرار ثلاثة أصـول: تقـديم المماثـل عنـد تـوافره، وجـواز غـيره عنـد الحاجـة بترتيب، والاقتصار في الاطلاع على قدر الحاجة مع حضور يمنع الخلوة. وموضوعه نصًّا الطبيبُ مع المريضة.

حدود التنزيل. تنزيل القرار على الممرضة مع المـريض الرجـل، وعلى الممـرض مـع المريضـة، وعلى اختصاصـي التأهيـل والفـني، **قيـاسٌ من المؤلـف** لا نص في القـرار. وجامعـه أن العلـة واحدة: كشف العورة للحاجـة، وخشـية الخلـوة. ويُـراعى في القيـاس فرقـان. الأول أن كثـيرًا من أعمال التمريض والتأهيل متكرر وطويل، فتكـون الحاجـة إلى المماثـل أظهـر وتنظيمهـا أيسـر في الجدولة. والثاني أن بعضها عاجل لا يحتمل الانتظار، فيقدَّم حفظ النفس والضـرورة تقـدر بقـدرها. ولا يجوز تأخير إسعاف يهدد النفس انتظـارًا لمماثـل أو محـرم؛ وبعـد زوال الضـرورة يعـود السـتر والحضور والتوثيق.

3-4 الخلوة بين الزملاء

ورد في مجموع فتاوى الشـيخ عبـد العزيـز بن بـاز (9/439)، في جـواب سـائل طـبيب يجلس مـع ممرضـة في غرفـة الكشـف قبـل حضـور المرضـى، أنـه لا يجـوز للطـبيب ولا للممـرض أن يخلـو بممرضة، في غرفة الكشف أو غيرها [22]. ويُستفاد منه في تصـميم المناوبـة وأمـاكن الاسـتراحة والاجتماعات: باب مفتوح، أو مكان ظاهر، أو حضور ثالث. ولا يُستفاد منه عزل المـرأة عن العمـل أو التدريب، بل تنظيم البيئة.

3-5 الستر والزينة

الستر مقصد شرعي، والزينـة المباحـة في أصـلها تتقيـد في مكـان العمـل بـألا تكـون تبرجًـا أمـام الأجانب، وألا تضر بالنظافة أو السلامة. والواجب ألا يُجعل بـاب الزينـة أداة لاتهـام النيـات؛ فيُنظـر

CC BY-NC-ND 4.0

إلى الظاهر المنضبط والسياسة العادلة، ويُنصح بسرية وحكمة. وتحريم التحرش والاعتداء ثـابت لا يتغير بلباس المعتدى عليه.

3-6 حقوق الأسرة وحفظ النفس

قال تعالى: ﴿وَعَاشِرُوهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ﴾ [النساء: 19]، والمعروف متبـادل يتضـمن التشـاور والرحمـة وعدم الإضرار. وفي حديث سلمان لأبي الدرداء الذي أقره النبي صلى الله عليه وسلم: «إن لربك عليك حقًا، ولنفسك عليك حقًا، ولأهلك عليك حقًا، فأعط كل ذي حق حقه» [23]. فلا يُجعل العمل سببًا دائمًا لإسقاط حق الأسرة، ولا تُجعل الأسرة سببًا لمنع الرجل أو المـرأة من نفـع مشـروع بلا موازنة.

وتقدير التقصير يتغير بالقدرة والعرف والحاجـة. فالمناوبـة الليليـة وحـدها ليسـت إهمـالًا إذا أُمنت الرعاية والحماية، والعمل الإضافي المشروع ليس معصية بذاته. لكن اسـتمرار الضـرر على طفـل بلا رعاية، مع إمكان معالجته، يحتاج وقفة. ويُشرع طلب التيسير وتبادل المناوبات ورفض التكليـف الزائد عند ضرر محقق لا يُدفع ببديل.

وحفظ النفس يشمل النوم والراحة والتداوي. فليس من التوكل قيادة المركبة مع نعاس غالب، ولا إخفاء اضطراب نفسـي يهـدد المرضـى. والإدارة مؤتمنـة على ألا تكلـف بمـا يغلب على الظن أنـه يوقع الضرر، والممارس مؤتمن على ألا يخفي عجزًا مؤقتًا.

رابعًا: الركن النظامي

النظام العام لا يغني عن اللائحة ونطاق المهنة والوصف الوظيفي وسياسة المنشـأة والعقـد. وقـد تختلف أحكام الموظـف الحكـومي عن العامـل في منشـأة خاصـة؛ لـذا يُرجـع في سـاعات العمـل والمناوبات والإجازات إلى النص المطبق على الجهة، ولا تُستورد حدود ساعات من أنظمة أجنبية.

4-1 نظام مزاولة المهن الصحية

صـدر نظـام مزاولـة المهن الصـحية بالمرسـوم الملكي رقم (م/59) وتـاريخ 4/11/1426هـ [3]. ويدخل في تعريف «الممارس الصحي» في مادته الأولى الفنيون الصحيون في الأشعة والتمـريض والتخدير والعلاج الطبيعي وغيرها، والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون، وأخصائيو التغذية والصحة العامة، والقبالة، والإسعاف، ومعالجة النطق والسمع، والتأهيل الحرفي، والعلاج الحرفي [3]. فكل ما في النظام من واجبات ومسؤولية يخاطب هذه المهن كما يخاطب الطبيب.

ومن مواده ذات الصلة الخاصة بهذا الفصل:

- **المادة الخامسـة عشـرة:** تـوجب إجـراء التشـخيص بالعنايـة اللازمـة، والاسـتعانة بمن تسـتدعي ظـروف الحالـة الاسـتعانة بهم من الأخصـائيين أو المسـاعدين [3]. وهي أصـل نظامي لطلب الممارس الاستشارة وللتكامل بين المهن.
- **المادة الرابعة والعشرون:** تجعل العلاقـة بين الممارسـين قائمـة على التعـاون والثقـة المتبادلة، وتحظر الكيد للزميل والانتقاص من مكانته [3]. فالمناصرة تُمارَس بلغة مهنية لا بالتشهير.
- **المادة السابعة والعشرون:** تعد من صور الخطأ المهـني «الجهـل بـأمور فنيـة يفـترض فيمن كان في مثل تخصصه الإلمام بها»، و«استخدام آلات أو أجهزة طبيـة دون علم كـاف

CC BY-NC-ND 4.0

بطريقة استعمالها»، و«التقصير في الرقابة، والإشراف» [3]. وهـذه الصـياغة حاسـمة في التفويض: لا تُرفع المسؤولية عن المشرف بمجرد إسناد التنفيذ، ولا عن المنفذ إذا باشر ما يجهلـه. وتحليـل المـادة ومسـار الـدعوى في موضـعه (انظـر الفصـل 10، المبحث رابعًـا، المطلب 4-2).

وأصل الإذن واستثناء الطوارئ في المادة التاسعة عشرة مبسـوط في موضـعه (انظـر الفصـل 5، المبحث رابعًـا)، والسـرية في المـادة الحاديـة والعشـرين في موضـعها (انظـر الفصـل 7، المبحث رابعًا).

4-2 اللائحة التنفيذية وأخلاقيات الممارس

صدرت اللائحـة التنفيذيـة للنظـام بـالقرار الـوزاري رقم (4080489) وتـاريخ 2/1/1439هـ [24]. وفي نص الإصـدار الثـالث (1440هـ) الـذي تنشـره الهيئـة، تقـرر الفقـرة (5/2) من لائحـة المـادة الخامسة أن «يسري دليل أخلاقيات مزاولة المهنـة الصـحية والأدلـة الأخـرى الـتي تعتمـدها الهيئـة على ممارسي المهن الصحية» [24]. فوثائق النطاق وأدلة الأخلاقيات ليست إرشادًا اختياريًا. وقـد أكدت الهيئة في 20 يونيو 2026م أن الالـتزام بأخلاقيـات الممارسـة الـتزام مهـني وتنظيمي، وأن مخالفته قد تُرتب الإحالة إلى التقييم المهني أو تعليق العضوية الفاعلة أو إلغاءها [25].

4-3 نطاق ممارسة التمريض والقبالة (2023)

أصدر مجلس التمـريض والقبالـة بالهيئـة السـعودية للتخصصـات الصـحية وثيقـة «نطـاق ممارسـة التمريض والقبالة في المملكة العربية السعودية» سـنة 2023. وهي تعـرّف النطـاق بأنـه الطيـف الكامل للوظائف والمسؤوليات والأدوار والأنشطة والقدرة على القرار التي تأهل لهـا الممـرض أو القابلة وثبتت كفاءته فيها وأُذن له بأدائها [1].

وتـذكر الوثيقـة ثمانيـة مجـالات لممارسـة التمـريض: المهنيـة والممارسـة الأخلاقيـة؛ والرعايـة المتمحـورة حـول المـريض؛ والممارسـة المبنيـة على الـدليل والبحث؛ ومهـارات القيـادة والإدارة؛ وإدارة الجودة والسلامة؛ والتثقيف وتعزيز الصحة؛ والتواصل وتقنية المعلومـات؛ والتطـوير الـذاتي المستمر [1]. ومن ثم فحصر التمريض في الحقن والقياسات مخالف لصورة النطاق الحديثة، كما أن توسيع الدور بلا ترخيص وكفاءة وامتياز مخالف للسلامة.

وتقرر الوثيقـة في التفـويض والكفـاءة ثلاثـة أحكـام سـبق بيانهـا: مسـؤولية المفـوِّض عن ملاءمـة المهمة ودعم المنفذ، ومسؤولية المنفذ عن إظهار حـدوده، ووجـوب رفض المهمـة عنـد محدوديـة الكفاءة مع السعي إلى اكتسابها [1]. أما سائر المهن المساندة فيُرجـع فيهـا إلى تصـنيفها المهـني وما تعتمده الهيئة لها، وإلى امتيازات المنشأة؛ وما لم يرد فيه نطاق منشور لا يُفترض توسعه.

4-4 ساعات العمل والراحة

صدر نظام العمل بالمرسوم الملكي رقم (م/51) وتاريخ 23/8/1426هـ مع تعديلاته [26]. وتنظم مواده من الثامنة والتسعين إلى الثالثة بعد المائـة سـاعات العمـل والراحـة. ومن ذلـك أن المـادة الأولى بعد المائة تمنع أن يعمل العامل أكثر من خمس ساعات متتالية دون فترة للراحـة والصـلاة والطعام لا تقل عن نصف ساعة، وتضع حدًا أعلى لبقائه في مكان العمل في اليوم [26]. على أن بلوغ الحد النظامي لا يجعل الجدول آمنًا طبيًا بذاته؛ فقد تكـون المهمـة عاليـة الخطـورة، أو يكـون

CC BY-NC-ND 4.0

الممـارس مريضًـا أو لم ينم. فيجمـع القـرار بين الحـد النظـامي وتقـييم التعب والسـلامة والعقـد، وحقوق الممارس الوظيفية مبسوطة في موضعها (انظر الفصل 12، المبحث رابعًا).

4-5 التحرش وحماية الطفل: خلاصة وإحالة

نظـام مكافحـة جريمـة التحـرش الصـادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/96) وتـاريخ 16/9/1439هـ، والمعدل بالمرسوم الملكي رقم (م/48) وتاريخ 1/6/1442هـ، يعـرّف الجريمـة بفعـل المتحـرش، ويلزم الجهات بآلية للشكوى والسرية، ويشدد العقوبـة إذا وقعت في مكـان عمـل أو كـان للجـاني سلطة على المجني عليه [27]. فلا يُعالج التحرش بنقل الممرضة أو مطالبتها بالصـمت أو سـؤالها عن زينتها. وتفصيل النظام وتعديله وتطبيقه داخل الفريق في موضعه (انظر الفصـل 14، المبحث رابعًا، 4-3).

ونظام حماية الطفل الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتـاريخ 3/2/1436هـ يجعـل الإهمـال عدم توفير حاجات الطفل الأساسـية أو التقصـير فيهـا [28]. وهـذا النص لا يجعـل عمـل الوالـد أو الوالدة ليلًا إهمالًا تلقائيًا؛ فالمعيار الرعاية الفعلية والحماية والاسـتمرار والضـرر. وتفصـيل النظـام والإبلاغ في موضعه (انظر الفصل 25).

4-6 جدول المسؤوليات النظامية العملية

جدول: المسؤوليات الدنيا لأطراف التفويض

الطرف	مسؤوليته الدنيا	ما لا يجوز له
المنشأة	نطاقات ووصف وظيفي وامتيازات، وعدد ومزيج مهارات، وسياسة تفويض وتصعيد، وحماية وراحة وشكاوى	تعويض النقص بتكليف غير مؤهل، أو الانتقام من بلاغ السلامة
المفوِّض أو المشرف	اختيار المهمة والشخص والظرف، والتوجيه، والتوافر، ومراجعة النتيجة	إسناد حكم سريري لمن لا يملكه ثم التبرؤ من النتيجة
المنفذ	التحقق من النطاق والكفاءة والهوية، والأداء، والمراقبة، والإبلاغ والتوثيق	تنفيذ أمر مبهم أو خطير، أو إخفاء خطأ أو قصور
قائد المناوبة	توزيع عادل، ومتابعة التعب والضغط، وفتح التصعيد، وضمان التسليم	معاقبة من يطلب مساعدة، أو ترك مهمة بلا صاحب
الممارس المتعب	إبلاغ مبكر، وتقليل الخطر، وعدم القيادة أو الإجراء إذا كان غير آمن	ترك المرضى فجأة، أو الاعتماد على المنبهات وإخفاء العجز

CC BY-NC-ND 4.0

خامسًا: أدوات عملية

5-1 أداة قرار نطاق الممارسة

جدول: خمسة أسئلة قبل أي إجراء

السؤال	إذا كانت الإجابة نعم	إذا كانت لا أو غير واضحة
هل يدخل الإجراء في نطاق المهنة والتصنيف؟	انتقل إلى الكفاءة والامتياز	لا تنفذ؛ اطلب بديلًا أو رأيًا تنظيميًا
هل أثبت الممارس كفاءته الحالية؟	انتقل إلى سياسة المنشأة	تدريب وإشراف مباشر، أو رفض المهمة
هل تسمح السياسة أو الامتياز؟	قيّم المريض والموارد	تصعيد إلى القيادة؛ لا توسَّع الصلاحية شفهيًا
هل الحالة مستقرة والموارد كافية؟	نفّذ مع مراقبة	ارفع مستوى الإشراف، أو أوقف، أو أحِل
هل يعرف الجميع حدود التصعيد؟	وثّق وقيّم النتيجة	حدد اسم المسؤول والزمن قبل البدء

5-2 المناصرة التمريضية: ما يُضاف إلى سلّم الاعتراض الآمن

أصل السلّم وخطواته (السؤال، والتصريح بالقلق، والتكرار، والإيقاف، والتصعيد، والتوثيق) في موضعه (انظر الفصل 14، المبحث خامسًا، 5-2). ويضيف إليه عمل التمريض والمهن المساندة، اجتهادًا من المؤلف على وثيقة الهيئة وميثاق المجلس الدولي للممرضين [1، 5]، ثلاثة أمور:

- **قبل الإعطاء:** قراءة راجعة لكل أمر شفهي، وتحقق من الوزن في جرعات الأطفال، ومراجعة الصيدلي للدواء عالي الخطورة.
- **عند التدهور:** وصف القلق بالعلامات لا بالانطباع («ضغطه 80/40 منذ ساعة، والبول أقل من المعتاد»)، واستدعاء فريق الاستجابة السريعة مباشرة دون انتظار إذن من تجاهل النداء.
- **في خطة التأهيل:** إيقاف الجلسة المقررة إذا تغيرت حالة المريض، مع إبلاغ الفريق ومعايير الاستئناف.

5-3 حزمة سلامة المناوبة الليلية

جدول: الوقاية من التعب بين المنشأة والفرد

المحور	الإجراء المؤسسي	الإجراء الفردي
الجدولة	إعلان مبكر، وعدالة، وتقليل التحول السريع، وضبط العمل الإضافي	إبلاغ التعارض أو المرض مبكرًا، وعدم التبديل العشوائي

CC BY-NC-ND 4.0

المحور	الإجراء المؤسسي	الإجراء الفردي
مزيج المهارات	ممارس خبير متاح، وحد أدنى آمن بحسب شدة الحالات	طلب الدعم عند تجاوز القدرة، وعدم إخفاء العبء
الراحة	استراحة حقيقية مع تغطية، ومكان مناسب	استعمال الاستراحة للراحة والطعام لا لإنجاز عمل إضافي
الأعمال الخطرة	مراجعة مزدوجة للدواء عالي الخطورة	إبطاء متعمد، وقراءة راجعة، وعدم الاعتماد على الذاكرة
القيادة بعد المناوبة	تقييم، ونقل أو استراحة عند العجز قدر الإمكان	عدم القيادة عند غلبة النعاس، وترتيب بديل
التعافي والأسرة	فاصل كافٍ بين المناوبات ودعم التكيف	حماية النوم، وخطة لرعاية الطفل، ومراجعة صحية عند أعراض مستمرة

5-4 قائمة المظهر المهني

- ستر ووقار وملاءمة للمقاس دون شفافية أو ضيق أو كشف غير لازم.
- سلامة الإجراء: حذاء مناسب، وشعر أو غطاء آمن، ولا حلي أو أكمام أو زينة تعوق النظافة أو تعلق بالأجهزة.
- سياسة مكافحة العدوى: الأظافر، والساعات، والغسيل، والزي الخاص بالمناطق المعقمة.
- هوية واضحة، وعدم ادعاء رتبة أو تخصص غير صحيح.
- عطر وتجمل وزينة معتدلة لا تضر مريضًا ولا تخالف الشرع والسياسة.
- سياسة مكتوبة تطبق على الجميع بتناسب وسرية، ومنفصلة تمامًا عن معالجة التحرش.

5-5 خطة التعب والتوازن الأسري

جدول: خطوات الأيام الثلاثة والشهر الأول

المستوى	خلال 72 ساعة	خلال 30 يومًا
الفرد	تقييم النوم والخطر، وطلب الدعم، وإيقاف الإضافي غير الضروري	فحص مهني أو نفسي عند اللزوم، وخطة نوم وأسرة وحدود عمل
الأسرة	تأمين الطفل والنقل والنوم، وحوار بلا لوم	تقسيم المسؤوليات، وجدول احتياطي، ووقت أسري ثابت
المشرف	خفض المهمة الأخطر أو المراجعة المزدوجة	مراجعة الجدول والعبء والتدريب والعدالة
المنشأة	مسار سري، وعدم الانتقام	تحليل الجذور: النقص، والاستراحات، والقيادة، والتنمر، والمرونة والموارد

CC BY-NC-ND 4.0

5-6 جدول مرجعي للنصوص

جدول: النصوص الحاكمة ومواضعها

النص	مضمونه في هذا الفصل	الفصل الأم
نطاق ممارسة التمريض والقبالة (الهيئة، 2023)	تعريف النطاق، والمساءلة والاستقلال، والتفويض والإشراف، ورفض المهمة عند محدودية الكفاءة [1]	16
نظام مزاولة المهن الصحية: المواد 1، 15، 24، 27	تعريف الممارس الصحي، والاستعانة بالمختص، والتعاون بين الممارسين، والتقصير في الرقابة والإشراف [3]	16؛ والمادة 27 في الفصل 10
اللائحة التنفيذية، الفقرة (5/2) في الإصدار الثالث	سريان أدلة الأخلاقيات والأدلة المعتمدة [24]	16
القرار 81 (12/8)	المماثل أولًا، والاطلاع بقدر الحاجة، والحضور خشية الخلوة [21]	16
نظام العمل: المواد 98–103	ساعات العمل والراحة [26]	12
نظام مكافحة جريمة التحرش	تعريف الجريمة، وآلية الشكوى، والتشديد في مكان العمل [27]	14
نظام حماية الطفل	معنى الإهمال [28]	25

سادسًا: الحالات التطبيقية

تحلل الحالات الآتية بنموذج الأركان الأربعة بعد البوابات الخمس (انظر الفصل 4). وحدود الطاعة في غرفة العمليات في موضعها (انظر الفصل 14، الحالة الأولى)، والحادث القريب في جرعة الأطفال في موضعه (انظر الفصل 11، الحالة الأولى)؛ وتبقى الحالة الأولى هنا لزاوية المناصرة التمريضية والأمر الشفهي. وحالتا الإفصاح عن الخطأ الدوائي والحادث القريب في موضعهما (انظر الفصل 11)، وحالة الممرضة التي يُطلب منها تعديل السجل في موضعها (انظر الفصل 12)، فلا تُعادان هنا.

الحالة الأولى: أمر شفهي بجرعة عالية الخطورة لطفل والطبيب يقول «المسؤولية علي»

الوقائع. طفل في الرابعة في جناح الأطفال ليلًا، مصاب بالتهاب رئوي، وأصابه تشنج حراري قبل ساعتين، وحالته مستقرة الآن. أصدر الطبيب المناوب بالهاتف أمرًا شفهيًا بدواء وريدي عالي الخطورة، والجرعة المذكورة تبدو للممرضة أكبر من المعتاد لعمره، ولا يوجد في الملف وزن موثق. فطلبت الممرضة قراءة راجعة، فقال الطبيب: «أعطيه الآن، والمسؤولية علي»، ثم أغلق الخط. والأم في الغرفة تسأل: لماذا التأخير؟

CC BY-NC-ND 4.0

البوابات. الاستقرار الإسعافي: الطفل مستقر، والتأخير القصير للتحقق لا يعرضه لخطر فوري. الأمن: لا خطر جسدي. القدرة على القرار: الطفل لا يملك القرار، وأمه وليته في الإذن، وتُبلَّغ هي بسبب التأخير. صاحب الصفة: الطبيب يملك الوصف، والممرضة تملك الإعطاء ومسؤوليته، والصيدلي يملك مراجعة الجرعة. السؤال المطلوب تقريره: هل تعطي الممرضة الجرعة بناءً على قول الطبيب، أم توقفها حتى التحقق، وكيف تصعّد؟

الركن الطبي. جرعات الأطفال تُحسب بالوزن، فإذا غاب الوزن الموثق وبدت الجرعة مرتفعة فتلك علامة خطر تكفي لإيقاف الإعطاء. فتتحقق الممرضة من الوزن فعليًا، وتحسب الجرعة والتركيز والطريق، وتطلب مراجعة الصيدلي، وتعيد الاتصال بالطبيب لقراءة راجعة. وتواصل في أثناء ذلك المراقبة والعلاجات الأخرى، كخافض الحرارة.

الركن الأخلاقي. مبدأ عدم الإضرار والمناصرة يمنعان الطاعة العمياء؛ فعبارة «المسؤولية علي» لا تنقل المسؤولية الأخلاقية عمن يعطي الدواء بيده [4، 5]. فهل تبرأ اليد التي تحقن الدواء لأن غيرها أمر به؟ لا. وفي المقابل تحترم الممرضة اختصاص الطبيب، ولا تجعل الخلاف صراع رتب. وللأم أن تعرف أن التأخير لتحقق سلامة، بلغة لا تثير الذعر ولا تتهم أحدًا.

الركن الفقهي. «إنما الطاعة في المعروف» [20]، والأمر الذي يغلب على الظن ضرره ليس من المعروف حتى يُتحقق منه. والضرر يزال، ودفعه قبل وقوعه أولى. ولا تبيح عجلة الوقت جرعة غير محققة ما دامت الحالة تحتمل دقائق التحقق.

الركن النظامي. توجب المادة الخامسة عشرة العناية اللازمة والاستعانة بمن تستدعي الحالة الاستعانة به، وتعد المادة السابعة والعشرون الجهل بالأمور الفنية المفترض العلم بها من صور الخطأ المهني [3]. وتلزم وثيقة النطاق الممرض بالمساءلة عن فعله، وتجعل المناصرة من مجال المهنية [1]. فلا يُعفي الأمر الشفهي من ينفّذ.

القرار المهني الموزون. لا تُعطى الجرعة حتى يُوزن الطفل وتُحسب الجرعة ويراجعها الصيدلي وتوثَّق قراءة راجعة مع الطبيب، فإن أصر الطبيب دون تصحيح صعّدت الممرضة إلى قائد المناوبة والاستشاري المناوب؛ ويقتصر الإيقاف على هذه الجرعة، فتستمر المراقبة وسائر العلاج، ولا تنتقد الممرضة الطبيب أمام الأم، وإن تبين خطأ الجرعة أُبلغ عنها حادثًا قريبًا (انظر الفصل 11)؛ لأن الخطر محتمل وجسيم، والتحقق ممكن في دقائق دون ضرر على الطفل. واستُبعد الإعطاء اعتمادًا على «المسؤولية علي»، لأنه لا يرفع الخطر ولا المسؤولية. ويُعاد النظر إذا تدهور الطفل تدهورًا يستدعي الإنعاش، فيُتبع البروتوكول المعتمد بجرعاته المحسوبة مسبقًا ويُستدعى الفريق، أو ثبت أن الجرعة صحيحة للوزن الفعلي، فتُعطى فورًا.

الدرس. الأمر لا ينقل المسؤولية عمن ينفّذه، والمناصرة تبدأ بالتحقق والوقائع، وتنتهي بالتصعيد لا بالصمت ولا بالصدام.

الحالة الثانية: تفويض قسطرة بولية لمساعد صحي لم تثبت كفاءته في مناوبة ناقصة

الوقائع. ليلة مزدحمة في جناح الباطنة، والممرضة المسؤولة تغطي نقصًا بممرضتين. ورجل في السبعين مصاب بالتهاب رئوي، مرتبك قليلًا، احتُبس بوله منذ ست ساعات مع ألم أسفل البطن، وقد أمر الطبيب بقسطرة بولية. فطلبت الممرضة المسؤولة من مساعد صحي أن يركّبها، ولم يسبق له أن أثبت كفاءته فيها، وقالت إن النقص لا يترك خيارًا. والمساعد متردد.

CC BY-NC-ND 4.0

البوابات. الاستقرار الإسعافي: احتباس البول مؤلم ويحتاج علاجًا خلال وقت قصير، ولكنه ليس خطرًا يمنع دقائق إعادة التوزيع. الأمن: لا خطر جسدي، غير أن اضطراب المريض قد يزيد خطر الإصابة. القدرة على القرار: المريض مرتبك، وتُقيَّم قدرته على الإذن بهذا الإجراء، ويُتواصل مع أسرته إن لزم. صاحب الصفة: الممرضة المسؤولة تملك التفويض ومسؤوليته، والمساعد يملك إظهار حدوده، وقائد المناوبة يملك إعادة توزيع الكادر. السؤال المطلوب تقريره: هل يجوز تفويض الإجراء إلى هذا المساعد، وما البديل الآمن؟

الركن الطبي. تركيب القسطرة يحمل خطر الإصابة والعدوى، ويحتاج إلى كفاءة وإلى تقييم لسلوك المريض المرتبك؛ فلا يُفوَّض إلى من لم يثبت تدريبه. والبدائل قائمة: ممرضة مؤهلة من جناح مجاور، أو إعادة توزيع مؤقتة، أو تأجيل قصير مع مراقبة الألم وحجم المثانة إن توافر جهاز قياسها.

الركن الأخلاقي. العدالة في توزيع العبء لا تبرر نقل الخطر إلى المريض أو إلى المساعد. والمفوِّض والمنفذ كلاهما يملك الرفض والتصعيد، والمنشأة مسؤولة عن النقص. فإذا رفض المساعد باحترام فليس ذلك عصيانًا، بل أمانة.

الركن الفقهي. المفوِّض مؤتمن على اختيار الأهل، والمنفذ ممنوع من ادعاء كفاءة ليست له. والضرورة لا تصنع إذنًا أوسع من قدرها إذا وُجد بديل أقل خطرًا؛ فالضرورة تقدر بقدرها، ولا ضرورة مع بديل ممكن.

الركن النظامي. وثيقة النطاق تحمّل المفوِّض مسؤولية ملاءمة المهمة ودعم المنفذ، وتلزم من محدودة كفاءته برفض المهمة [1]. والمادة السابعة والعشرون تعد «التقصير في الرقابة، والإشراف» من صور الخطأ المهني [3]. وتوزيع الضمان إن وقع الضرر في موضعه (انظر الفصل 10، المبحث ثالثًا).

القرار المهني الموزون. تُقيَّم قدرة المريض على الإذن بالقسطرة، ويُستأذن هو أو من يمثله قبل التركيب (انظر الفصل 5)، ويعتذر المساعد باحترام ويبين حد كفاءته، وتستدعي الممرضة المسؤولة ممرضة مؤهلة من جناح مجاور عبر قائد المناوبة، أو تعيد ترتيب الأولويات لتركبها بنفسها، ويساعدها المساعد فيما يحسنه كتثبيت المريض وتهيئة الأدوات، دون تأخير يزيد على ما يلزم لإحضار المؤهل، مع مراقبة المريض خلاله؛ لأن الإجراء يحتاج كفاءة مثبتة، والبديل المؤهل متاح في وقت معقول. ويُعاد النظر إذا تعذر كل بديل مؤهل وتفاقم الخطر، فيُستدعى الطبيب المناوب لتركيبها، ولا يصير المساعد مؤهلًا بمجرد ضغط العمل.

الدرس. التفويض علاقة إشراف، لا ورقة يتبرأ بها المفوِّض، والنقص يُرفع خطرًا مؤسسيًا ولا يُحل بتكليف غير المؤهل.

الحالة الثالثة: مريض بعد سكتة يصر على العودة إلى منزله وفريق التأهيل يرى خطر سقوط مرتفعًا

الوقائع. رجل في الثانية والسبعين، أرمل يعيش وحده في شقة بالدور الثاني لا مصعد فيها، أمضى ثلاثة أسابيع في وحدة التأهيل بعد سكتة دماغية أضعفت جانبه الأيسر. يمشي مسافات قصيرة بمشاية تحت إشراف، ويحتاج مساعدة في الاستحمام. وقدّر العلاج الطبيعي والوظيفي خطر سقوطه مرتفعًا، فأوصيا بدار رعاية مؤقتة أو بالسكن مع أحد أبنائه. والرجل يرفض بإصرار؛ يريد بيته ومسجد حيه. وابنته تطلب من الفريق «عدم إخراجه إلا إلى دار رعاية» ولو رغمًا عنه.

CC BY-NC-ND 4.0

البوابات. الاستقرار الإسعافي: حالته مستقرة، والقرار غير عاجل. الأمن: لا خطر فوري داخل الوحدة. القدرة على القرار: وهي هنا البوابة الحاسمة؛ فالسكتة قد تؤثر في الإدراك، وتُقيَّم قدرته على هذا القرار بعينه: فهم الخطر، ووزنه، والتعبير عن اختيار ثابت. صاحب الصفة: إن ثبتت قدرته فالقرار له، لا لابنته ولا للفريق. السؤال المطلوب تقريره: هل يُحترم اختياره، وكيف يُخفض الخطر دون مصادرة قراره؟

الركن الطبي. يُجرى تقييم معرفي وتقييم للقدرة على القرار بمنهج موثق. ويقيس العلاج الطبيعي التوازن ومسافة المشي وصعود الدرج، ويزور العلاج الوظيفي البيت ليقيّم الدرج والحمام والمطبخ. ثم يُبنى الهدف معه هو، بسؤال واحد: ما الذي يلزمه ليعيش في بيته بأمان أكبر؟ درابزين، وكرسي استحمام، ومقابض، ونظام إنذار عند السقوط، وزيارات تمريض منزلي، وتعليم لأسرته، وخطة تمارين. والتأهيل بمعناه عند منظمة الصحة العالمية تحسين الأداء في تفاعل الإنسان مع بيئته، فتعديل البيئة جزء منه [8، 9].

الركن الأخلاقي. يتزاحم هنا احترام الاستقلالية والإحسان. والمريض القادر يملك أن يختار حياة فيها قدر من الخطر إذا فهمه [16]، وهو ما يُعبَّر عنه في التأهيل بكرامة المخاطرة. والإحسان هنا لا يكون بالإكراه، وإنما بخفض الخطر إلى أدنى ما يقبله. وقلق الابنة مشروع، ويُسمع منها، ولكنه لا يمنحها ولاية على أبيها القادر. ومناصرة الفريق للمريض أن يحمل صوته إلى الأسرة، لا أن يحمل صوت الأسرة إليه.

الركن الفقهي. البالغ العاقل له الولاية على نفسه، ولا ولاية لغيره عليه ما دام قادرًا؛ وأحكام الإذن ورفض العلاج مبسوطة في موضعها (انظر الفصل 5، المبحث ثالثًا). وقاعدة «الضرر يزال» توجب السعي في تقليل خطر السقوط، ولا تبيح حبسه في دار رعاية بغير رضاه. والنصيحة للمريض وبرّ الابنة بأبيها يُجمعان بالتشاور لا بالقهر.

الركن النظامي. المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية تجعل الأصل ألا يُجرى علاج إلا بموافقة المريض أو من يمثله عند عدم الاعتداد بإرادته (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). ولا نص يجيز احتجاز البالغ القادر أو نقله إلى دار رعاية دون رضاه. فإن ثبت فقد القدرة، انتقل القرار إلى من يمثله وفق الدليل السعودي للإذن الطبي، ومسائل الولاية على فاقد الأهلية في موضعها (انظر الفصل 27). ويوثَّق خروجه بخطة واضحة وبما شُرح له من المخاطر.

القرار المهني الموزون. تُقيَّم قدرة المريض على القرار وتوثَّق، فإن كان قادرًا احتُرم اختياره العودة إلى بيته بخطة خفض خطر متفق عليها: تعديلات منزلية قبل الخروج، ونظام إنذار، وزيارات تمريض وعلاج طبيعي منزلية، وتدريب أحد الأبناء، وجدول زيارات أسرية، وموعد متابعة قريب، ولا يُخرج قبل تركيب الحد الأدنى الضروري من التعديلات، ولا يعني احترام قراره التخلي عن متابعته؛ لأن المريض القادر صاحب القرار، والخطر يمكن خفضه دون إكراه، وعودته إلى بيته ومسجده هدف تأهيلي مشروع. واستُبعد نقله إلى دار رعاية رغمًا عنه، لأنه لا سند له مع قدرته. ويُعاد النظر إذا ثبت فقد قدرته على هذا القرار، أو تكرر سقوطه بعد الخروج، أو ظهر خطر لم يكن معلومًا، فيُعرض عليه أو على من يمثله بديل أكثر أمانًا.

الدرس. هدف التأهيل يضعه المريض مع الفريق لا الفريق عنه، وخفض الخطر في بيئته أولى من مصادرة اختياره.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الرابعة: ممرضة ومريض رجل في عناية حميمة ليلًا

الوقائع. رجل في الخمسين، مشلول الطرفين السفليين بعد إصابة في الحبل الشوكي، في جناح الجراحة ليلًا. تلوث ضماد جرح ضغطي قرب موضع خاص، فاحتاج إلى تنظيف وتغيير الضماد. ولا يوجد في الجناح الآن ممرض رجل، وأقرب ممرض في جناح آخر قد يتفرغ بعد ساعة. والجناح هادئ، والغرفة فردية يُغلق بابها لحفظ الخصوصية. والإجراء مهم لكنه غير إنعاشي، والمريض واعٍ.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: الإجراء غير إنعاشي، ولكن بقاء الجرح ملوثًا ساعات يزيد خطر العدوى. الأمن: الغرفة المغلقة ليلًا تزيد خطر الخلوة والتهمة للطرفين. القدرة على القرار: المريض واعٍ وقادر على الإذن وعلى اختيار الممارس. صاحب الصفة: المريض في الإذن، وقائد المناوبة في توفير الحاضر أو الممارس المماثل. السؤال المطلوب تقريره: من يؤدي الإجراء، ومتى، وبأي ضوابط؟

الركن الطبي. تشرح الممرضة للمريض الإجراء وتستأذنه، وتعرض عليه أن ينتظر الممرض الرجل إن كان التأخير لا يضره. ويقدّر الفريق ما في التأخير من خطر على الجرح. فإذا أُدي الإجراء لم يُكشف إلا موضع الحاجة، وحُفظ الستر بالأغطية، وتُرك الباب غير محكم أو حضر زميل.

الركن الأخلاقي. تتوازن هنا الخصوصية والكرامة وسلامة الحدود وحاجة العلاج. فلا تُترك الممرضة لعزلة تعرضها للخطر أو التهمة، ولا يُذل المريض بكشف لا يلزم أو بانتظار طويل يضره. وإذا طلب ممارسًا مماثلًا احتُرم طلبه ما أمكن، دون تمييز.

الركن الفقهي. يقرر القرار 81 (12/8) تقديم المماثل عند توافره، والاطلاع بقدر الحاجة، والحضور خشية الخلوة [21]. والقرار نصًّا في الطبيب مع المريضة؛ وتنزيله هنا على الممرضة مع المريض الرجل قياس بجامع العلة: كشف العورة للحاجة وخشية الخلوة (انظر المبحث ثالثًا، 3-3). والضرورة تقدر بقدرها، فإن صار التأخير ضارًا جاز للممرضة أداء اللازم بالضوابط.

الركن النظامي. تُطبق سياسة المنشأة في المرافقة والخصوصية والإذن والتوثيق، مع عدم تعطيل رعاية لازمة. والأصول العامة لحقوق المريض في الستر والكرامة في موضعها (انظر الفصل 6، المبحث رابعًا).

القرار المهني الموزون. يُعرض على المريض خياران: انتظار الممرض الرجل خلال ساعة مع تغطية الجرح مؤقتًا، أو أداء الممرضة الإجراء الآن بحضور زميلة أو زميل، بستر وكشف لا يتجاوز موضع الحاجة، مع توثيق اسم الحاضر ورضا المريض، ولا يمتد الانتظار إذا ظهر ضرر؛ لأن المماثل متوقع قريبًا والتأخير القصير لا يضر، والحضور يمنع الخلوة ويحمي الطرفين. ويُعاد النظر إذا ظهر نزف أو تلوث واسع يهدد السلامة، فيصير الإجراء عاجلًا، وتؤدي الممرضة القدر الضروري فورًا، وتستدعي المساعدة دون ترك المريض.

الدرس. الستر ومنع الخلوة يتحققان بتصميم المناوبة والحضور، لا بتأخير رعاية لازمة، ولا بعزلة تعرض الطرفين للخطر.

CC BY-NC-ND 4.0

مواقف متكررة

خطة تأهيل مكتوبة لم تعد آمنة بعد تغير حالة المريض. يأتي اختصاصي العلاج الطبيعي لجلسة المشي المقررة فيجد المريض دائخًا وضغطه منخفضًا. والجواب: يوقف التنفيذ فورًا، ويؤمّن المريض، ويقيس العلامات، ويبلغ الفريق، ويوصي ببديل وموعد جديد. وضابطه: الأمر المكتوب يحدد الهدف ولا يجمّد الوسيلة، والاستقلال المهني هنا حماية للمريض، لا خروج على الفريق؛ ويوثق السبب ومعايير الاستئناف.

نداء تصعيد تجاهله من هو أعلى رتبة. يبلغ ممرض الطبيب بتدهور مريض فيرد عليه: «راقبه حتى الصباح»، والعلامات تزداد سوءًا. والجواب: يُسلك المسار الثاني الذي توجبه سياسة المنشأة، من فريق الاستجابة السريعة أو المسؤول المناوب، ولا يُنتظر إذن ممن تجاهل النداء. وضابطه: الهرمية ليست عذرًا لتأخير التصعيد [7]، والمبلّغ حسن النية محمي من الانتقام، ويوثَّق ما أُبلغ ومتى وإلى من. فإن كان الخلاف في قيمة أو قرار علاج لا في تدهور، فمساره الاستشارة الأخلاقية (انظر الفصل 13).

وموقف الزميل المرهق الذي بدأ يخطئ في مناوبته في موضعه (انظر الفصل 14، المبحث سادسًا، المواقف المتكررة؛ وحق الامتناع المؤقت في الفصل 12، المبحث أولًا، المطلب 1-4). وموقف المشرف الذي يستبقي متدربة أو ممرضة في خلوة ويعلّق على مظهرها يُعالج بمسار شكوى التحرش في موضعه (انظر الفصل 14، المبحث رابعًا، 4-3، والحالة الرابعة؛ والفصل 15، المبحث رابعًا، 4-5).

عمل إضافي متكرر بدأ يضر بالأسرة. والجواب: يُقيَّم النوم واللياقة، ويوقف الإضافي غير الضروري، وتوضع خلال أسبوع خطة: تقسيم رعاية الأطفال مع الشريك، ووقت نوم محمي، وطلب تعديل المناوبة. وضابطه: الإهمال في النظام عدم توفير حاجات الطفل الأساسية أو التقصير فيها [28]؛ فالمناوبة الليلية وحدها ليست إهمالًا ما دامت الحاجات مؤمَّنة والراعي مأمونًا. أما ترك طفل بلا رعاية فعلية فيُفعّل مسار الحماية لا مسار اللوم (انظر الفصل 25).

سياسة لباس تطبَّق على فئة دون فئة. تُوقف العقوبات المبنية على تعميم شفهي، وتُكتب سياسة تربط كل قيد بسببه: عدوى، أو سلامة، أو تعريف، أو وقار، وتُطبق على المهن والجنسين جميعًا، مع تكييف ديني آمن وتظلم سري. والضابط: ما ثبت خطره يُمنع على كل من يعمل في المنطقة، والمنع العام بلا سبب أضعف، ومسار اللباس منفصل تمامًا عن مسار التحرش.

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
أمر شفهي بجرعة عالية الخطورة لطفل والطبيب يقول إن المسؤولية عليه	لا تُعطى الجرعة حتى يُوزن الطفل وتُحسب ويراجعها الصيدلي وتوثَّق قراءة راجعة؛ فإن أصر الطبيب صعّدت الممرضة إلى قائد المناوبة	الخطر محتمل وجسيم، والتحقق ممكن في دقائق دون ضرر على الطفل	تدهور الطفل تدهورًا يستدعي الإنعاش فيُتبع البروتوكول بجرعاته المحسوبة مسبقًا، أو ثبت أن الجرعة صحيحة للوزن الفعلي فتُعطى

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	والاستشاري، ويستمر سائر العلاج		فورًا
تفويض قسطرة بولية لمساعد صحي لم تثبت كفاءته في مناوبة ناقصة	يُستأذن المريض أو من يمثله، ويعتذر المساعد مبينًا حد كفاءته، وتُستدعى ممرضة مؤهلة أو تركبها المسؤولة بنفسها، ويساعد المساعد فيما يحسنه، مع مراقبة المريض	الإجراء يحتاج كفاءة مثبتة، والبديل المؤهل متاح في وقت معقول	تعذر كل بديل مؤهل وتفاقم الخطر، فيُستدعى الطبيب المناوب لتركيبها، ولا يصير المساعد مؤهلًا بمجرد ضغط العمل
مريض بعد سكتة يصر على العودة إلى منزله وفريق التأهيل يرى خطر سقوط مرتفعًا	تُقيَّم قدرته وتوثَّق، فإن كان قادرًا احتُرم اختياره بخطة خفض خطر: تعديلات منزلية، ونظام إنذار، وزيارات منزلية، وتدريب أحد الأبناء، ومتابعة قريبة	المريض القادر صاحب القرار، والخطر يمكن خفضه دون إكراه، وعودته إلى بيته ومسجده هدف تأهيلي مشروع	ثبت فقد قدرته على هذا القرار، أو تكرر سقوطه بعد الخروج، أو ظهر خطر لم يكن معلومًا، فيُعرض عليه أو على من يمثله بديل أكثر أمانًا
ممرضة ومريض رجل في عناية حميمة ليلًا	يُخيَّر المريض بين انتظار الممرض الرجل خلال ساعة مع تغطية الجرح مؤقتًا، أو أداء الممرضة الإجراء الآن بحضور زميلة أو زميل، بستر، وتوثيق الحاضر ورضا المريض	المماثل متوقع قريبًا والتأخير القصير لا يضر، والحضور يمنع الخلوة ويحمي الطرفين	ظهر نزف أو تلوث واسع يهدد السلامة، فتؤدي الممرضة القدر الضروري فورًا وتستدعي المساعدة دون ترك المريض

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. التمريض والمهن المساندة مهن مرخصة ذات حكم سريري ومساءلة، ويدخل أصحابها في تعريف «الممارس الصحي» في نظام مزاولة المهن الصحية، فتخاطبهم واجباته ومسؤولياته [3].

CC BY-NC-ND 4.0

2. الصلاحية خمس طبقات: مؤهل، وتصنيف وتسجيل، ونطاق منشور، وكفاءة حالية، وامتياز؛ وسقوط إحداها يمنع الإجراء ولو قدر عليه الشخص تقنيًا [1].
3. التفويض لا ينقل المساءلة؛ فالمفوِّض مسؤول عن ملاءمة المهمة ودعم المنفذ، والمنفذ مسؤول عن إظهار حدوده ورفض ما لا يحسن، والحكم السريري لا يُفوَّض لمن لا يملكه [1، 6].
4. المناصرة وكالة أخلاقية منضبطة، أصلها الفقهي أن الطاعة في المعروف، وأداتها سلّم يبدأ بالتحقق وينتهي بالإيقاف والتوثيق [1، 5، 20].
5. هدف التأهيل يُصاغ مع المريض، وكرامة المخاطرة تقتضي احترام اختيار المريض القادر مع خفض الخطر في بيئته [8، 9].
6. القرار 81 (12/8) نص في الطبيب مع المريضة، وتنزيله على التمريض والتأهيل قياس بجامع العلة، ولا يبيح تأخير إسعاف يهدد النفس [21].
7. التعب والعمل الليلي مخاطر سريرية ومهنية موثقة تُدار بتصميم الجداول والاستراحات والإشراف، لا بالوعظ [12–15].

التوصيات

للممارس: أن يعرف نطاقه وتصنيفه وامتيازه ويصرح بما يستطيع وما لا يستطيع قبل قبول المهمة؛ وألا ينفذ أمرًا مبهمًا أو غير آمن، بل يتحقق ويقترح ويصعّد ويوثّق دون صدام شخصي؛ وأن يضع أهداف التأهيل مع المريض؛ وأن يجمع في رعاية الجنس الآخر بين الحاجة والستر والحضور دون تأخير طارئ.

للمنشأة: أن تكتب سياسة للتفويض والإشراف تحدد ما لا يُفوَّض، وتوثق كفاءة كل ممارس في الإجراءات، وتفتح مسارًا ثانيًا للتصعيد يُحمى فيه المبلّغ، وتوزع الممرضين والممرضات ليلًا بما يوفر المماثل للأعمال الحميمة المتوقعة، وتصمم الجداول والاستراحات لإدارة التعب، وتكتب سياسة مظهر عادلة منفصلة عن مسار الشكاوى.

للتعليم والبحث: أن يُدرَّس نطاق الممارسة والتفويض والمناصرة في برامج التمريض والمهن المساندة بحالات محاكاة، وأن تُجرى دراسات سعودية عن تأخر التصعيد والتعب في المناوبات الليلية وعن تحديد الأهداف في التأهيل، وأن تُصدر نطاقات ممارسة منشورة لسائر المهن المساندة على منوال نطاق التمريض والقبالة.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فالأخلاق في التمريض والتأهيل والمهن المساندة ليست قائمة أوامر تُعلّق على الجدار، بل هندسة مسؤولية. تمنح الممارس استقلالًا بقدر علمه، وتلزمه بحدوده، وتجعل التفويض علاقة مراقبة لا ورقة تبرؤ، وتحول التعب والخلوة والاحتراق من مشكلات شخصية خفية إلى مخاطر يمكن أن تُصمم الوقاية منها.

والقرار المهني الموزون لا يحمّل الممرضة وحدها عبء سلامة المريض، ولا يعفيها من واجبها، وإنما يوزع المسؤولية: المنشأة للموارد والسياسة، والقائد للجدولة والإشراف، والمفوِّض للاختيار والمتابعة، والمنفذ للكفاءة والإبلاغ، والمريض القادر لاختيار أهدافه، والأسرة للتعاون. وأرى أن خلاصة ذلك كله في كلمات: استقلال بلا كفاءة تهور، وطاعة بلا حكم مهني خطر، وتفويض بلا

CC BY-NC-ND 4.0

إشـراف تخـلٍّ، ومناوبـة بلا تعـافٍ تهديـد؛ أمـا الرعايـة الآمنـة فمسـؤولية معلومـة، وسـتر، وعـدل، وتصعيد، وتوثيق.

ملحق الفصل: موضوعات تمريضية تخصصية

يجمع هذا الملحق موضوعات تمريضية تخصصية لم يتسع لها متن الفصل: تاريخ التمريض ومدوناته المهنية، ونظريات الرعاية، والعلاقة التمريضية وحدودها، والسلامة الدوائية والتسليم والتفويض، والمناصرة والكرب الأخلاقي، والفئات الخاصة، وإنهاك الممرض، والبيئات الخاصة، والقيادة والتعليم والبحث. وما فيه من أحكام فقهية ونظامية محال إلى فصوله الأم.

التمريض مهنة أخلاقية

تذكر كتب السيرة أن رُفيدة بنت سعد الأسلمية رضي الله عنها كانت تداوي الجرحى في المدينة، وأن النبي ﷺ أمر يوم الخندق أن يُجعل سعد بن معاذ رضي الله عنه في خيمتها في المسجد ليعوده من قريب. روى ابن إسحاق في السيرة، وأخرج البخاري أصل الخبر في صحيحه (كتاب المغازي)، أن النبي ﷺ قال: «اجعلوه في خيمة رُفيدة حتى أعوده من قريب». وتعدّها بعض أدبيات تاريخ التمريض أول ممرضة في الإسلام، ويعدّ كثير من المؤرخين خيمتها نواة للتطبيب المنظم في الإسلام.

الاعتراف المؤسسي: لم يكن عملها عملًا فرديًا مُهمَلًا، بل أقرّه النبي ﷺ وجعل خيمتها في المسجد، أي في قلب المجتمع لا على هامشه.

روى مسلم في صحيحه عن أم عطية الأنصارية رضي الله عنها قالت: «غزوت مع رسول الله ﷺ سبع غزوات، أخلفهم في رحالهم، فأصنع لهم الطعام، وأداوي الجرحى، وأقوم على المرضى». وروى البخاري عن الرُّبيّع بنت معوّذ رضي الله عنها قالت: «كنا نغزو مع النبي ﷺ فنسقي القوم ونخدمهم ونرد القتلى والجرحى إلى المدينة». فالقيام على المرضى ومداواة الجرحى عمل مشهود مُقرّ في عهد النبوة، تولّته النساء بإقرار النبي ﷺ، وهو أصل في جواز عمل المرأة في التمريض كما سيأتي في الباب الثامن.

لما نشأت البيمارستانات في الحضارة الإسلامية، من بيمارستان بغداد في عهد هارون الرشيد إلى البيمارستان النوري بدمشق والمنصوري بالقاهرة، كان فيها طاقم من القائمين على المرضى من الرجال والنساء، وكانت تُفصل أجنحة الرجال عن النساء، ويقوم على النساء نساء. وهذا تنظيم مبكر لمسألة الرعاية عبر الجنس التي تُعالَج اليوم بوصفها من دقائق أخلاقيات التمريض.

تُعدّ فلورنس نايتنجيل (1820 إلى 1910) مؤسسة التمريض الحديث بوصفه مهنة ذات تعليم منظم. وقد أسست أول مدرسة للتمريض في مستشفى سانت توماس بلندن عام 1860، وكتبت «ملاحظات في التمريض» (Notes on Nursing) عام 1859. وأهم ما أرسته أن التمريض يقوم على الملاحظة الدقيقة والنظافة والبيئة، وأن للممرض حكمًا مهنيًا مستقلًا يقوم عليه [29].

أما «قسم نايتنجيل» (Nightingale Pledge) فلم تكتبه نايتنجيل، بل صاغته لجنة برئاسة Lystra Gretter في مستشفى هاربر بديترويت عام 1893 تكريمًا لها. وفيه تعهّد بالامتناع عن كل ضار، وبحفظ سر المريض، وبـ«الولاء» للطبيب في عمله. وقد رُوجعت هذه الصيغة الأخيرة في النسخ الحديثة لأنها لا تنسجم مع استقلالية الممرض المهنية، وهو تحول يستحق التوقف عنده: فالممرض الحديث يتعاون مع الطبيب ولا يدين له بالولاء [29].

CC BY-NC-ND 4.0

تأسس المجلس الدولي للممرضين (International Council of Nurses, ICN) عام 1899، وهو أقدم منظمة مهنية صحية دولية، ويضم اليوم أكثر من 130 جمعية وطنية للتمريض تمثل أكثر من 28 مليون ممرض. وأصدر أول مدونة أخلاقية عام 1953، ثم روجعت مرارًا، وآخر مراجعة لها صدرت عام 2021 بعد جائحة كوفيد-19 [5].

أصدرت ANA مدونة محدثة عام 2025 تتكون من عشرة أحكام، وأضافت حكمًا للصحة العالميـة. وتعلن صفحتها الرسـمية صـدور طبعـة مصـححة بعـد أخطـاء الطباعـة الأولى؛ لـذا تُراجـع النسـخة الحالية عند الاقتباس. [30]

تنظم مدونة NMC المعايير المهنية للتسجيل والممارسة في المملكة المتحدة، وتقوم على أولويـة الناس، والممارسة الفعالة، وحفظ السلامة، والمهنية والثقة. تُحال هنا إلى مدونة 2018 والصفحة الرسمية الحالية، التي توضح أن تحديث المظهر لم يغير المحتـوى؛ ولا يُنسـب إليهـا إصـدار 2024 لمجرد تحديث الموقع. [31]

العنصر الرابع: الممرضون والصحة العالمية. يُقدّر الممرض الصحة حقًـا إنسـانيًا؛ ويـدعم الإنصـاف في الوصول إلى الرعاية؛ ويتعاون مع الـزملاء ومـع التخصصـات الأخـرى؛ ويحمي البيئـة الطبيعيـة؛ ويُسهم في التأهب للطوارئ والاستجابة لها.

للأحكام بيانات تفسيرية ينبغي الرجوع إليها في إصدار 2025 نفسه؛ ولا تُنقل أرقـام الفقـرات من إصدار 2015 إلى الإصدار الجديد دون تحقق. ويُستفاد تعليميًا من وصل المسؤولية الفردية بواجب المؤسسة تجاه السلامة وبيئة العمل. [30]

وتميّز مدونة NMC بأمرين: أنها ملزمة قانونيًا وتُسـتعمل أساسًـا للمسـاءلة التأديبيـة، وأنهـا نصّـت على «واجب الصراحة» (duty of candour) في الخطأ نصًا صريحًا بعد تحقيـق فرانسـيس في مستشفى ميد ستافوردشاير (2013) الذي كشف إخفاقات رعائية جسيمة سكت عنها العـاملون [31].

في أستراليا يجب التمييـز بين مدونـة السـلوك التنظيميـة لـدى [32] NMBA والمدونـة الأخلاقيـة الدولية. وتلفت الصفحة التنظيمية إلى اعتماد تعريف السلامة الثقافية في مارس 2025. التطـبيق التعليمي: لا يكفي أن يصـف الممـرض نفسـه بالحساسـية الثقافيـة؛ بـل يسـأل عن أثـر تواصـله واحترامه في خبرة متلقي الرعاية. [32، 5]

الاستقلالية (Autonomy): احترام حق المريض في تقرير شؤونه. وفي التمريض تتجلى في أمـور يومية: سؤال المريض قبل كل إجراء ولو صغيرًا، واحترام رفضـه للاسـتحمام أو للـدواء أو للتغيـير، والتثقيـف بمـا يُمكّنـه من الاختيـار. ومن أدق صـورها أن الممـرض قـد يكـون أول من يكتشـف أن موافقة المريض على عملية لم تكن مستنيرة، فيقع عليه واجب المناصرة.

الوفاء (Fidelity): الوفاء بالوعد وبالعهد المهني. فإذا قال الممرض للمريض «سـأعود بعـد عشـر دقائق» فعليه أن يعود، وإلا فقد المريض ثقته في كل ما يُقال له.

الرحمة (Compassion): ليست عاطفة فحسب بل فضـيلة مهنيـة وعمـل. وتُميّزهـا الأدبيـات من الشفقة (pity) التي تضع المريض دون الممرض، ومن التعـاطف الغـامر (over-identification) الذي يُفقد الممرض حكمه.

Jean Watson ونظريـة الرعايـة الإنسـانية (1979): تـرى أن جـوهر التمـريض هـو «الرعايـة» (caring) بوصفها علاقة إنسانية واعية، وتضع عشرة «عوامل رعائية» (carative factors) منها:

CC BY-NC-ND 4.0

تكوين نظام قيم إنساني-إيثاري، وبث الإيمان والأمل، وتنمية الحساسية للذات وللآخرين، وتكوين علاقة مساعدة-ثقة، والسماح بالتعبير عن المشاعر، وتلبية الحاجات الإنسانية. وأثر هذه النظرية أنها جعلت الرعاية الأخلاقية موضوعًا علميًا يُدرَّس ويُقاس لا مجرد طبع شخصي [33].

Madeleine Leininger ونظرية الرعاية عبر الثقافات (1978): ترى أن الرعاية لا تكون فعالة إلا إذا كانت متوافقة ثقافيًا (culturally congruent)، وأن على الممرض أن يعرف قيم المريض الثقافية ومعتقداته وممارساته، وأن يختار بين ثلاثة أنماط: الحفاظ على الممارسة الثقافية إن كانت نافعة، أو التكييف والتفاوض إن احتاجت تعديلًا، أو إعادة الهيكلة إن كانت ضارة. وهي نظرية بالغة الأهمية في مجتمع كالمملكة يعمل فيه ممرضون من عشرات الجنسيات مع مرضى من ثقافات متعددة [34].

العلاقة التمريضية: الكرامة والرعاية الكلية والحدود المهنية

الكرامة (dignity) هي القيمة الذاتية للإنسان التي لا تسقط بمرض ولا عجز ولا فقدان وعي. ويقرر الحكم الأول في مدونة ANA أن الممرض «يمارس برحمة واحترام للكرامة الأصيلة والقيمة والسمات الفريدة لكل شخص». والأصل الشرعي في قوله تعالى: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ﴾ [الإسراء: 70]، فالكرامة تكريم إلهي لا يملك أحد نزعه [30].

الصيام: معرفة أن المريض قد يرغب في الصيام، والتنسيق مع الطبيب في توقيت الأدوية ما أمكن، وتذكيره برخصة الإفطار إذا كان الصيام يضره.

«الحضور» (presence) مفهوم أصيل في أدبيات التمريض يعني أن يكون الممرض مع المريض بوعيه وانتباهه، لا بجسده فقط. وقد وصفته Doona وزميلاتها (1997) بأنه «الوجود المقصود مع الآخر في لحظة الحاجة». ومن صوره: الجلوس بدل الوقوف عند الحديث مع المريض (وقد أثبتت دراسات أن الجلوس دقيقتين يُشعر المريض بأن الممرض قضى معه وقتًا أطول)، والنظر إليه لا إلى الشاشة، والإصغاء دون مقاطعة، واللمس المطمئن حيث يليق [35].

يقترح نموذج Campinha-Bacote للكفاءة الثقافية (2002) خمسة مكونات: الوعي الثقافي (فحص الممرض لتحيزاته)، والمعرفة الثقافية (التعلم عن ثقافات المرضى)، والمهارة الثقافية (جمع البيانات الثقافية في التقييم)، واللقاء الثقافي (التعرض المباشر)، والرغبة الثقافية (الدافع الصادق). وأهمها الأخير؛ فالممرض الذي يرغب صدقًا في فهم مريضه يتعلم ما يحتاجه [36].

الرعاية الحميمة (intimate care) هي كل رعاية تمس الجسد في مواضع الحياء أو تكشفه: الاستحمام، والتنظيف بعد الإخراج، وتغيير الحفاض، والقسطرة البولية، والحقنة الشرجية، والعناية بالجروح في المواضع الحساسة، وفحص الثدي، والعناية بالأعضاء التناسلية، والمساعدة في الملابس.

عبور الحدود (boundary crossing): خروج مؤقت قد يكون بريئًا أو نافعًا، كقبول دعوة لزفاف مريض بعد خروجه، أو كشف الممرض عن أمر شخصي بسيط يُطمئن المريض. ويُقيَّم بالنية والأثر والتكرار.

انتهاك الحدود (boundary violation): خروج يضر بالمريض أو بالعلاقة المهنية، كالصداقة الخاصة أثناء العلاج، أو إقراض المال، أو الكشف المفرط عن الذات.

الكشف عن الذات (self-disclosure) إخبار المريض بأمور شخصية عن الممرض. والقاعدة أنه مباح بقدر ما يخدم المريض علاجيًا لا بقدر ما يُريح الممرض. فقول الممرضة للمريضة القلقة من

CC BY-NC-ND 4.0

عملية: «أنا أيضًا أُجريت لي هذه العملية وكل شيء كان بخير» قد يكون نافعًا؛ أما الحديث المطول عن مشكلاتها الزوجية فليس كذلك.

الهدايا من المرضى موضع حساسية لأنها قد تُفسد العدالة (تمييز المهدي) أو تُنشئ التزامًا أو تكون مقدمة لتجاوز الحدود. وتميّز المدونات (NMC 20.6، وتعليقات ANA) بين [30، 31]:

«شكرًا جزيلًا، هذا كرم منك، لكن أنظمة المستشفى لا تسمح لنا بقبول الهدايا الشخصية، وأفضل هدية لنا أن تتعافى». وإن أصر المريض يُقترح التبرع لصندوق المرضى أو شكر كتابي للإدارة.

الممرض والمعلومة: الموافقة والصدق والسر والتوثيق

الدور الثالث: المناصر. إذا اكتشف الممرض أن المريض لا يفهم ما وقّع عليه، أو أن له أسئلة لم يُجَب عنها، أو أنه موقّع تحت ضغط، أو أنه غيّر رأيه، فواجبه ألا يسكت: يُخبر الطبيب ويطلب لقاءً جديدًا، ويوثّق. ولا يُجيب هو عن أسئلة تخص الإجراء الطبي إلا في حدود معرفته ويُحيل الباقي.

هذا أكثر المواقف إحراجًا للممرض، خاصة إذا كان التشخيص خطيرًا ولم يُبلَّغ به المريض بعد، أو إذا كانت الأسرة قد طلبت كتمانه. والمسار الأخلاقي يقوم على أربع قواعد:

القاعدة الأولى: لا كذب. لا يقول الممرض «لا شيء خطير» أو «كله بخير» وهو يعلم خلاف ذلك. فالكذب يُفسد الثقة ويُحرّم شرعًا ويُخالف المدونات.

القاعدة الرابعة: الحضور والوعد والمتابعة. يُجيب الممرض بما يصدق ويطمئن: «أرى أنك قلق وتريد أن تعرف، وهذا حقك. التفاصيل الكاملة عند الدكتور فلان وسأحرص أن يأتيك اليوم ليُجيب عن كل أسئلتك. هل تريد أن أبقى معك الآن؟» ثم يُبلّغ الطبيب فورًا ويوثّق، ويعود للمريض ليتأكد أن اللقاء تم [35].

التوثيق التمريضي ليس عملًا كتابيًا يُنجز بعد الرعاية، بل هو جزء منها: به تستمر الرعاية بين المناوبات، ويُبنى عليه قرار الطبيب، ويُقاس به التحسن والتدهور، ويُحاسَب به الممرض، ويُحمى به المريض والممرض معًا. والقاعدة المشهورة في أدبيات التمريض القانونية: «ما لم يُوثَّق لم يُفعل».

التوثيق بالاستثناء (Charting by Exception): تُوثَّق الانحرافات عن المعيار فقط، ويُشترط فيه معايير مكتوبة واضحة، وهو موضع حذر قانوني لأن الصمت فيه قد يُفسَّر إهمالًا.

العبارات الدفاعية أو الاتهامية: «الطبيب تأخر كعادته»؛ يُكتب الوقت والفعل فقط: «استُدعي الدكتور فلان الساعة 02:10؛ حضر الساعة 02:55».

تقرير الحادث (incident report) مستند منفصل عن ملف المريض، غايته التعلم المؤسسي لا العقاب. يُكتب فيه ما حدث بموضوعية، ولا يُشار إليه في ملف المريض (في معظم الأنظمة)، ويُحمى بسرية خاصة. والممرض الذي يُبلّغ عن حادث أو شبه حادث (near miss) يؤدي واجبًا، وتحمي المدونات (NMC 16، ANA 3.5) حقه في عدم الانتقام [30، 31].

سلامة المريض: الدواء والخطأ والتسليم والتفويض

لأن الممرض يُعطي بيده ما قد ينفع وما قد يقتل، ولأنه آخر من يستطيع إيقاف خطأ وصفٍ أو صرفٍ قبل أن يصل إلى جسد المريض. وتُقدّر الدراسات أن الممرض يعترض ما بين نصف

CC BY-NC-ND 4.0

الأخطاء الدوائية وثلثيها قبل وقوعها. فإعطاء الدواء ليس تنفيذًا لأمر، بـل حكم مهـني مسـتقل في كل مرة.

المعرفة قبل الإعطاء: لا يُعطي الممرض دواءً لا يعرف ما هو ولماذا ومـا آثـاره ومـا الـذي يُـراقَب بعده. و«لم أكن أعرف» ليس عذرًا.

التحقق المستقل: إذا بدا الأمر الـدوائي غريبًـا (جرعـة عاليـة، دواء لا يناسـب التشـخيص، تـداخل، حساسية موثقة) فالممرض يتوقف ويتحقق من الطبيب أو الصـيدلي قبـل الإعطـاء. وتقـرر قضـية Norton v. Argonaut Insurance (لويزيانا 1962) المبدأ: أُدين الممرض الذي أعطى جرعـة خاطئة من الديجوكسين لرضيع بناءً على أمر غامض لم يستفسر عنه مع وجود طبيبين في الجنـاح كان يمكن سؤالهما.

الأوامر الشفوية والهاتفية: تُقبل في الطوارئ فقط، وتُكتب فورًا وتُقرأ على الآمر ويُؤكدها (read-back)، ويُوثَّق اسمه والوقت، ويُوقّعها خلال المدة التي تحددها السياسة.

عدم تجاوز نظام الأمان: مسح البـاركود على مـريض وهمي، أو تجـاوز تنبيهـات الجهـاز، أو سـحب الـدواء من خزانـة الأدويـة الآليـة خـارج الإجـراء، كلهـا «حلـول مختصـرة» (workarounds) تُعـدّ مخالفات حتى لو لم يقع ضرر.

إخفاء الخطأ، أو تعـديل التوثيـق لإخفائـه، أو الاتفـاق مـع زميـل على السـكوت، أخطـر من الخطـأ نفسه: هو كذب، وهو خيانة للمريض، وهو في النظام السعودي من موجبات المسـاءلة المضـاعفة لأنه يُضاف إلى الخطأ الأول خطأ مقصود.

التسليم (handover/handoff) لحظة انتقال المسؤولية عن حياة إنسـان من يـد إلى يـد. وتُقـدّر Joint Commission أن فشل التواصل سبب جذري في ثلـثي الأحـداث الجسـيمة، وأن التسـليم من أكثر لحظات الفشل. ودراسـة Starmer وزملائهـا (NEJM, 2014) على تسـعة مستشـفيات أطفال أظهرت أن تطبيق I-PASS خفّض الأحداث السلبية التي يمكن منعها بنسبة 30% [37].

SBAR: الموقف (Situation)، والخلفية (Background)، والتقييم (Assessment)، والتوصية (Recommendation). ونشأت في الغواصات النووية الأمريكية ونقلتهـا Kaiser Permanente إلى الرعاية الصحية.

I-PASS: شـدة الحالـة (Illness severity)، وملخص المـريض (Patient summary)، وقائمـة المهام (Action list)، والـوعي بـالموقف والطـوارئ المحتملـة (Situation awareness and contingency)، والتلخيص من المستلم (Synthesis by receiver) [37].

نقـل المـريض بين الأقسـام (من الطـوارئ إلى الجنـاح، من العمليـات إلى العنايـة) أعلى خطـرًا، ويُشترط فيه تسليم مباشر (شفوي ومكتوب) من ممرض إلى ممـرض، وعـدم تـرك المـريض في «منطقة لا أحد».

المهمة الصحيحة: نشاط يسمح به النطاق والسياسة وتناسبه حالة المريض وكفاءة المنفذ. لا يُنقل الحكم السـريري أو التقـييم الـذي يسـتلزم ذلـك الحكم إلى غـير المؤهـل. ويُفـرق بين بنـاء خطـة التثقيف وتقويم الفهم وبين تعزيز تعليمات مقررة ضمن صلاحية مثبتة. [6]

التدهور الحاد تسبقه عادة علامات بساعات، والممرض هو من يراها: تغير في الـوعي، أو التنفس، أو الضغط، أو إدرار البول، أو مجرد «شـيء ليس على مـا يـرام» الـذي تُسـمّيه أدبيـات التمـريض

CC BY-NC-ND 4.0

«القلق التمريضي» (nurse worry) وتُثبت الدراسات قيمته التنبؤية. وأنظمة الإنذار المبكر (NEWS2 ونظائرها) تُحوّل هذا الإحساس إلى درجة تستوجب تصعيدًا محددًا.

الممرض في الفريق: المناصرة والاعتراض والكرب الأخلاقي

وقد صاغت Sally Gadow (1980) مفهوم «المناصرة الوجودية» (existential advocacy): مساعدة المريض على أن يقرر بنفسه وفق قيمه هو، لا أن يقرر الممرض له ما هو الخير. وهذا يُميّز المناصرة عن الأبوية.

الخطوة الثانية: الاعتراض الصريح المسبّب. «لا أستطيع إعطاء هذه الجرعة لأن...»، مع عرض البديل. وتُستعمل أدوات التأكيد التدريجي مثل CUS من برنامج TeamSTEPPS: «أنا قلق (Concerned)، أنا غير مرتاح (Uncomfortable)، هذه مسألة سلامة (Safety issue)».

عرّف Andrew Jameton (1984) الكرب الأخلاقي (moral distress) بأنه «ما يحدث حين يعرف المرء الفعل الصواب ولكن القيود المؤسسية تجعل من المستحيل تقريبًا أن يسلك المسار الصواب». وهو غير «الحيرة الأخلاقية» (moral uncertainty) حيث لا يُعرف الصواب، وغير «المعضلة» (dilemma) حيث يتعارض صوابان. وقد وُصف أولًا في التمريض خاصة، وتبيّن لاحقًا أنه يصيب جميع المهن الصحية، لكن الممرض أكثر عرضة له لموقعه بين المريض والقرار [38].

وصفت Elizabeth Epstein وAnn Hamric (2009) «أثر التراكم» (crescendo effect): كل موقف يترك «بقايا أخلاقية» (moral residue) تتراكم على ما قبلها، فيصبح الممرض أكثر حساسية وأسرع كربًا. ونهاياته: الإنهاك، والتبلد، وترك الوحدة أو المهنة، وهو ما تُظهره الدراسات في العناية المركزة خاصة.

على مستوى الوحدة: اجتماعات الأخلاقيات (ethics rounds)، وجلسات التفريغ بعد الحالات الصعبة (debriefing)، وبروتوكول «توقف للتفكير» الذي طورته AACN باسم «4 A's»: اسأل (Ask) هل أشعر بكرب؟ وأكّد (Affirm) أن شعوري مشروع؛ وقيّم (Assess) مصدره وحدته؛ وافعل (Act) ما أستطيعه [39].

يوصي بيان AACN المحدث عام 2025 بإتاحة الاستشارة الأخلاقية وإشراك التمريض في لجان الأخلاقيات وتوفير قنوات للحوار والدعم. ويقترح التدريب هنا جولة قصيرة تحدد الوقائع وصوت المريض والخلاف والقيود والفعل التالي ومسؤوله وموعد مراجعته. [43]

تُظهر مواد مركز أخلاقيات هارفارد حضور الدور التمريضي في الجولات والاستشارة. ويعرض ملخص مشروع 2025 ورشة شارك فيها 99 عاملًا صحيًا، لكن 17 فقط أكملوا تقييمَي الشهر والشهر الثالث؛ ولم تتكرر بعض النتائج عند الاقتصار على المستكملين. لذلك يُستفاد منه في تصميم تعليم قابل للتقييم، لا في الادعاء أن ورشة واحدة تعالج الكرب أو تثبت خفض ترك المهنة. [44، 45]

كان نموذج «الممرض يد الطبيب» سائدًا حتى منتصف القرن العشرين، وعبّر عنه ما سُمي «لعبة الطبيب والممرضة» (Stein, 1967) التي يُقدّم فيها الممرض اقتراحه كأنه ليس اقتراحًا حتى لا يُحرج الطبيب. وقد تجاوزت المهنة هذا النموذج إلى الشراكة المهنية: كل منهما مستقل في مجاله، ومسؤول عن حكمه، وشريك في الفريق. ويُقرر هذا في المملكة أن الممرض يُرخَّص من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية بتصنيف مستقل، ويُساءل أمام الهيئة الصحية الشرعية استقلالًا.

CC BY-NC-ND 4.0

تقرر مدونة ANA في بيانها 1.5 أن الممرض يُعامل زملاءه بالاحترام نفسه الذي يُعامل به المرضى. والتنمّر بين الممرضين (lateral/horizontal violence) ظاهرة موثقة في الأدبيات، تُصيب الجدد خاصة، وتُلخَّص في العبارة الشائعة «الممرضون يأكلون صغارهم». وهي مخالفة أخلاقية ومُهدد للسلامة لأنها تُسكت من يحتاج أن يسأل [30].

في بيئة متعددة الجنسيات يقع ما يُشبه التمييز في التكليف أو المعاملة أو فرص التطوير. والمدونة واحدة للجميع: الاحترام، وعدم التمييز، والتكليف بالكفاءة لا بالجنسية، والتعلم المتبادل. وللممرض الوافد حقوقه في نظام العمل ونظام مزاولة المهن، وعليه واجب احترام ثقافة المجتمع الذي يخدمه.

أن يكون الاعتراض عن معتقد راسخ لا عن تفضيل أو نفور أو تمييز ضد المريض (لا يجوز رفض رعاية مريض لجنسه أو دينه أو جنسيته أو مرضه كالإيدز).

مواقف وفئات خاصة: الأطفال والمسنون والنفسية والاحتضار والتقييد

الوقاية من قرحات الفراش (تقليب كل ساعتين وتقييم Braden)، والوقاية من السقوط، والتنبه للهذيان (delirium) الذي يُخطئه كثيرون بالخرف، والحرص على السمع والبصر (النظارات وسماعة الأذن تُقرّب المسن من واقعه)، وتجنّب الأدوية غير الضرورية. والإهمال في هذه بذاته إساءة.

الأهلية جزئية ومتغيرة: المريض النفسي قد يكون أهلًا لقرار وغير أهل لآخر، وأهلًا اليوم وغير أهل غدًا. والممرض لا يفترض انعدام الأهلية من مجرد التشخيص.

ما بعد الوفاة: الإغماض، وربط الفك، وتغطية الجسد بكرامة، وتمكين الأسرة من الوداع، ومراعاة أحكام تغسيل الميت، وعدم الحديث اللامبالي أمام الجسد.

البدائل أولًا: التهدئة اللفظية (de-escalation)، والحضور، وإزالة المحفزات، والمرافق من الأسرة، والجرس في متناول اليد، وخفض السرير، والمراقبة المباشرة [35].

الأسوار الجانبية المرفوعة كاملة، والصينية المثبتة أمام الكرسي، والحزام الذي يمنع النهوض، كلها تقييد إن منعت المريض من الحركة الإرادية، وتخضع للضوابط نفسها. والأدبيات توثق وفيات بالاختناق بين الأسوار الجانبية.

الممرض وذاته: الإنهاك وإجهاد الرحمة والسلامة والممرض المتضرر

وصفت Christina Maslach الإنهاك (burnout) في ثلاثة أبعاد: الإجهاد العاطفي (emotional exhaustion)، وتبدد الشخصية أو التبلد تجاه المرضى (depersonalization)، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي. وقد أدرجته منظمة الصحة العالمية في التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) عام 2019 بوصفه «ظاهرة مهنية» لا مرضًا.

تُقدّر الدراسات الدولية (منها تحليل Aiken وزملائها في اثنتي عشرة دولة أوروبية والولايات المتحدة) أن ما بين ثلث الممرضين ونصفهم يُظهرون مستويات عالية من الإنهاك، وارتفعت النسب بعد جائحة كوفيد-19. والدراسات السعودية المنشورة تُظهر نسبًا مقاربة، مع عوامل محلية: الاغتراب للوافدين، وضغط التوطين السريع على المواطنين، ونقص الكادر في بعض المناطق [40].

CC BY-NC-ND 4.0

الإنهاك ليس مسألة شخصية: ارتبط في دراسات متعددة بزيادة الأخطاء الدوائية، وعدوى المستشفيات، وانخفاض رضا المرضى، وزيادة الوفيات. ودراسة Cimiotti وزملائها (2012) ربطت كل زيادة بنسبة 10% في الممرضين المنهكين بزيادة العدوى البولية والجراحية.

الإنهاك ينتج من نظام قبل أن ينتج من فرد: عبء العمل، وفقدان السيطرة، وغياب التقدير، وتفكك الجماعة، وغياب العدل، وتعارض القيم (نموذج Maslach وLeiter للمناطق الست). ولذلك فالمسؤولية مشتركة:

على المنشأة: نسب تمريض آمنة، وجدولة عادلة، وبرامج دعم (مساعدة الموظفين، والإشراف الداعم، والدعم النفسي بعد الأحداث الصعبة)، وتقدير علني، وثقافة لا تُعاقب من يطلب المساعدة.

صاغ Charles Figley (1995) مصطلح إجهاد الرحمة (compassion fatigue): «ثمن الاهتمام» الذي يدفعه من يرعى المتألمين؛ وهو مزيج من الإنهاك والصدمة الثانوية (secondary traumatic stress) التي تنتج من التعرض المتكرر لألم الآخرين وصدماتهم. ويظهر في: الخدر العاطفي، والكوابيس أو الاجترار عن حالات، والتجنب، والتهيج، والشعور بالذنب لعدم القدرة على الشعور.

رضا الرحمة (compassion satisfaction): الانتباه المتعمد لما يُعطيه العمل من معنى، وقد أظهرت دراسات Stamm أنه يحمي من الإجهاد.

المعنى الديني: الأجر، والاحتساب، ومعنى الرعاية عبادةً («من نفّس عن مؤمن كربة...» رواه مسلم)، وهو ما تُظهر الدراسات في البيئات المسلمة أنه عامل حماية مهم.

تشير دراسة Rogers وزملائها (2004) الواردة في مراجع هذا الكتاب إلى ارتباط ساعات العمل الطويلة بزيادة الأخطاء المبلغ عنها. لا تُعرض عتبة 12.5 ساعة بوصفها حدًا مضمون السلامة لما دونها أو سببًا حتميًا لمضاعفة الأخطاء ثلاث مرات في كل بيئة. ويُقيّم الخطر وفق النوم واليقظة وشدة العمل والتتابع الليلي [41].

«الممرض المتضرر» (impaired nurse) من تضررت قدرته على الممارسة الآمنة بسبب تعاطي مواد، أو اضطراب نفسي، أو مرض جسدي، أو إنهاك شديد. وتُقدّر NCSBN أن نحو 10% من الممرضين يُعانون في حياتهم من اضطراب تعاطٍ، وأن سهولة الوصول إلى المواد المخدرة عامل خطر خاص بالمهنة [6].

تغير في المزاج والأداء، وغياب متكرر، وتطوع للمناوبات الليلية أو لعدّ المخدرات، وفروق في عدّ المواد، وتوثيق إهدار بلا شاهد أو بشاهد واحد دائمًا، ومرضى يشكون من ألم مستمر رغم تسجيل المسكنات، وآثار على الجلد، ورائحة، وتغيرات في المظهر.

على الممرض الذي يُدرك أنه متضرر أن يطلب المساعدة قبل أن يُؤذي مريضًا؛ وهذا شجاعة لا ضعف. والنظام السعودي في المخدرات يُفرّق بين المتعاطي الذي يتقدم للعلاج طوعًا والمُروّج، ويُيسّر للأول.

التأصيل الفقهي والإطار النظامي السعودي

السيرة: رُفيدة بنت سعد الأسلمية رضي الله عنها، التي ضُرب لها خيمة في المسجد النبوي تُمرّض فيها الجرحى، وأمر النبي ﷺ بنقل سعد بن معاذ رضي الله عنه إليها حين جُرح يوم الخندق

CC BY-NC-ND 4.0

«ليعوده من قريب» (سيرة ابن هشام)؛ وأم عطية الأنصارية التي غزت مع النبي ﷺ سبع غـزوات تُداوي الجرحى وتقوم على المرضى (رواه مسلم)؛ والرُّبيّع بنت معوّذ التي قـالت: «كنـا نغـزو مـع رسول الله ﷺ فنسقي القوم ونخدمهم ونرد الجرحى والقتلى إلى المدينة» (رواه البخاري).

ويُستنبط من ذلك: أن التمريض من أعمال البر التي ورد الأمر بها، وأنه مشروع للرجـال والنسـاء، وأن عمل المرأة فيه ثابت من عهد النبوة بضوابطه.

أخلاقيات التمريض في البيئات الخاصة

الكرامة عند فاقد الوعي: يُعامَل المُهدّأ معاملة الواعي: يُنادى باسمه، ويُشرح له ما يُفعل (فالسمع آخر ما يُفقد وبعض المُهدّأين يعون)، ويُستر، ولا يُتحدث أمامه بما يُؤذيه لو سمعه، ولا يُمزح فوقه.

سرعة، وازدحام، ومرضى لا يُعرفون، وعنـف، وأسـر مـذعورة، وقـرارات بلا وقت. والممـرض هـو أول من يرى المريض (الفرز) وأكثر من يتعرض للعنف.

الفرز عدلًا لا تفضيلًا: ممـرض الفـرز يُـرتّب بالاسـتعجال السـريري وفـق النظـام المعتمـد (CTAS ونظـائره)، ولا يُقـدّم صـاحب نفـوذ أو قريبًـا أو من يصـرخ، ولا يُـؤخّر من يُـزعج أو من يُظن أنـه «يتمارض». والإحالة لحقيبة الطوارئ والكوارث في الفرز الجماعي (START/SALT).

من يُغادر دون إذن طبي: للمريض الأهل أن يغادر رغم النصيحة؛ يُشرح له الخطر، ويُوثَّق، ويُعـرض عليـه العـودة في أي وقت؛ ولا يُحتجـز بـالقوة إلا في الحـالات النظاميـة (خطـر نفسـي، عـدوى خطيرة).

الممـرض مناصـر المـريض الغـائب: يتحقـق من الإذن والتطـابق (المـريض، الإجـراء، الجهـة) في «الوقفة» قبل الشق (WHO Surgical Safety Checklist)، ويُوقف الإجراء إن اختل التطابق مهما كان الجرّاح متعجلًا.

عدّ الأدوات والشاش: مسؤولية الممرض المعقّم والدائر؛ ولا يُغلق الجـرح حـتى يتطـابق العـدّ، ولا يُقبل ضغط الجرّاح على تجاوز العدّ غير المتطابق.

السر في الـبيت: مـا يُـرى من أحـوال الأسـرة وخلافاتهـا وأموالهـا سـر، ولا يُنقـل إلى الجـيران أو الأقارب، ويُوثَّق منه ما يخص الرعاية فقط.

تدريب الأسرة والتفويض لها: الأسرة تُدرَّب على ما يُؤمَن تفويضـه (التغذيـة الأنبوبيـة، الحقن تحت الجلد، العناية بالجرح البسيط) مع تقييم كفاءتها وتوثيقه؛ ولا يُترك لها ما يحتاج حكمًا تمريضيًا [6].

التطعيم: الممرض يُثقّـف ويُجيب عن المخـاوف بصـدق وبالأدلـة، ولا يُجـبر إلا فيمـا أوجبـه النظـام (تطعيمات المدارس والحج)، ويُوثّق الرفض.

الوصـم من الـزملاء: الممـرض النفسـي يُواجـه أحيانًـا تقليلًا من زملائـه في التخصصـات الأخـرى؛ والدفاع عن كرامة مرضاه وتخصصه من أخلاقيات المهنة.

المراهق: له خصوصية أكبر وقدرة متنامية على القرار (مفهوم القاصر الناضج في الأدبيـات)، وفي المملكة الإذن لولي القاصر مع إشراك المراهق واحترام سرّه فيما لا يضره.

التجارب السريرية: كثير من مرضى الأورام يُعرض عليهم الدخول في تجارب؛ والممرض يتأكد من فهمهم أنها بحث لا علاج مضمون، وأن لهم الانسحاب.

CC BY-NC-ND 4.0

القيادة التمريضية والتعليم والبحث

يقرر الحكم السادس من مدونة ANA أن الممرض «يُنشئ ويُحافظ ويُحسّن البيئة الأخلاقية في العمل»، ويُحمّل القادة المسؤولية الأولى عنها. والبيئة الأخلاقية (ethical climate) هي ما يشعر به الممرض حين يرى خطأ: هل يأمن أن يتكلم؟ وهل يُسمع؟ وهل يُحمى؟ وتُظهر الدراسات أن البيئة الأخلاقية الضعيفة ترتبط بالكرب الأخلاقي والإنهاك وترك العمل والأحداث السلبية [30].

الكادر الآمن: أول الواجبات وأثقلها. القائد يقيس عبء العمل (acuity) لا عدد الأسرّة فقط، ويُصعّد النقص بالبيانات إلى الإدارة، ويرفض التطبيع مع نسب غير آمنة، ويوثّق ما طلب وما أُجيب. ودراسات Aiken سلاحه في الإقناع [40].

ومن تفاصيل هذا الدليل: وجدت دراسة Aiken وزملائها على 168 مستشفى في ولاية بنسلفانيا أن كل مريض يضاف إلى عبء الممرض الواحد ارتبط بارتفاع احتمال وفاة المريض الجراحي خلال ثلاثين يومًا من الدخول بنحو 7%، وارتفاع احتمال «الإخفاق في الإنقاذ» بالنسبة نفسها [46]. ثم وجدت دراستهم في تسع دول أوروبية، شملت 422,730 مريضًا جراحيًا في 300 مستشفى، أن كل زيادة بمريض واحد في عبء الممرض ارتبطت بارتفاع احتمال الوفاة في المستشفى بنحو 7%، وأن كل زيادة بنسبة 10% في الممرضين الحاصلين على البكالوريوس ارتبطت بانخفاضه بنحو 7% [47]. وهما دراستان مقطعيتان تثبتان الارتباط بعد ضبط عوامل الخطر لا السببية القاطعة، لكنهما من أقوى ما يحتج به القائد حين يصعّد النقص. ونقص الكادر لا يوسّع حدود التفويض ولا ينقل مهمة إلى غير مؤهل، وإنما يوجب التصعيد الإداري الموثق وإعادة ترتيب الأولويات.

ثقافة العدل في الأخطاء: القائد هو من يُطبّق التمييز بين الخطأ البشري والسلوك الخَطِر والمتهور؛ وأول رد فعله على الخطأ يُحدد هل سيُبلَّغ عن الخطأ التالي أم يُخفى. والقائد الذي يصرخ أو يُشهّر يُغلق قناة الإبلاغ.

حماية من يتكلم: الممرض الذي يعترض على أمر، أو يُبلّغ عن زميل، أو يرفع قلقًا، يُحمى من الانتقام؛ وتُقرر المدونات (ANA 3.5؛ NMC 16) ولائحة الجزاءات هذا الحق [30، 31].

التعامل مع الشكاوى: شكوى المريض على الممرض تُسمع من الطرفين، ولا يُدان الممرض قبل سماعه، ولا يُضحّى به لإرضاء المريض أو المسؤول.

نسبة الوافدين في التمريض السعودي كبيرة وإن تناقصت بالتوطين. والقائد يضمن: عقدًا عادلًا مفهومًا، وتهيئة ثقافية ولغوية، وحماية من الاستغلال والتمييز، ومسارًا للشكوى، واحترامًا متبادلًا؛ ويُدير التوطين بما لا يُهين من يُستبدلون ولا يُحمّل المواطن الجديد ما فوق كفاءته.

يتعلم الطالب الأخلاق مما يراه أكثر مما يسمعه («المنهج الخفي»). فالمعلم السريري الذي يُهين مريضًا أو يتجاوز إذنًا أمام طلابه يُعلّمهم ذلك مهما حاضر في الكرامة.

البحث على الزملاء والطلاب: حين يكون المشاركون ممرضين أو طلابًا تحت سلطة الباحث، يُشترط ضمان الطوعية وعدم التأثير على التقويم أو العمل.

تحسين الجودة مقابل البحث: مشاريع تحسين الجودة تُستثنى من بعض متطلبات البحث، لكن الحد بينهما يُقرره اللجنة لا الباحث؛ والنشر يُحوّل المشروع إلى بحث في نظر كثير من اللجان.

CC BY-NC-ND 4.0

استعمال أفضل الأدلة واجب أخلاقي (ANA 7؛ NMC 6): الممرض يُحدّث ممارسته بالأدلة لا بالعادة، ويُشارك في بناء الأدلة التمريضية المحلية، ويُقدّر أن كثيرًا من الممارسات الموروثة (كبعض طرق العناية بالجرح أو تقييد المسنين «وقاية») أثبتت الأدلة ضررها [30، 31].

الممرض يُمثّل مهنته في مظهره وسلوكه داخل العمل وخارجه؛ وما يُنشر على وسائل التواصل بوصفه ممرضًا يُحسب على المهنة: لا سخرية من المرضى، ولا نصائح طبية غير مسؤولة، ولا إعلانات تجارية تستغل الصفة المهنية، ولا كشف لأسرار العمل.

يقرر العنصر الثالث من ICN أن الممرض يُسهم في الاستعداد للكوارث والاستجابة لها؛ وفي المملكة تُعدّ المشاركة في الحج والأوبئة والكوارث من أشرف مهام التمريض؛ ولها أخلاقياتها (سلامة الممرض، والفرز، والعدل) المفصلة في حقيبتي الطوارئ والكوارث والعمل التطوعي الصحي [5].

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين النطاق والكفاءة والامتياز؟ مثّل بإجراء يدخل في نطاق مهنة ولا يجوز لممارس بعينه أداؤه.
2. عدد الحقوق الخمسة للتفويض، وبيّن أي حق اختل في الحالة الثانية، وما البديل الذي كان يحفظه.
3. أمرك طبيب شفهيًا بجرعة تراها مرتفعة وقال «المسؤولية علي». ما الذي تفعله، وبأي ترتيب، وما السند الفقهي والنظامي لموقفك؟
4. ما معنى «كرامة المخاطرة» في التأهيل؟ ومتى ينتقل القرار من المريض إلى من يمثله؟
5. ما موضوع القرار 81 (12/8) نصًّا؟ ولماذا يُعد تنزيله على الممرضة مع المريض الرجل قياسًا؟ وما الفرقان اللذان يراعيان فيه؟
6. كيف تفسر ارتباط العمل الليلي بحوادث القيادة الوشيكة في دراسة الممرضين البريطانية، وما حدود تعميمها؟
7. صمم سياسة مظهر مهني لوحدة تأهيل، واشرح كيف تفصلها عن مسار شكاوى التحرش.
8. تجاهل طبيب مقيم نداءك بتدهور مريض. ما المسار الثاني، ومتى يكون الخلاف موضوع استشارة أخلاقية لا تصعيد سريري؟

المراجع

[1] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، مجلس التمريض والقبالة. Scope of Nursing and Midwifery Practice in Saudi Arabia الرياض: الهيئة السعودية للتخصصات الصحية؛ 2023. scfhs.org.sa

[2] World Health Organization. State of the world’s nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020. who.int

CC BY-NC-ND 4.0

[3] نظام مزاولة المهن الصحية، الصـادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/59) وتـاريخ 4/11/1426هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 3/11/1426هـ. هيئـة الخـبراء بمجلس الـوزراء. laws.boe.gov.sa

[4] Deem MJ, Lingler JH, editors. Nursing Ethics: Normative Foundations, Advanced Concepts, and Emerging Issues. New York: Oxford University Press; 2024. https://doi.org/10.1093/med/9780190063559.001.0001

[5] International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses. Revised 2021. Geneva: International Council of Nurses; 2021. icn.ch

[6] National Council of State Boards of Nursing; American Nurses Association. National guidelines for nursing delegation. 2019. ncsbn.org

[7] Chua WL, See MTA, Legido-Quigley H, Jones D, Tee A, Liaw SY. Factors influencing the activation of the rapid response system for clinically deteriorating patients by frontline ward clinicians: a systematic review. Int J Qual Health Care. 2017;29(8):981–98. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx149

[8] World Health Organization. Rehabilitation: fact sheet. 22 April 2024. who.int

[9] World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Endorsed by the Fifty-fourth World Health Assembly, resolution WHA54.21; 2001. who.int

[10] Sivan M, Phillips M, Baguley I, Nott M, editors. Oxford Handbook of Rehabilitation Medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2019. https://doi.org/10.1093/med/9780198785477.001.0001

[11] Bulger JW. Nurses and allied health professionals. In: Bulger JW. Bioethics: Passing the Boards, Providing Patient Care, and Beyond. New York: Oxford University Press; 2024. p. 283–9. https://doi.org/10.1093/med/9780197772195.003.0037

[12] Rosa D, Terzoni S, Dellafiore F, Destrebecq A. Systematic review of shift work and nurses' health. Occup Med (Lond). 2019;69(4):237–43. https://doi.org/10.1093/occmed/kqz063

[13] Westwell A, Cocco P, Van Tongeren M, Murphy E. Sleepiness and safety at work among night shift NHS nurses. Occup Med (Lond). 2021;71(9):439–45. https://doi.org/10.1093/occmed/kqab137

[14] Chang WP, Peng YX. Differences between fixed day shift nurses and rotating and irregular shift nurses in work-related musculoskeletal disorders: a literature review and meta-analysis. J Occup Health. 2021;63(1):e12208. https://doi.org/10.1002/1348-9585.12208

Poole-Wright K, Woodhall H, Chalder T. Healthcare worker fatigue during [15] COVID-19, SARS, and MERS: a meta-analysis. Occup Med (Lond). 2026;76(2):132–43. https://doi.org/10.1093/occmed/kqag015

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 9th ed. New [16] York: Oxford University Press; 2026. global.oup.com

Cantor J, Whaley CM, Ward J, Jena AB. COVID-19 school closures were [17] associated with a decline in employment for female nurses with young children. Health Aff (Millwood). 2024;43(9):1329–37. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01250

Berkman LF, Buxton O, Ertel K, Okechukwu C. Managers' practices [18] related to work–family balance predict employee cardiovascular risk and sleep duration in extended care settings. J Occup Health Psychol. 2010;15(3):316–29. https://doi.org/10.1037/a0019721

[19] صحيح البخاري، كتاب الجمعة، باب الجمعة في القرى والمدن، ح 893؛ وصحيح مسلم، كتاب الإمارة، باب فضيلة الإمام العادل وعقوبة الجائر والحث على الرفق بالرعية والنهي عن إدخال المشقة عليهم، ح 1829. sunnah.com

[20] صحيح البخاري، كتاب الأحكام، باب السمع والطاعة للإمام ما لم تكن معصية، ح 7145. sunnah.com

[21] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 81 (12/8) بشأن مداواة الرجل للمرأة. الدورة الثامنة، بندر سيري بيجوان، بروناي دار السلام، 1–7 محرم 1414هـ / 21–27 يونيو 1993م. iifa-aifi.org

[22] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. ليس للطبيب ولا لغيره أن يخلو بالطبيبة أو المريضة. مجموع فتاوى ومقالات متنوعة، 9/439. الموقع الرسمي لسماحة الشيخ ابن باز، الفتوى 6940. binbaz.org.sa

[23] صحيح البخاري، كتاب الصوم، باب من أقسم على أخيه ليفطر في التطوع ولم ير عليه قضاء، ح 1968 sunnah.com

[24] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصحة؛ النظام ولائحته التنفيذية، الإصدار الثالث 1440هـ (2019م) الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. scfhs.org.sa

[25] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. "SCFHS": breaches of professional ethics" subject healthcare practitioners to regulatory measures. 20 يونيو 2026م. تاريخ الاطلاع: 29 سبتمبر 2026م. scfhs.org.sa

[26] نظام العمل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/51) وتاريخ 23/8/1426هـ، مع تعديلاته. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[27] نظام مكافحة جريمة التحرش، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/96) وتاريخ 16/9/1439هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (488) وتاريخ 14/9/1439هـ، والمعدل

بالمرسوم الملكي رقم (م/48) وتـاريخ 1/6/1442هـ بنـاءً على قـرار مجلس الـوزراء رقم (296) وتاريخ 28/5/1442هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء؛ جريدة أم القرى. laws.boe.gov.sa

[28] نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتـاريخ 3/2/1436هـ، والمعـدَّل بالمرســـوم الملكي رقم (م/72) وتـــاريخ 6/8/1443هـ. هيئـــة الخـــبراء بمجلس الـــوزراء. laws.boe.gov.sa

[29] Nightingale F. Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not. London: Harrison; 1859. gutenberg.org

[30] American Nurses Association. Code of Ethics for Nurses. Silver Spring (MD): ANA; 2025. nursingworld.org

[31] Nursing and Midwifery Council. The Code: Professional standards of practice and behaviour for nurses, midwives and nursing associates. London: NMC; 2015 (updated 2018). nmc.org.uk

[32] Nursing and Midwifery Board of Australia. Code of Conduct for Nurses. Melbourne: NMBA; 2018. nursingmidwiferyboard.gov.au

[33] Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Boston: Little, Brown; 1979.

[34] Leininger MM. Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing; 1991.

[35] Doona ME, Haggerty LA, Chase SK. Nursing presence: an existential exploration of the concept. Sch Inq Nurs Pract. 1997;11(1):3–16.

[36] Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. J Transcult Nurs. 2002;13(3):181–184. https://doi.org/10.1177/10459602013003003

[37] Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. N Engl J Med. 2014;371(19):1803–1812. https://doi.org/10.1056/NEJMsa1405556

[38] Jameton A. Nursing Practice: The Ethical Issues. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.

[39] American Association of Critical-Care Nurses. The 4A’s to Rise Above Moral Distress. Aliso Viejo (CA): AACN; 2004.

[40] Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ. 2012;344:e1717. https://doi.org/10.1136/bmj.e1717

Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours [41] of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff (Millwood). 2004;23(4):202–212. https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.202

World Health Organization. State of the world’s nursing report 2025. [42] Geneva: World Health Organization; 12 May 2025. ISBN 978-92-4-011023-6. who.int

American Association of Critical-Care Nurses. Moral Distress in Times of [43] Crisis. Revised April 2025. Aliso Viejo (CA): AACN; 2025. aacn.org

Harvard Medical School Center for Bioethics. Leanne Homan: nursing, [44] ethics rounds and clinical ethics consultation (faculty profile). Boston: Harvard Medical School. bioethics.hms.harvard.edu

Reische K. The Moral Imperative of Moral Distress. In: Master of Science [45] in Bioethics Capstone Symposium 2025. Boston: Harvard Medical School .Center for Bioethics; 2025. p. 92

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse [46] staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002;288(16):1987–93. https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, [47] et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014;383(9931):1824–30. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8