الباب الرابع

أخلاقيات طب الأطفال وحديثي الولادة

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات طب الأطفال وحديثي الولادة». 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 الخامس والعشرون

أخلاقيات طب الأطفال وحديثي الولادة

مصلحة الطفل والقدرة النامية • إذن الولي وموافقة الطفل واعتراضه • رفض الولي للعلاج المنقذ • نظام حماية الطفل والإبلاغ عن الإيذاء والإهمال • سرية المراهق • حديثو الولادة في حدود البقاء • 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 الرابع: بداية الحياة والأسرة والوراثة • الجمهور المقصود: أطباء الأطفال وحديثي الولادة والطوارئ، والتمريض والخدمة الاجتماعية، وفرق حماية الطفل، وأعضاء لجان الأخلاقيات، والإدارات الطبية والقانونية في المنشآت • الفصل الأم لـ: الولاية على الطفل وحدودها، ورفض الولي للعلاج، وموافقة الطفل واعتراضه، ونظام حماية الطفل ولائحته التنفيذية وتعديله بالمرسوم الملكي (م/72)، والإبلاغ عن إيذاء الطفل وإهماله، ورعاية حديثي الولادة في حدود البقاء • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 7، 10، 13، 23، 24، 27، 36، 41، 45، 47، 48 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

خلاصة الفصل

الطفل إنسان كامل الكرامة، لكنه يعتمد في الرعاية على والدين أو ولي، وتتنامى قدرته على الفهم والمشاركة مع العمر والخبرة. ولهذا تقوم علاقة القرار في طب الأطفال على ثلاثة أطراف: الطفل، والأسرة، والفريق الصحي. ويعالج الفصل هذه العلاقة بنموذج الأركان الأربعة.

CC BY-NC-ND 4.0

ففي الركن الطبي يعرض الفصل تقييم القدرة الخاصة بالقرار، وعرض الاحتمالات تحت عدم اليقين، وما تقوله الدراسات عن مشاركة الوالدين في العناية المركزة، وأثر ضمانات السرية في صدق المراهق، وكيف يُبنى الاشتباه في الإيذاء. وفي الركن الأخلاقي يضبط مصلحة الطفل معيارًا لا شعارًا، ويميز منطقة الخيارات المقبولة التي تتسع فيها سلطة الوالدين من عتبة الضرر التي تضيق عندها. وفي الركن الفقهي يؤصل الولاية أمانةً مقيدة بالمصلحة، ويعرض حكم التداوي، وبند القرار 184 (10/19) في سقوط رفض الولي في الحالات المستعجلة وانتقال الإذن إلى ولي الأمر. وفي الركن النظامي يبسط نظام حماية الطفل ولائحته وتعديله، وواجب الإبلاغ الفوري، ونص الدليل السعودي للإذن الطبي في عدم الاعتبار برفض الولي الواضح الضرر.

ويحسم الفصل مسألة كثر فيها الخلط: استثناء الطوارئ في المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية مشروط بتعذّر الموافقة، فلا يصلح وحده سندًا حين يحضر الوالدان ويرفضان. والسند المستقل في هذه الصورة هو الدليل السعودي والقرار 184 (10/19) ونظام حماية الطفل مجتمعة. ثم يحلل أربع حالات: رفض والدين حاضرين نقل دم منقذ، وكدمات متكررة برواية غير متسقة، وولادة متوقعة في حدود البقاء، واعتراض طفل على علاج كيماوي في سرطان قابل للشفاء.

الكلمات المفتاحية: الولاية على الطفل؛ مصلحة الطفل الفضلى؛ موافقة الطفل (assent)؛ اعتراض الطفل؛ رفض الولي؛ نظام حماية الطفل؛ الإبلاغ عن الإيذاء والإهمال؛ سرية المراهق؛ الخداج الشديد؛ حدود البقاء؛ القرار 184 (10/19).

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

لا يُختزل طب الأطفال في علاج بالغ صغير الحجم. فالطفل قد يعجز عن وصف ألمه أو الدفاع عن حقه، ويتغير وزن صوته مع نمو فهمه، وتبقى مصلحته مع ذلك محور القرار من غرفة الولادة إلى عيادة المراهقين. ويجمع الفصل تسع قضايا مترابطة: مصلحة الطفل، وقدرته النامية، وموافقته واعتراضه، وسلطة الوالدين، ورفضهما للعلاج، وسرية المراهق، وحماية الطفل من الإيذاء والإهمال، والخداج الشديد، وحدود التدخل في العناية المركزة.

والسياق المحلي حاكم في كل ذلك. ففي المملكة نظام لحماية الطفل يعرّف الطفل بمن لم يتجاوز الثامنة عشرة، ويعدّ عدم استكمال التطعيمات الواجبة صورة من الإهمال، ويوجب الإبلاغ الفوري [1]. وفيها دليل وطني للإذن الطبي يرتب الأولياء، ويُسقط اعتبار رفض الولي إذا كان الضرر بالطفل واضحًا [2]. وفيها قرارات فقهية مجمعية حسمت حكم رفض الولي في الحالات المستعجلة [3]. فلا يصح، والحال هذه، أن تُنقل استثناءات قوانين أجنبية، كقاعدة «القاصر الناضج»، كأنها نص سعودي.

القواعد الحاكمة في الفصل. الولي لا يملك جسد الطفل، والطبيب لا يحل محل الأسرة، والطفل ليس متلقيًا صامتًا؛ ثلاث قواعد إذا حفظتها استقام لك ما بعدها. والقرار الجيد يحمي مصلحة الطفل، ويشركه بقدر فهمه، ويمنح الأسرة مساحة واسعة للاختيار داخل الحدود الطبية والشرعية والنظامية، ولا يتدخل قهرًا إلا إذا بلغ الرفض عتبة ضرر جسيم يمكن منعه.

CC BY-NC-ND 4.0

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

تتوزع الأدبيات على أربعة روافد. الأول: دراسات كفاءة الأطفال في القرار ومفهوم موافقتهم، وهي تنتهي إلى أن الموافقة عملية تمتد مع المرض والنمو، لا لحظة توقيع [4، 5]. والثاني: دراسات مشاركة الوالدين في قرارات حديثي الولادة والخداج الشديد، وهي تكشف عوائق التواصل وحدود الكتيبات [6–9]. والثالث: دراسات السرية في رعاية المراهقين [10، 11]. والرابع: أدبيات إيذاء الأطفال عالميًا ومحليًا [12–15]. ويقابلها في الأخلاقيات الطبية وثائق توافقية أمريكية في حدود سلطة الوالدين وموافقة الطفل والحد من العلاج الداعم للحياة [16–18].

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصل هذه الروافد في بناء واحد بالأركان الأربعة، ويقرأ النص الفقهي والنظامي السعودي قراءة تحسم موضعًا بعينه: ما سند التدخل حين يحضر الولي ويرفض علاجًا منقذًا؟ فيفصل بين استثناء الطوارئ المشروط بالتعذّر، وسقوط رفض الولي الواضح الضرر بنص الدليل والقرار 184 (10/19)، ومسار الحماية في نظام حماية الطفل.

المشكلة والسؤال المركزي

المشكلة أن الأطراف الثلاثة قد تختلف، وأن كل طرف قد يخطئ على طريقته. فقد تصير «مصلحة الطفل» اسمًا آخر لرأي الطبيب، وقد تُختزل مشاركة الطفل في توقيع وليه، وقد تُكسر سرية المراهق تلقائيًا فينقطع عن الرعاية، وقد يُنتظر إثبات الإيذاء قبل الإبلاغ، وقد يُستعمل استثناء الطوارئ في غير موضعه.

والسؤال المركزي: **متى تُحترم سلطة الوالدين، ومتى يُعتدّ برأي الطفل، ومتى يسقط رفض الولي، ثم بأي سند نظامي وفقهي يُتدخل حينئذ؟**

الأهداف والحدود

الأهداف. أن يستطيع القارئ بعد الفصل: تقييم قدرة الطفل على قرار بعينه؛ والتمييز بين منطقة الخيارات المقبولة وعتبة الضرر؛ وتحديد السند الصحيح للتدخل عند رفض الولي؛ وتطبيق واجب الإبلاغ في نظام حماية الطفل؛ وإدارة سرية المراهق بحدود معلنة؛ وقيادة مشورة قبل ولادة في حدود البقاء.

الحدود. يركز الفصل على الرعاية السريرية. فلا يبسط أحكام الإذن العامة والقرارات 67 (5/7) و172 (10/18) و184 (10/19) والمادة التاسعة عشرة (انظر الفصل 5، المبحث ثالثًا والمبحث رابعًا)، ولا أحكام السر الطبي ونظام حماية البيانات الشخصية (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا)، ولا الفحص الجيني وحديثي الولادة المصابين بأمراض وراثية (انظر الفصل 24)، ولا إذن الحامل في القيصرية (انظر الفصل 23)، ولا قرار عدم الإنعاش وفتاواه وسياسته الوطنية (انظر الفصل 41)، ولا موت الدماغ (انظر الفصل 45)، ولا التبرع بالأعضاء (انظر الفصل 47)، ولا البحث على الأطفال (انظر الفصل 48). والقدرة على القرار في الاضطراب النفسي موضعها الفصل 27.

CC BY-NC-ND 4.0

أولًا: الركن الطبي

1-1 المصطلحات: من الطفل؟ ومن يقرر؟

يعرّف نظام حماية الطفل الطفل بأنه كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة من عمره [1]. وهذا تعريف نظامي عام، لا يعني تساوي طفل في الثالثة ومراهق في السابعة عشرة في الفهم أو المشاركة. وحديث الولادة في الاستعمال الطبي هو الطفل في أيامه الثمانية والعشرين الأولى، ويشمل الفصل الجنين المتوقعة ولادته عند مناقشة خطة غرفة الولادة. والمراهقة مرحلة نمو لا يلزم أن تطابق حدًا نظاميًا واحدًا.

جدول 1-1: مصطلحات الفصل

المصطلح	معناه العملي	ما لا يعنيه
مصلحة الطفل الفضلى	ترجيح الخيار الذي يحمي مجموع مصالح الطفل ويحقق منفعة متناسبة بأقل عبء ممكن	تنفيذ كل ما يطيل الوظائف الحيوية، أو اعتماد رأي الطبيب وحده
إذن الولي	موافقة الولي أو من يمثله بعد تبصير كافٍ على تدخل مشروع في نطاق ولايته	ملكية جسد الطفل، أو حق رفض علاج منقذ بلا حد
موافقة الطفل (assent)	قبول إيجابي متدرج بعد شرح يناسب نموه، مع الاستماع لأسئلته	توقيع شكلي، أو إذن نظامي مستقل في كل الحالات
اعتراض الطفل (dissent)	رفض لفظي أو سلوكي يستلزم الفهم والاستكشاف والتخفيف، وقد يكون حاسمًا في قرارات غير عاجلة	حق مطلق في رفض كل علاج لازم
القدرة على القرار	فهم المعلومات، وتقدير انطباقها على الحال، والموازنة، وإظهار اختيار ثابت نسبيًا	رقم عمر ثابت أو تفوق دراسي
سلطة الوالدين	ولاية رعاية وتمثيل لحماية الطفل وتنميته	سلطة مطلقة منفصلة عن المصلحة
عتبة الضرر	النقطة التي يعرّض عندها قرار الوالدين الطفل لضرر جسيم قريب يمكن منعه بعلاج فعال متناسب	كل اختلاف بين رأي الوالدين ورأي الطبيب

جدول 1-2: من يقرر؟ مصفوفة أولية

CC BY-NC-ND 4.0

حالة الطفل	صاحب الإذن النظامي	واجب مشاركة الطفل	حد سلطة الولي
حديث الولادة أو طفل لا يفهم	الولي أو من يمثله	التواصل الحاني واحترام الراحة والإشارات السلوكية	المصلحة، وعدم تعريضه لضرر جسيم
طفل دون الخامسة عشرة يفهم بعض العناصر	الولي [2]	شرح مبسط، وسؤال عن المخاوف، وطلب الموافقة الإيجابية متى أمكن	لا يُهمل صوته، ولا يُحمَّل عبء القرار النهائي وحده
مراهق بين الخامسة عشرة والثامنة عشرة	المراهق ووليه معًا، إلا في التدخل الضروري الذي لا يحتمل التأجيل [2]	حوار مباشر ووقت خاص وتوثيق القدرة والقيم	يزداد عبء تبرير مخالفة رأيه، ولا تسقط حماية حياته
خطر على الحياة والولي يرفض رفضًا واضح الضرر	يسقط اعتبار رفضه وينتقل الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه [2، 3]	يُشرح بقدر الإمكان دون تأخير الإنقاذ	لا يملك الولي تعطيل الإنقاذ (المطلب 4-4)

1-2 النمو والقدرة على القرار

تتكون المشاركة تدريجيًا. فالطفل الصغير قد يفهم معنى الألم والحقنة والانتظار، والأكبر قد يقارن بين علاجين، والمراهق قد يستوعب احتمال النكس والعقم والموت. لكن القدرة خاصة بالقرار لا صفة عامة: قد يستطيع الطفل قبول فحص بسيط ولا يستطيع وزن جراحة عالية الخطورة، وقد يفهم مراهق مرضه المزمن أفضل من بالغ يواجه تشخيصًا جديدًا. وتتأثر القدرة بالخوف والألم والحمى والأدوية واللغة والضغط الأسري.

وتُقيَّم القدرة وظيفيًا بأربعة عناصر: أن يشرح الطفل بلغته ما المشكلة وما المقترح؛ وأن يدرك أن المنافع والمخاطر تخصه هو؛ وأن يقارن الخيارات بسبب مفهوم ولو خالف الطبيب في قيمه؛ وأن يعبر عن اختيار مستقر نسبيًا دون إكراه.

راجعت مارتنسون وفاغرشيلد أدبيات كفاءة الأطفال في القرار، وخلصتا إلى أن المعلومات الملائمة للعمر، وموقف البالغين، وبيئة النقاش عوامل حاسمة، وأن قصور الطفل عن قرار مستقل لا يلغي حقه في التعبير [4]. وأظهرت مراجعة نطاقية نقدية شملت 29 مقالة أن معنى موافقة الطفل يختلف بحسب العلاج والعمر والسياق الثقافي، وأنها عملية مزدوجة: تفضيلات في أثناء العلاج، ونمو في القدرة عبر الزمن [5]. فلا يصلح سن موحد اختبارًا وحيدًا، ولا كلمة «وافق» دون وصف طريقة الشرح والاستجابة.

CC BY-NC-ND 4.0

1-3 المعلومة وعدم اليقين

في الحالات عالية الخطورة يميز الفريق بين المؤكد (التشخيص المثبت والتدخل المتاح والمضاعفات المعروفة)، والمرجح (نطاق البقاء ونوع الإعاقة المحتمل)، وغير المعلوم (النتيجة الفردية وقيم الطفل المستقبلية)، وما يمكن مراجعته (تجربة علاج محددة المدة).

ويُفضَّل عرض الاحتمالات بعدد طبيعي ومن الاتجاهين: «ينجو نحو 30 من كل 100، ولا ينجو نحو 70»، بدل عبارة «هناك فرصة». ولا يتحول عمر الحمل أو وزن الولادة إلى مصير حتمي. فالإنذار في الخداج الشديد يتغير بأسابيع الحمل المكتملة، والوزن، والجنس، وتعدد الحمل، وإعطاء الستيرويد قبل الولادة، وخبرة المركز؛ ولذا تكون المشورة فردية متعددة التخصصات [19].

1-4 المشاركة وصنع القرار المشترك: ماذا تقول الدراسات؟

صنع القرار المشترك ليس أن يسرد الطبيب الخيارات ثم يترك الأسرة وحدها، ولا أن ينتزع توقيعًا بعد توصية جاهزة؛ بل تبادل للمعلومة والقيم، وتحديد لمن يريد أي قدر من المسؤولية، ثم توصية مهنية قابلة للتبرير (انظر الفصل 5، المبحث ثانيًا).

أظهرت مراجعة منهجية لتصورات الوالدين في طب حديثي الولادة، شملت 25 دراسة، أن الأزمة العاطفية، ونقص المعلومات، وضعف التواصل، وانقطاع استمرارية الفريق، واختلال القوة تعيق المشاركة؛ وأن الوضوح والرحمة والاستمرارية وتكييف المشاركة مع رغبة الوالدين تدعمها [6]. وفي مراجعة نوعية لقرارات الخداج الشديد، شملت 25 مقالة ضمت آراء 504 من مقدمي الرعاية و352 من الوالدين، ظهرت أربعة محاور: العوامل المؤثرة، وتبادل المعلومات، وبناء الشراكة، وطريقة اتخاذ القرار [7]. وهذا يفسر فشل المشورة رغم صحة الأرقام: قد يتحدث الطبيب عن البقاء، وتسأل الأسرة عن الألم أو العودة إلى المنزل.

ولا يكفي الكتيب. ففي تجربة عشوائية لمساعدة قرار قبل ولادة متوقعة في الخداج الشديد، تحسنت معرفة الأمهات دون انخفاض مؤكد في صراع القرار [8]. فالمعلومة ضرورية، لكن الدعم العاطفي والتكرار والوقت ووضوح التوصية لا تقل عنها.

1-5 سرية المراهق والوصول إلى الرعاية

السرية تؤثر في الصدق وطلب المساعدة. ففي تجربة عشوائية على 562 مراهقًا، رفعت ضمانات السرية الاستعداد للإفصاح عن موضوعات حساسة من 39% إلى 46.5%، والاستعداد لطلب رعاية مستقبلية من 53% إلى 67% [11]. ولا تُنقل هذه النسب إلى كل ثقافة، لكنها دليل سببي على أثر طريقة تقديم السرية.

وتوصي سياسة الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (2024) بوقت خاص منتظم مع المراهق، وبشرح حدود السرية مقدمًا، وبكسرها عند الوجوب النظامي أو لحمايته من خطر حاد [10]. والتطبيق المحلي يلتزم نظام المملكة وسياسة المنشأة، لا استثناءات الموافقة المعروفة في الولايات المتحدة (المطلب 4-5).

1-6 كشف الإيذاء والإهمال: من الاشتباه إلى الحماية

الإيذاء يشمل البدني والجنسي والنفسي، والإهمال يشمل الصحي والعاطفي والتعليمي، وقد يدخل فيه إحداث المرض أو اصطناع علاماته من مقدم الرعاية. ولا توجد علامة واحدة تثبت

CC BY-NC-ND 4.0

الإيذاء؛ بل تُبنى الشبهة من القصة والفحص والنمو والتفاعل والسجلات وتفسير الإصابة وقدرة الطفل النمائية.

لفتت أعمال كيمب وزملائه عام 1962 الانتباه الطبي المنظم إلى «متلازمة الطفل المضروب» [12]. وفي المملكة وثقت تقارير منذ التسعينيات وجود الحالات، ومنها وصف طيف الحالات في مستشفى جامعي بالرياض عام 1998 [13]. وقيمة هذه الأعمال أنها كسرت وهم غياب الإيذاء، لكنها عينات إحالة صغيرة لا تقدّر الانتشار الوطني.

وفي دراسة على إصابات الرأس الإيذائية، تبين أن 54 من 173 طفلًا (31.2%) سبق أن عاينهم أطباء دون تعرّف الإيذاء، وتعرض بعضهم بعد ذلك لإصابة إضافية [14]. وكشفت مراجعة منهجية للدراسات السعودية في الإيذاء البدني نقصًا في التغطية الجغرافية، وضعفًا منهجيًا، واعتمادًا زائدًا على تقارير المستشفيات [15]. فانخفاض الإبلاغ لا يساوي انخفاض الحدوث.

جدول 1-3: تقييم الاشتباه بطريقة منضبطة

المجال	ما يُبحث عنه	خطأ يجب تجنبه
القصة	تأخر غير مفسر، وروايات متبدلة، وآلية لا تناسب النمو، وزيارات متعددة	اتهام مباشر قبل تأمين الطفل وجمع الحقائق
الفحص	إصابات بأنماط أو أعمار مختلفة، وسوء نمو، وخوف غير معتاد	عدّ كل كدمة إيذاء، أو استبعاده لغياب الكدمة
السجل	الزيارات السابقة، ومنحنى الوزن، والغياب عن المواعيد	توثيق أحكام شخصية بدل الملاحظات الموضوعية
التشخيص التفريقي	أمراض النزف والعظام والجلد، والحوادث، والممارسات الثقافية غير الضارة	جعل التشخيص التفريقي ذريعة لتأخير الحماية
رأي الطفل	مقابلة مناسبة للعمر بأسئلة مفتوحة، وتدوين كلماته حرفيًا	أسئلة إيحائية أو استجواب متكرر يفسد الدليل ويؤذي الطفل
السلامة	خطر العودة، ووجود إخوة، والمعتدي المحتمل	إخراج الطفل قبل خطة أمان، أو مواجهة المشتبه به بطريقة تزيد الخطر

والقاعدة الطبية: دور الطبيب ليس إثبات الجريمة، بل علاج الطفل، وتوثيق الوقائع، وتقدير خطر السلامة، والإبلاغ عند الاشتباه المعتبر.

ومن الأذى ما يصل إلى الطبيب طلبًا لا شكوى، ومنه ختان الإناث. وتعرّفه منظمة الصحة العالمية بأنه كل إجراء يزيل الأعضاء التناسلية الظاهرة للأنثى كليًا أو جزئيًا أو يُلحق بها أذى آخر لأسباب غير طبية، وتقرر أنه لا منفعة صحية له، وأنه يزيد مخاطر المضاعفات الجسدية والنفسية والجنسية [34، 35]. والخطر الذي تحذر منه المنظمة اليوم هو «تطبيبه»: فنحو ربع الحالات في

CC BY-NC-ND 4.0

العالم، أي قرابة 52 مليون امرأة وفتاة حتى عام 2020م، أجراها عاملون صحيون، وقد يكون قطعهم أعمق، وإجراؤه على أيديهم يمنح الممارسة شرعية زائفة [35]. وفي المملكة وثقت مراجعة منهجية منشورة عام 2021م وجوده بين سعوديات ومقيمات؛ ففي مسح أسري في محافظة حلي بالقنفذة أفادت 80.3% من 218 مشاركة بأنهن خُتنّ، وذكرن أن الأطباء أجروه في 91.4% من الحالات [36]. فالمسألة ليست نظرية، والطبيب طرف فيها.

1-7 حديثو الولادة في حدود البقاء والعناية المركزة

الولادة في حدود البقاء (periviable birth) هي عند الكلية الأمريكية لأطباء النساء والولادة الولادة بين الأسبوع العشرين والأسبوع الخامس والعشرين وستة أيام من الحمل، وفيها تتسع مساحة عدم اليقين في البقاء والمراضة [19]. وتواجه الأسرة قرارات لا يتاح لها وقت طويل لفهمها: إنعاش في غرفة الولادة، أو تنبيب، أو جراحة، أو تحويل هدف الرعاية إلى الراحة. ويزداد التحدي لأن المولود لا سيرة رغبات له، ولأن الإنذار قد يتغير سريعًا، ولأن الأم قد تكون بعد ولادة معقدة.

وفي دراسة نوعية على 26 أمًا واجهن قرار الإنعاش في غرفة الولادة لمواليد عاليي الخطورة، أرادت جميعهن المشاركة في القرار، لكن قليلًا منهن تذكرن مناقشة الإنعاش، وأقل منهن تذكرن عرض رعاية الراحة. وكان الدين والروحانية والرجاء أهم ما وجّه قرارهن، وقالت بعضهن إنهن «تركن الأمر بيد الله»، فدوّنه الأطباء طلبًا لـ«فعل كل شيء» [9]. فيلزم السؤال: «ما الذي تعنيه هذه العبارة لكم؟ وما الذي تأملونه وما الذي تخشونه؟».

وتقر توصيات إنعاش حديثي الولادة لعام 2025 بأن عدم بدء الإنعاش أو إيقافه قد يكونان معقولين في حالات مختارة مع استمرار الرعاية الداعمة. وإذا بقي معدل القلب غير قابل للكشف بعد استكمال خطوات الإنعاش على وجهها، فقد يكون من المعقول مناقشة تحويل الهدف قرب 20 دقيقة من الولادة [20]. وهذا الزمن نقطة مراجعة لا مؤقت آلي؛ فلا يطبق قبل تصحيح التهوية والضغطات والأدوية والأسباب القابلة للعكس.

وفي التشوهات الشديدة المحدودة للحياة، كانعدام الدماغ، يُفصل بين ثلاثة أسئلة: صحة التشخيص والإنذار، وملاءمة الإنعاش أو الرعاية الداعمة، وإمكان التبرع بالأعضاء. فلا يُتخذ قرار الحد من العلاج لأجل الأعضاء، وتُقدَّم رعاية الراحة للمولود وأسرته، ويناقش التبرع الفريق المختص وحده (انظر الفصل 47). أما قرار عدم الإنعاش في الأطفال فيُبنى على التقييم الطبي الجماعي الموثق الذي تقرره السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش، وتُبسط نصوصه وفتاواه في الفصل 41.

1-8 خلاصة الركن الطبي

1. القدرة خاصة بالقرار، ومتغيرة مع الألم والخوف والخبرة.
2. البيانات السكانية تدعم المشورة ولا تتنبأ بمصير فرد يقينًا.
3. المشاركة تتحسن بالمعلومة الرحيمة والاستمرارية، لا بالكتيب والتوقيع وحدهما.
4. السرية تزيد الصدق وطلب الرعاية، ولها حدود معلنة.
5. الحماية تبدأ بالاشتباه المعتبر والتوثيق والإبلاغ، لا بانتظار اليقين القضائي.

CC BY-NC-ND 4.0

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 مصلحة الطفل: معيار لا شعار

مصلحة الطفل أن يُختار له البديل الذي يحقق أكبر منفعة شاملة بأقل ضرر وعبء متناسبين. والمصالح أوسع مما يظن المستعجل: الحياة والصحة، وتسكين الألم، والقدرة على العلاقة والتعلم، والاستقرار الأسري، والهوية الدينية والثقافية، والخصوصية، وفرص المستقبل. فلا تُختزل في البقاء البيولوجي، ولا في غياب الإعاقة، ولا في راحة الأسرة.

وتُختبر المصلحة بسبعة أسئلة:

1. ما فرصة أن يحقق التدخل هدفًا يهم الطفل فعلًا؟
2. ما حجم العبء ومدته وقابليته للتسكين أو العكس؟
3. هل توجد بدائل أقل ألمًا أو تقييدًا تحقق منفعة قريبة؟
4. ما أثر القرار في حياة الطفل الحالية والمستقبلية، لا في مرضه وحده؟
5. ماذا يقول الطفل، أو ماذا نعرف عن قيمه إن عبّر سابقًا؟
6. هل تسرب إلى الحكم تحيز ضد الإعاقة أو الفقر أو شكل الأسرة؟
7. هل يستطيع مراجع مستقل فهم التبرير من السجل؟

و«الأفضل» لا يعني خيارًا واحدًا دائمًا. فبين مبدأ المصلحة الفضلى الذي يوجّه، ومبدأ الضرر الذي يرسم الحد الأدنى، منطقةٌ من الخيارات المقبولة، تختلف فيها الأسر بحسب قيمها، وتتسع فيها سلطة الوالدين [16، 17]. أما حين يعرّض القرار الطفل لخطر جسيم قريب يمكن منعه، فهنا تضيق السلطة، ويجب التصعيد.

2-2 احترام القدرة النامية: موافقة الطفل واعتراضه

لا يملك الطفل عادةً استقلالًا نظاميًا كاملًا، ولكن كرامته تمنع أن يُعامل شيئًا تابعًا. واحترامه لا يبقى كلامًا، بل يتحول إلى أعمال: أن يُخاطب أولًا باسمه وبكلمات يفهمها؛ وأن يُخبر بما سيشعر به قبل اللمس أو الإجراء؛ وأن يُسأل عما يقلقه وما يساعده؛ وأن يُمنح اختيارات حقيقية صغيرة؛ وأن تُطلب موافقته متى كان قادرًا؛ وأن يؤخذ اعتراضه بجد ويُبحث عن سببه.

وتتكون موافقة الطفل من شرح مناسب، وفهم أساسي، وطوعية بقدر الإمكان، وتعبير عن القبول [17]. ولا تُطلب إذا كان القرار قد حُسم، ثم يوحى إليه بأن له حق الرفض؛ فذلك يوهمه بما ليس له. بل يقال له بصدق: «العلاج لازم لحمايتك، لكنك تستطيع أن تخبرنا كيف نجعله أسهل وما الذي تخاف منه».

وزن الاعتراض. يزداد وزن اعتراض الطفل كلما زاد نضجه وثبت اختياره، وقلّت الفائدة الطبية أو ضعف يقينها، وكان التدخل اختياريًا أو قابلًا للتأجيل، وزاد العبء وطال العلاج، ووُجد بديل معقول، واتفق الاعتراض مع قيم عبّر عنها عبر الزمن. ويقل وزنه الحاسم كلما كان العلاج عاجلًا فعالًا منقذًا، وكان الرفض ناشئًا من خوف قابل للعلاج أو تضليل أو ضغط. وحتى إذا تقرر تجاوز الاعتراض، فلا يُترك الطفل للقهر: يُخفض الإكراه، ويُستعمل التسكين والتخدير والدعم النفسي، ولا تُستعمل القوة إلا بقدر الضرورة. وللمراهق بين الخامسة عشرة والثامنة عشرة حكم نظامي خاص، تُحلَّل حالته في الفصل 5 (الحالة 5/3: مراهقة ترفض جراحة يوقّع عليها أبوها).

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: ما يزيد وزن اعتراض الطفل وما يُضعفه، وكيف يُعامَل إذا تقرر تجاوزه.

2-3 سلطة الوالدين: لماذا تُحترم ولماذا تُحد؟

تُحترم سلطة الوالدين لأنهما يعرفان الطفل وسياقه، ويحملان عبء الرعاية الطويلة، ولأن الأسرة موضع المحبة والهوية. ولكن هذه السلطة أمانة لا ملك: غايتها رعاية الطفل، لا تحقيق رغبة البالغ. فيجوز للوالدين أن يختارا بين بديلين طبيين مقبولين، وأن يطلبا وقتًا أو رأيًا ثانيًا، وأن يُراعى معتقد الأسرة، وأن يتحملا عبئًا معقولًا لأجل قيمة يريانها. ولا يجوز لهما أن يطلبا تدخلًا غير مشروع أو غير متناسب، أو أن يرفضا إنقاذًا فعالًا مع تعريض الطفل لضرر جسيم، أو أن يستعملا السرية لإخفاء إيذاء.

وقد اقترحت الأدبيات معايير متعددة: المصلحة الفضلى، ومبدأ الضرر، ومنطقة تقدير الوالدين، وصنع القرار الأسري المشترك [16، 17]. والأنسب في العمل ألا يُؤخذ واحد منها ويُترك الباقي، بل يُجمع بينها: تُعرض الخيارات المعقولة، ويُبحث عن الأفضل، وتُترك للأسرة مساحة في المنطقة المقبولة، ولا يُطلب تدخل قهري إلا عند تجاوز عتبة ضرر واضحة بعد استنفاد البدائل الأقل تقييدًا.

2-4 رفض الوالدين للعلاج: سلّم الاستجابة

لا تحسبنّ كل رفض إهمالًا. فقد يكون سببه سوء شرح، أو خبرة مؤلمة، أو عجزًا ماليًا أو لوجستيًا، أو خوفًا من المضاعفات، أو معتقدًا دينيًا، أو عدم ثقة، أو اختلافًا معقولًا في تقدير منفعة ضعيفة. فابدأ يا أخي بالفهم لا بالتهديد، والخطوات مرتبة: حدد نقطة الخلاف بدقة؛ وتحقق من الاستعجال وفرصة النجاح والبدائل؛ واستكشف سبب الرفض؛ وعالج العوائق؛ ثم قدم توصية واضحة لا تُلقي فيها العبء كله على الأسرة؛ ثم اطلب رأيًا ثانيًا أو استشارة أخلاقية أو فريق حماية الطفل؛ ثم اختبر عتبة الضرر؛ ثم تدخّل بالقدر الأدنى دون تأخير الإنقاذ.

وتقرر التوصيات التوافقية الأمريكية لعام 2023 أن الأطباء لا يطلبون تدخل الجهات المختصة إلا حين يعرّض قرار الوالدين الطفل لخطر جسيم قريب، أو ينزل إلى مستوى الإيذاء أو الإهمال [16]. وهي ليست نصًا سعوديًا، ولكنها أداة أخلاقية نافعة، تمنع الإفراط والتفريط جميعًا.

CC BY-NC-ND 4.0

جدول 2-1: درجات الرفض والاستجابة

الموقف	التقدير الأخلاقي	الاستجابة المرجحة
رفض دواء لزكام بسيط مع متابعة	اختلاف داخل المنطقة المقبولة	شرح وتوثيق ومتابعة
تأخير جراحة غير عاجلة لرأي ثانٍ	حق معقول إذا لم يزد الخطر	تحديد مدة آمنة وإتاحة السجلات
رفض إجراء اختياري لسبب ديني، كإزالة إصبع زائدة	داخل المنطقة المقبولة غالبًا	حوار وتصحيح المفهوم دون بلاغ (انظر الفصل 2، الحالة 2/4)
رفض تطعيم واجب مع خطر معتبر	قد يبلغ الإهمال بنص النظام [1]	تبصير، ومعالجة المخاوف، ثم مسار التحصين والحماية
رفض نقل دم لطفل ينزف وموته محتمل خلال ساعات	ضرر جسيم قريب وعلاج فعال	إسقاط الرفض ونقل الإذن بالمسار النظامي (المطلب 4-4)
رفض علاج تجريبي قليل الفائدة عالي السمية	رفض مشروع غالبًا	احترام القرار واستمرار الرعاية التلطيفية
الإصرار على إنعاش لا يحقق هدفًا فسيولوجيًا	السلطة الوالدية لا تنشئ التزامًا بعلاج غير مناسب	مراجعة مستقلة وتواصل وتطبيق السياسة الوطنية لعدم الإنعاش (انظر الفصل 41)

2-5 سرية المراهق: الثقة ذات الحدود

والمراهق، كما يعرف من عالجه، يحتاج إلى مساحة يتحدث فيها عن الاكتئاب والعنف والتنمر وتعاطي المواد والسلوك الجنسي، دون خوف فوري من الفضيحة. وقد يحتاج الوالدان إلى معلومات لازمة للرعاية والسلامة. والحل ليس سرية مطلقة، ولا كشفًا تلقائيًا.

فقبل المقابلة الخاصة يقال للمراهق ووالديه: «جزء من كل زيارة يكون على انفراد؛ وما يقوله المراهق يبقى خاصًا بقدر ما يسمح به النظام، إلا إذا خفت على سلامته أو سلامة غيره، أو وجب عليّ الإبلاغ». بهذه العبارة الواحدة لا يشعر الوالدان بأنهما مستهدفان، ولا يُخدع المراهق بوعد لا يمكن الوفاء به.

وإذا احتجت إلى الإفصاح فأشرك المراهق بقدر الإمكان، واسأل: ما أقل معلومة لازمة؟ لمن؟ متى؟ وهل يستطيع هو أن يقولها بحضورك؟ ولا يبرر مجرد سلوك محفوف بالمخاطر كشف كل ما قاله؛ بل تُقدّر شدة الخطر وقربه. فعند الخطر الحاد تُقدَّم السلامة، وعند غير الوشيك يُبنى الإفصاح معه خطوة خطوة، مع إبقاء التفاصيل غير اللازمة سرية.

CC BY-NC-ND 4.0

2-6 حماية الطفل: الولاء الأول لمن لا يستطيع الدفاع عن نفسه

قد تكون الأسرة مصدر أمـان، وقـد تكـون هي مصـدر الخطـر. وحين يشـتبه الممـارس في إيـذاء، يتعارض عنده الحفاظ على العلاقة مـع واجب الحمايـة. ولأن كتمـان الشـبهة قـد يعيـد الطفـل إلى الضرر، تنحسر السرية بقدر الإبلاغ والتقييم اللازمين. ويُتجنب مواجهة مشتبه به إذا كان ذلـك يزيـد خطر الانتقام أو هروب الطفل، وتُحترم كرامـة الأسـرة فلا يُجـزم بمـا لم يثبت. فـالإبلاغ حمايـة، لا حكم إدانة.

2-7 جودة الحياة وعدم التمييز وحدود التدخل

لا يجوز أن تصير عبارة «نوعية حياة ضـعيفة» اسـمًا مخففًـا لتحـيز ضـد الإعاقـة. فمن يقيّم جـودة الحياة من خارج التجربـة قـد يبخس الأطفـال ذوي الإعاقـة قـدرتهم على الفـرح والعلاقـة والتعلم. ولذلك تُفصل ثلاثة أمور: عبء المرض نفسه، وعبء العلاج المتكرر غـير القابـل للتسـكين، وحكم المجتمع المتحيز على قيمة حياة ذوي الإعاقة. والسؤال ليس «هل تستحق هذه الحياة؟» بل «هل يحقق هذا التدخل هدفًا طبيًا ذا معنى لهذا الطفل، وبأي عبء؟».

ويبدأ قرار العناية المركزة بسؤال: ما هدف الرعاية؟ أهو شفاء، أم إطالة حيـاة معقولـة، أم عبـور أزمة قابلة للعكس، أم راحة وقرب أسري؟ وقد تكـون التجربـة العلاجيـة المحـددة المـدة حلًا عنـد عدم اليقين، بشرط أن تُحدد مسبقًا مؤشرات الاستمرار أو التحويل إلى الراحة وموعد المراجعـة. وعدم البدء بتدخل وسحبه بعد بدئه متكافئان أخلاقيًا متى اتحدت الوقائع والهدف، مـع الإقـرار بـأن السـحب أصـعب على النفس [18]؛ فلا يتحـول البـدء التجريـبي إلى الـتزام أبـدي إذا ثبت عـدم المنفعة.

ويبقى في كـل حـال، مهمـا تغـير الهـدف: التسـكين، وعلاج ضـيق النفس والاختلاجـات، والـدفء والملامسة ووجود الأسرة، والتمريض والنظافة، والدعم الروحي والاجتماعي. وليس كل ترك بريئًـا كما يُظن: فعدم الإبلاغ عن إيذاء، أو تأخير نقل دم، أو ترك مولود بلا دفء وتسكين بعد قـرار عـدم الإنعاش، امتناعات مقصودة كاملة الأثر.

2-8 خلاصة الركن الأخلاقي

فالخلاصة أن تُحترم مساحة واسعة لقرار الوالدين ما دام داخل الخيارات المعقولة ويلـبي حاجـات الطفل الأساسية. ويُشرك الطفل بقدر فهمه، ويزداد وزن صوته مع النضج والعبء وضعف اليقين. فإذا هدد الرفض بضرر جسيم قريب يمكن منعه، استُنفدت وسائل التفـاهم أولًا، ثم فُعّلت الحمايـة بأقل تدخل لازم. وفي نهاية الحياة لا يُطلب من الأسرة أن تختار بين «كل شيء» و«لا شيء»، بل يُعاد صوغ الهدف مع استمرار الرعاية والكرامة.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 الكرامة وحفظ النفس والرعاية

ينطلق النظر الشرعي من أن الطفـل نفس مكرمـة: ﴿وَلَقَـدْ كَرَّمْنَـا بَنِي آدَمَ﴾ [الإسـراء: 70]، وأن حفظ النفس مقصد عظيم: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾ [المائدة: 32]. وجـاء النهي عن

CC BY-NC-ND 4.0

قتل الأولاد حمايةً للضعيف من ضغط الفقر والخوف: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ مِنْ إِمْلَاقٍ﴾ [الأنعام: 151]، و﴿خَشْيَةَ إِمْلَاقٍ﴾ [الإسراء: 31].

ويقرر القرآن مسؤولية الأسرة مع منع الإضرار بالطفل، ففي الرضاع: ﴿لَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ بِوَلَدِهَا وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ بِوَلَدِهِ﴾، ثم جعل الفصال عن تراضٍ وتشاور [البقرة: 233]. فهذا نموذج لقرار يمس الطفل يجمع المصلحة والتشاور. ويقرر الاختبار التدريجي للرشد: ﴿وَابْتَلُوا الْيَتَامَى﴾ [النساء: 6]؛ وهو أصل في أن القدرات تُختبر ولا تُفترض أو تُنفى بالعمر وحده.

وفي السنة: «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته» [21]، و«من لا يَرحم لا يُرحم»، قالها النبي ﷺ لمن تعجب من تقبيله الصبيان [22]، و«لا ضرر ولا ضرار» [23]. أما حديث «رُفع القلم عن ثلاثة... وعن الصبي حتى يحتلم» [24]، فيرفع التكليف المؤاخذ به، ولا يعني إهدار قول الطفل ولا جواز إيذائه.

3-2 المقاصد والقواعد في طب الأطفال

جدول 3-1: الضرورات الخمس في طب الأطفال

المقصد	تطبيقه	تنبيه منهجي
حفظ الدين	احترام شعائر الأسرة، واستشارة شرعية موثوقة عند الحاجة	لا تُنسب فتوى فردية إلى الشرع، ولا يُعطل علاج واجب بتأويل غير مختص
حفظ النفس	الوقاية والتطعيم والعلاج والإنقاذ والحماية من الإيذاء	لا يساوي إدامة كل جهاز إذا غابت المنفعة وغلب العبء
حفظ العقل	حماية النمو العصبي والنفسي، ومنع المخدرات والإيذاء	لا تُسقط الإعاقة الذهنية الكرامة ولا كل قدرة على المشاركة
حفظ النسل والعرض	حماية الطفل من الاستغلال الجنسي، وصون الصحة الإنجابية للمراهق	تُحفظ الخصوصية ضمن حدود الحماية والنظام
حفظ المال	عدم استغلال حاجة الأسرة، وترشيد الموارد، ودعم الوصول للعلاج	لا تُقدَّم الكلفة وحدها على حياة الطفل

وتعمل القواعد الكلية، المبسوطة بأدلتها في الفصل 2 (المبحث خامسًا)، مباشرة في هذا الباب: «الضرر يزال» بعلاج المرض ومنع الإيذاء وكسر السرية عند وجوب الحماية؛ و«الضرر لا يزال بمثله» فلا يُعالج مرض بسيط بتدخل يفوقه خطرًا؛ و«المشقة تجلب التيسير» بتخفيف الإجراءات ورعاية المنزل حين تكون آمنة؛ و«اليقين لا يزول بالشك» فلا يُقرَّر عدم الجدوى من انطباع عابر. ومن القواعد المتفرعة: «التصرف على الرعية منوط بالمصلحة»، وهي أوثق عبارة في وصف ولاية الوالدين؛ فلا ينفذ تصرف الولي إذا خرج عن مصلحة المولّى عليه إلى ضرره، ومنها أيضًا مشروعية تنظيم الدولة للتحصين والإبلاغ والحماية.

CC BY-NC-ND 4.0

3-3 أهلية الطفل وإذن الولي ومشاركته

يفرق الفقه بين أهلية الوجوب التي تثبت بها للطفل الحقوق منذ ولادته، وأهلية الأداء التي تتدرج بالتمييز والبلوغ والرشد ونوع التصرف. ولذلك كان إذن الولي هو المعتبر في علاج من لم تكتمل أهليته، حفظًا لنفسه لا تهوينًا من قوله. ومن هنا ضمن المعالج إذا تصرف في بدن الصغير بغير إذن معتبر، كما عدّ القرار 142 (8/15) انعدام الإذن من موجبات الضمان (انظر الفصل 10، المبحث ثالثًا).

والتمييز بين صحة الإذن وفضيلة المشاركة مهم: قد يكفي إذن الولي من جهة الأصل، لكن إهمال طفل فاهم، أو الكذب عليه، أو تقييده بلا ضرورة، إخلال بالرحمة والأمانة يفسد التعاون ويزيد الضرر. ويقوى اعتبار رأي المراهق كلما قوي فهمه وخبرته، ولا سيما في العلاج المزمن والخيارات المتقاربة.

3-4 متى يجب العلاج؟ ورفض الولي في الحالات المستعجلة

قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 67 (5/7) أن التداوي يكون واجبًا إذا أدى تركه إلى تلف النفس أو أحد الأعضاء أو العجز، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره، ومندوبًا ومباحًا ومكروهًا فيما دون ذلك. وقيّد الولي بالمصلحة، فلا يُعتدّ بعدم إذنه إذا كان واضح الضرر بالمولّى عليه، وينتقل الحق إلى غيره من الأولياء ثم إلى ولي الأمر [25]. ويُبسط القرار وأقسامه في الفصل 5 (انظر الفصل 5، المبحث ثالثًا).

ثم أرجأ المجمع في القرار 172 (10/18) صورة «رفض الولي إجراءً تدخليًا يحتاجه الطفل» إلى دورة لاحقة [26]، وبتّ فيها في القرار 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة، فقرر:

> «إذا كان المريض ناقص الأهلية ورفض وليه إعطاء الإذن الطبي لعلاجه في الحالات المستعجلة فلا يعتد برفضه وينتقل الحق في الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه من الجهات المختصة في الدولة» [3].

وعدّ القرار نقل الدم والغسيل الكلوي من العلاجات المستعجلة، واشترط للتدخل مع الرفض شرح أهمية العلاج وخطورة الحالة وآثار الرفض وتوثيقه، وبذل الوسع في إقناع المريض وأهله، وتأكيد فريق لا يقل عن ثلاثة أطباء استشاريين للتشخيص والعلاج بمحضر موقّع [3]. وتُبسط هذه الشروط في الفصل 5 (المبحث ثالثًا، المطلب 3-3)، ومقابلتها بالمادة التاسعة عشرة في المطلب 4-4.

ويترتب على ذلك ثلاثة أمور. الأول: أن رفض الولي ليس على درجة واحدة؛ فالعلاج المنقذ الغالب النفع المتناسب العبء لا يملك الولي إسقاط حق الطفل فيه، والتدخل قليل الجدوى شديد العبء لا يصير واجبًا لمجرد وجوده التقني. والثاني: أن الحكم بسقوط الرفض لا يعني إسقاط ولاية الوالدين في بقية الرعاية؛ فالسقوط في القرار المحدد وبقدر الضرورة. والثالث: أن وصف المنفعة والضرر والاستعجال يُرجع فيه إلى أطباء مختصين موثوقين، ثم ينزل الحكم الشرعي على الوصف الصحيح.

CC BY-NC-ND 4.0

3-5 التطعيم والوقاية

نص القـرار 67 (5/7) في البنـد (ب) من الفقـرة ثالثًـا: «لـولي الأمـر الإلـزام بالتـداوي في بعض الأحـوال، كـالأمراض المعديـة والتحصـينات الوقائيـة» [25]. وتنزيـل هـذا الإلـزام على سياسـات التطعيم وشروطه في الفصل 36. وأعاد المجمع في بيانه الثاني بشأن التطعيم ضد شلل الأطفال (17 أبريل 2013م) تأكيد ذلك، وقرر أنه «واجب شرعي وأمانة في أعناق أولياء أمور الأطفـال» [27]. ويعضده نظام حماية الطفل الذي عدّ «عدم استكمال تطعيماته الصحية الواجبة» صـورة من الإيذاء أو الإهمـال [1]. ومـع ذلـك يبـدأ الطـبيب بشـرح المنفعـة والمضـاعفات الحقيقيـة وتصـحيح الإشاعة، ولا يحول كل سؤال متردد إلى اتهام.

3-6 السر والإفصاح للحماية

الأصل في السر الطبي الأمانة والستر، ويشمل سر الطفـل والمراهـق (انظـر الفصـل 7، المبحث ثالثًا). لكن الضرر يزال، والولاية لا تحمي الاعتداء، والسكوت الذي يعـرض طفلًا لأذى متكـرر ليس وفاءً بالسـر. فيُكشـف للجهـة المختصـة قـدر مـا يلـزم لمنـع الضـرر أو أداء واجب الإبلاغ، وتُصـان التفاصيل غير اللازمة. والتأديب لا يبيح الإيذاء، ولا يُتخذ العرف غطاءً لإصابة أو إذلال أو حرمان من العلاج. ومن مقتضى «كلكم راع» مساءلة الوالد والممارس والمنشأة كلٌّ بقدر سلطته.

3-7 حدود الإنعاش في الأطفال

قرار مجمع الفقـه الإسـلامي الـدولي 17 (5/3) في أجهـزة الإنعـاش يتعلـق بثبـوت الوفـاة ورفـع الأجهزة بعدها، فلا يُستعمل وحـده لتقريـر عـدم إنعـاش طفـل حي (انظـر الفصـل 45). أمـا عـدم محاولة الإنعاش قبل الوفاة فحكم على تدخل بعينه عند عدم المنفعة، يقرره تقـييم طـبي جمـاعي موثق وفق فتوى اللجنة الدائمة والسياسة الوطنيـة لعـدم الإنعـاش المبسـوطتين في الفصـل 41. وفي تنزيله على الأطفال تنبيهان: أن الإعاقة وحدها ليست مسوغًا لحرمـان الطفـل من الإنعـاش؛ وأن القرار لا يمتد إلى إيقاف التسكين أو التمريض أو الرعاية الأساسية.

3-8 خلاصة الركن الفقهي

الطفل صاحب حق في النفس والكرامة، والولايـة أمانـة مقيـدة بمصـلحته. يجب العلاج إذا أفضـى تركـه إلى تلـف النفس أو عضـو أو عجـز، ويجـوز الإلـزام بالوقايـة. ورفض الـولي في الحـالات المستعجلة لا يُعتد به، وينتقل الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه، بضمانات الشرح والإقنـاع والتوثيـق والتشاور. والسرية مصونة، لكنها لا تستر إيذاءً ولا تمنع إبلاغًا واجبًا.

3-9 الختان: أقوال الفقهاء وحدود عمل الطبيب

ختان الذكور من خصال الفطرة الواردة في الحـديث المتفـق عليـه، واختلـف الفقهـاء في حكمـه: فذهب الشافعية والحنابلة إلى وجوبه، وذهب الحنفية والمالكية إلى سنيته [37]. وقال الشيخ عبـد العزيز بن باز إنه «سنة مؤكدة»، وذكر أن بعض أهل العلم ذهب إلى وجوبـه، وأن الأولى فعلـه في الصغر [38]. وقررت اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء أنـه «واجب في الـذكور» [39]. فهـو عمل مشروع يُجرى على وجهـه: ممـارس مؤهـل، وتعقيم، وتسـكين مناسـب، وتقـييم يسـتبعد مـا يمنعه أو يؤخره، وإذن الولي. ومضاعفاته قليلة في الرضع إذا أجراه مؤهـل؛ فوسـيط تكرارهـا في

CC BY-NC-ND 4.0

الدراسات الاستباقية على حديثي الولادة والرضع 1.5%، وتزيد مع تقدم العمر وقلة خبرة المجري وغياب التعقيم [40].

أما ختان الإناث فالخلاف فيه أوسع، ويُعرض هنا كما قرره أصحابه دون ترجيح فقهي من الكتاب. ففي الفتوى السعودية أنه مشروع: قررت اللجنة الدائمة أن الختان «واجب في الذكور، وسنة ومكرمة في حق النساء» [39]، وقال الشيخ ابن باز: «ختان البنات سنة، كختان البنين»، وقيّده بقوله: «إذا وجد من يحسن ذلك من الأطباء أو الطبيبات» [41]. وفي المقابل ترى دار الإفتاء المصرية تحريمه لما ثبت من ضرره، استنادًا إلى قاعدة «لا ضرر ولا ضرار»، وتعده عادة لا شعيرة، وتضعّف ما رُوي فيه من أحاديث [42]؛ وقد أعلن مفتيها عام 2007م أنه «حرام»، وقرر مجمع البحوث الإسلامية بالأزهر حينئذ أنه ليس من الواجبات الدينية [43]. ولم يتفق المشاركون في مؤتمر الأزهر عام 2006م على إصدار فتوى بتحريمه [44]. فلا يصح أن يُحكى في المسألة إجماع على المنع، ولا على المشروعية.

وحدود عمل الطبيب في المنشأة لا تتوقف على حسم هذا الخلاف. فالقول المجيز نفسه لا يجعله واجبًا، بل سنة أو مكرمة مقيدة بمن يحسنه؛ والإجراء على الطفلة تصرف في بدن من لا تملك الإذن بلا داعٍ علاجي، والولاية مقيدة بالمصلحة (المطلب 3-3)؛ وما ثبت ضرره داخل في عموم قاعدة «لا ضرر ولا ضرار» [23]. والذي يختاره المؤلف للممارسة: لا يُجري الطبيب ختان الإناث ولا يحيل إلى من يجريه، ويعالج مضاعفاته عند من خُتنّ بلا لوم ولا تشهير، ويعامل الطلب مؤشرًا يستدعي حوار الأسرة وتقييم حماية الطفلة. وهذا اختيار مهني منضبط بالضرر الموثق وبتوصية منظمة الصحة العالمية، لا فتوى في أصل المسألة.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 اتفاقية حقوق الطفل والصكوك ذات الصلة

انضمت المملكة إلى اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل بالمرسوم الملكي (م/7) وتاريخ 16/4/1416هـ، وإلى عهد حقوق الطفل في الإسلام بالمرسوم الملكي (م/54) وتاريخ 27/8/1427هـ (20/9/2006م) [28]. وتهم الممارسة الطبية من الاتفاقية مواد محددة: المادة 3 في جعل مصالح الطفل الفضلى اعتبارًا أوليًا، والمادة 5 في مسؤوليات الوالدين وقدرات الطفل المتطورة، والمادة 12 في حق الطفل القادر على تكوين رأيه في التعبير عنه وإعطائه الوزن المناسب لسنه ونضجه، والمادة 16 في الخصوصية، والمادة 19 في الحماية من العنف والإساءة والإهمال، والمادة 24 في حق الطفل في أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه [29]. وهذه المواد لا تجعل الطفل صاحب إذن مستقل في كل إجراء، لكنها تلزم بأخذ مصلحته وصوته وخصوصيته وحمايته بجد.

4-2 نظام حماية الطفل ولائحته وتعديله

صدر نظام حماية الطفل بالمرسوم الملكي (م/14) وتاريخ 3/2/1436هـ (25/11/2014م) [1]. وعرّفت مادته الأولى الطفل بأنه «كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة من عمره»، والإيذاء بأنه «كل شكل من أشكال الإساءة للطفل أو استغلاله أو التهديد بذلك»، والإهمال بأنه «عدم توفير حاجات الطفل الأساسية أو التقصير في ذلك»، ومنها الحاجات الصحية [1].

CC BY-NC-ND 4.0

وعدّدت المادة الثالثة صور الإيذاء أو الإهمال، ومنها ما يمس الممارسة الصحية مباشرة: «عدم استكمال تطعيماته الصحية الواجبة»، ووجوده في بيئة قد تعرضه للخطر، وسوء معاملته، والتحرش به أو استغلاله جنسيًا، واستغلاله ماديًا، والتقصير البيّن المتواصل في تربيته ورعايته، و«كل ما يهدد سلامته أو صحته الجسدية أو النفسية» [1].

ولا يذكر نظام حماية الطفل ختان الإناث باسمه [1]، ولم يقف المؤلف على نص نظامي سعودي منشور يخصه؛ وتنتهي مراجعة قانونية دولية منشورة عام 2026م إلى أنه لا نص في المملكة يتناوله مباشرة، وأن ما قد ينطبق عليه تعريف الإيذاء البدني في المادة الأولى والفقرة الرابعة عشرة من المادة الثالثة [45]. فإذا وقع ضرر على طفلة، أو قام خطر جدي بإجرائه لها خارج المنشأة، فذلك مما «يهدد سلامته أو صحته الجسدية أو النفسية»، فيُعرض على فريق حماية الطفل للتقييم والإبلاغ وفق المادة الثانية والعشرين [1]. وقد أوصت منظمة الصحة العالمية بأن تنص قواعد السلوك المهني صراحة على منع العاملين الصحيين من إجرائه [35]؛ وإلى أن يصدر نص وطني، فموضع ذلك سياسة المنشأة المكتوبة. أما ختان الذكور فعمل طبي تحكمه أحكام الإذن العامة: إذن الولي المستنير بعد بيان المنافع والمخاطر والتوقيت، في نموذج يسمي الإجراء، ولا يتجاوز الممارس حدود الإذن إلا في حالات إنقاذ الحياة [2، 33].

وجاء واجب الإبلاغ صريحًا في المادة الثانية والعشرين:

> «على كل من يطلع على حالة إيذاء أو إهمال، تبليغ الجهات المختصة فورًا» [1].

فالواجب معلق بالاطلاع على الحالة، لا بإثباتها. ويعضده نظام الحماية من الإيذاء الذي يلزم الموظف الذي يطلع على حالة إيذاء بحكم عمله بإحاطة جهة عمله لتبلغ الجهة المختصة [30]؛ فيجري البلاغ في المنشأة عبر فريق حماية الطفل ومسارها المكتوب دون أن يتأخر (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا).

وصدرت اللائحة التنفيذية للنظام بالقرار الوزاري رقم (56386) وتاريخ 16/6/1436هـ [31]. وعرّفت الحاجة الصحية بأنها «كل ما يلزم لتوفير العناية الصحية للطفل»، ونصت على توفير رعاية بديلة خارج العائلة بصورة عاجلة ومؤقتة إذا كانت حياة الطفل مهددة بالخطر [31]. فمنع الولي علاجًا لازمًا مع خطر جسيم يقع في مدى الإهمال الذي يعالجه النظام ولائحته.

وعُدّل النظام بالمرسوم الملكي (م/72) وتاريخ 6/8/1443هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (427) وتاريخ 5/8/1443هـ، ونُشر التعديل في جريدة أم القرى [32]. وشمل التعديل النص على برامج لتأهيل الطفل المتضرر، ومتابعة وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية للدعاوى حتى الفصل فيها، وإضافة مادة بعقوبات لمرتكب الإيذاء، وحكمًا في حق الأم في حضانة أولادها عند انفصال الوالدين لا يُنزع إلا بحكم قضائي [32]. ولهذا الحكم الأخير أثر عملي: الحاضنة قد تحضر بالطفل وحدها، فيُتحقق من صفتها في الإذن وفق ترتيب الأولياء في الدليل.

4-3 الولاية والإذن في نظام مزاولة المهن الصحية والدليل السعودي

تشترط المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية رضا المريض أو موافقة من يمثله أو ولي أمره إذا لم يُعتد بإرادته، ثم تستثني حالات الحوادث والطوارئ والحالات الحرجة التي تستدعي تدخلًا فوريًا لإنقاذ الحياة أو عضو أو تلافي ضرر بالغ، بشرط «تعذر الحصول على موافقة المريض أو من يمثله أو ولي أمره في الوقت المناسب» [33]. فالاستثناء مركّب من أمرين:

CC BY-NC-ND 4.0

الحاجة الفورية، وتعذّر الموافقة. ويُبسط نص المادة وشرحه في الفصل 5 (المبحث رابعًا، المطلب 4-2).

وفصّل الدليل السعودي للإذن الطبي أحكام الولاية. فرتّب الأولياء: الأب، ثم الجد من الأب، ثم الأم، ثم الأقرب من العصبات، ولا يكون الحاكم وليًا إلا إذا لم يوجد أحد من العصبة. وجعل الإذن لمن هم دون الخامسة عشرة من الولي أو من يمثله، ولمن هم بين الخامسة عشرة والثامنة عشرة من المريض ووليه معًا، إلا في التدخل الضروري الذي لا يمكن تأجيله [2]. ونص على أنه:

> «لا يعتبر بتصرف الولي في عدم الإذن إذا كان الضرر واضحًا بالمولى عليه، وينتقل الحق إلى غيره من الأولياء ثم إلى ولي الأمر» (الدليل السعودي للإذن الطبي، ص 14) [2].

وجعل الدليل لغياب الولي أو تعذّر الوصول إليه مسارين: لجنة إذن تشكّلها الإدارة الطبية في غير الطارئ، وتجاوز الإذن في حالات إنقاذ الحياة بشروط، منها عدم وجود ولي وإجماع طبيبين مختصين على ضرورة التدخل الفوري [2] (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا، المطلبين 4-5 و4-6).

4-4 رفض الولي للعلاج المنقذ: السند الصحيح والمسار

هنا يقع خلط شائع. فالولي الحاضر الرافض لم «تتعذر» موافقته، بل صدرت إرادته بالرفض. فلا يصلح استثناء المادة التاسعة عشرة وحده سندًا للتدخل في هذه الصورة، كما لا يصلح سندًا لتجاوز رفض المريض البالغ القادر (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). والسند المستقل ثلاثة نصوص متضافرة:

1. **الدليل السعودي للإذن الطبي:** لا يُعتبر بعدم إذن الولي إذا كان الضرر بالطفل واضحًا، وينتقل الحق إلى غيره من الأولياء ثم إلى ولي الأمر [2].
2. **القرار 184 (10/19):** لا يُعتد برفض ولي ناقص الأهلية في الحالات المستعجلة، وينتقل الحق في الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه من الجهات المختصة في الدولة، بضمانات الشرح والإقناع والتوثيق وتأكيد ثلاثة استشاريين [3].
3. **نظام حماية الطفل ولائحته:** الإهمال يشمل التقصير في الحاجات الصحية، و«كل ما يهدد سلامته أو صحته»، والإبلاغ فوري، وللطفل المهددة حياته رعاية عاجلة مؤقتة [1، 31].

ويترتب على ذلك مسار عملي من خمس خطوات:

1. **إثبات الاستعجال والضرر الواضح** بتقييم مختص موثق: التشخيص، واحتمال الوفاة أو فقد العضو دون العلاج، وفعالية العلاج، وغياب بديل مكافئ في الوقت المتاح.
2. **بذل الوسع في الإقناع** وتوثيق الشرح والرفض وأسبابه، وعرض البدائل المقبولة للأسرة إن وُجدت، وإشراك مرشد ديني موثوق إن أمكن دون تأخير.
3. **البحث عن ولي آخر** وفق ترتيب الدليل إن كان الرافض أحدهما، دون أن يتحول ذلك إلى تأخير يضر الطفل.
4. **إخطار الجهة المختصة فورًا عبر الإدارة الطبية:** تُخطِر المنشأة الجهة المختصة التي تحددها الأنظمة وتعليمات الوزارة، وتبيّن سياستها المكتوبة مسار الوصول إليها وتوثيقه على مدار الساعة؛ مع تأكيد فريق الأطباء بمحضر موقّع، والإبلاغ عبر فريق حماية الطفل وفق المادة الثانية والعشرين. ويُتخذ في أثناء ذلك الإجراء الإسعافي اللازم لحفظ الحياة. ولا تنصّب المنشأة نفسها ولا إحدى لجانها نائبًا عن ولي الأمر؛ فالقرار 184 (

CC BY-NC-ND 4.0

10/19) ينقل الحق إلى «ولي الأمر أو من ينيبه من الجهات المختصة في الدولة» [3]، والدليل ينقله إلى غيره من الأولياء ثم إلى ولي الأمر [2].

5. **التدخل بقدر الضرورة وحدها**، مع بقاء ولاية الوالدين في بقية الرعاية، واستمرار الحوار معهما.

اجتهاد المؤلف عند ضيق النافذة. إذا كانت الدقائق لا تتسع لاستكمال المسار، فإن سقوط رفض الولي بنص الدليل والقرار يجعل الطفل في حكم من لا ولي له حاضرًا يُعتد بقراره. فيُعمل بشروط الدليل في حالات إنقاذ الحياة: إجماع طبيبين مختصين على ضرورة التدخل الفوري، والتوثيق، وإخطار الإدارة الطبية في الحال، واستكمال المسار بعد الإنقاذ. ويسند ذلك نص القرار 67 (5/7) على أنه «في حالات الإسعاف التي تتعرض فيها حياة المصاب للخطر لا يتوقف العلاج على الإذن» [25]، وإجازة القرار 184 (10/19) التدخل استنادًا إلى أحكام الضرورة [3]، وما قرره الفصل 5 من العمل باستثناء الضرورة بقدره إذا ضاقت النافذة (انظر الفصل 5، المبحث ثالثًا، المطلب 3-4). ويُعمل فيه بشروط الدليل التفصيلية: طبيبان مختصان، وتوثيق، وإخطار فوري.

لماذا يختلف الحكم هنا عن رفض الحامل القادرة؟ قرر الفصل 23 أن رفض الحامل كاملة الأهلية لا تتجاوزه المنشأة. والفرق تابع لاختلاف النصين لا لاجتهاد المنشأة: فالدليل السعودي، وهو وثيقة وطنية صادرة عن الوزارة، نص على سقوط رفض الولي الواضح الضرر بالمولّى عليه (ص 14)، ونص في الحامل القادرة على أنه «لا يجوز تجاوزها» [2] (انظر الفصل 23). فالطفل لا يملك الإذن لنفسه فيُحمى من رفض غيره، والحامل القادرة تملك الإذن لنفسها.



شكل: رفض الولي الحاضر للعلاج المنقذ: سنده المستقل، ومساره في خمس خطوات، وما يُفعل إذا ضاقت النافذة.

4-5 خصوصية المراهق في السياق السعودي

لا يصح استيراد قاعدة «القاصر الناضج» أو استثناءات الموافقة الذاتية من ولاية أجنبية. وعمليًا: يُمنح المراهق وقتًا خاصًا بوصفه ممارسة تحسن التقييم مع شرح ذلك للوالدين؛ ويُحفظ ما لا يلزم كشفه داخل حدود النظام وصلاحيات الولي؛ ولا يُوعد بسرية مطلقة؛ وتُراجع مخاطر البوابة الإلكترونية والرسائل والطباعة. وتُضبط الصلاحيات والإفصاح في البيانات الصحية الحساسة وفق نظام حماية البيانات الشخصية، المبسوط في الفصل 7 (المبحث رابعًا). وعند تعارض حق الولي

CC BY-NC-ND 4.0

مع سلامة المراهق تُستشار الإدارة القانونية والاستشارة الأخلاقية (انظر الفصل 13) دون تأخير الحماية.

4-6 الاستغلال والعمل الخطر

عدّ نظام حماية الطفل الاستغلال المادي من صور الإيذاء أو الإهمال، وأوجب الإبلاغ [1]. وإذا ظهرت إصابة عمل متكررة أو تعرض لمواد سامة أو حرمان من المدرسة، يوثق الطبيب الواقعة وآثارها، ويعالج الضرر، ويسأل الطفل على انفراد، ويفعّل مسار حماية الطفل. ولا يُطلب منه تحقيق عمالي؛ المطلوب تقدير الخطر والإبلاغ.

جدول 4-1: النصوص التي يستدعيها الطبيب

المسألة	النص	الأثر العملي
تعريف الطفل وحمايته	نظام حماية الطفل (م/14)، المادة الأولى [1]	كل من لم يتجاوز الثامنة عشرة
صور الإهمال الصحي	المادة الثالثة من النظام [1]	ومنها عدم استكمال التطعيمات الواجبة وكل ما يهدد الصحة
الإبلاغ	المادة الثانية والعشرون [1]	إبلاغ فوري عند الاطلاع على حالة إيذاء أو إهمال
التعديل	المرسوم (م/72) وتاريخ 6/8/1443هـ [32]	تأهيل المتضرر، ومتابعة الدعاوى، وعقوبات، وحضانة الأم
ترتيب الأولياء ورفض الولي	الدليل السعودي للإذن الطبي، ص 14 [2]	لا يُعتبر بعدم الإذن الواضح الضرر، وينتقل الحق
إذن من بين 15 و18	الدليل السعودي للإذن الطبي [2]	موافقة المراهق ووليه معًا إلا في الضروري
الطوارئ مع تعذّر الموافقة	المادة التاسعة عشرة [33]	التدخل دون انتظار الموافقة عند التعذّر وحده
رفض الولي في المستعجل	القرار 184 (10/19) [3]	ينتقل الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه
التداوي والتحصين	القرار 67 (5/7) [25]	قد يجب العلاج، ويجوز الإلزام بالتحصين

خامسًا: أدوات عملية

5-1 خوارزمية الإذن والمشاركة

1. تحقق من هوية الطفل والولي وسند تمثيله وترتيبه، ومن غياب تضارب المصالح.

CC BY-NC-ND 4.0

2. حدد القرار المطلوب الآن، ولا تجمع إجراءات مختلفة في إذن مبهم.
3. قيّم فهم الطفل وقدرته الخاصة بهذا القرار، لا عمره وحده.
4. اشرح للولي والطفل بلغة مناسبة: التشخيص، والهدف، والبدائل، والمخاطر، ونتائج عدم العلاج.
5. اطلب من كل منهما إعادة الفهم بلغته (teach-back).
6. اطلب إذن الولي، وموافقة الطفل متى أمكن، وموافقة المراهق بين الخامسة عشرة والثامنة عشرة مع وليه.
7. إذا اعترض الطفل، اكتشف السبب، وخفف الألم والخوف، وقدّم سيطرة جزئية.
8. وثّق العملية لا التوقيع وحده، وحدد موعد إعادة النقاش.

5-2 خوارزمية رفض الوالدين

السؤال	إذا كانت الإجابة نعم	إذا كانت الإجابة لا
هل الولي غائب أو متعذر الوصول إليه، والخطر فوري؟	استثناء المادة 19 وشروط الدليل في إنقاذ الحياة [2، 33]	انتقل إلى السؤال التالي
هل الولي حاضر ويرفض، والضرر جسيم قريب؟	مسار المطلب 4-4: إقناع، وولي آخر، وإخطار الجهة المختصة، وإبلاغ	انتقل إلى التقييم المنظم والحوار
هل العلاج مثبت الفعالية، وضرره أقل بوضوح من ضرر الرفض؟	قد يبلغ الرفض عتبة التدخل	لا إكراه لمجرد اختلاف مهني
هل فُهم سبب الرفض وعولجت عوائقه؟	رأي ثانٍ واستشارة أخلاقية وفريق حماية	أعد الشرح وعالج اللغة والكلفة والخوف
هل استُنفدت البدائل الأقل تقييدًا؟	فعّل الجهة المختصة بالقدر اللازم	لا تتعجل إسقاط قرار الأسرة

5-3 بروتوكول مقابلة المراهق السرية

- أعلن أن الوقت الخاص ممارسة روتينية لكل المراهقين.
- اشرح السرية وحدودها قبل الأسئلة الحساسة.
- افحص المزاج والانتحار والعنف والاستغلال وتعاطي المواد بحسب الحاجة.
- افصل بين ما يبقى خاصًا وما يجب كشفه للسلامة أو النظام.
- شجع إشراك بالغ آمن طوعًا، دون جعله شرطًا للصدق.
- راجع البوابة الإلكترونية والرسائل والوصفات والطباعة ومن يملك الوصول.
- وثّق من حضر، وما شُرح من حدود، وأساس أي إفصاح، وأقل قدر كُشف.

CC BY-NC-ND 4.0

5-4 بروتوكول حماية الطفل

1. عالج الحالة العاجلة وثبّت السلامة.
2. افصل المقابلات عند الحاجة، واستعن بمترجم مستقل.
3. دوّن رواية كل شخص وكلمات الطفل حرفيًا دون استنتاجات.
4. صِف الإصابات بالحجم واللون والمكان والشكل، واستعمل مخطط الجسم والصور وفق السياسة.
5. اطلب الفحوص والاستشارات وفق العمر ونمط الإصابة.
6. فعّل فريق حماية الطفل والإبلاغ النظامي فور قيام الاشتباه المعتبر.
7. لا تعِد بسرية تمنع الإبلاغ، ولا تُطلع المشتبه به على تفاصيل تزيد الخطر.
8. ضع خطة خروج وأمان ومتابعة نفسية واجتماعية، وافحص خطر الإخوة.

5-5 بروتوكول المشورة في حدود البقاء وقرارات العناية المركزة

1. سمِّ الهدف الطبي والرعاية التي ما زالت ممكنة.
2. راجع التشخيص وعمر الحمل وقابلية العكس والإنذار ودرجة اليقين مع اختصاصيي طب الأم والجنين وحديثي الولادة.
3. اعرض الاحتمالات بالعدد الطبيعي ومن الاتجاهين، مع العوامل المعدِّلة ونتائج المركز.
4. فرّق بين عدم الإنعاش، وعدم التنبيب، وعدم التصعيد، وسحب دعم قائم.
5. قيّم منفعة كل تدخل وعبئه على هذا الطفل دون تمييز بسبب الإعاقة.
6. قدّم توصية واضحة، ولا تترك الوالدين أمام قائمة خيارات باردة.
7. استعمل التجربة المحددة المدة إذا كان عدم اليقين قابلًا للاختبار، بمؤشرات وموعد مراجعة.
8. اضمن خطة التسكين والراحة والدعم الروحي والاجتماعي، واكتب أوامر واضحة قابلة للتنفيذ ليلًا.

5-6 عبارات تساعد وعبارات تؤذي

عبارة أقل ملاءمة	عبارة أوضح وأرحم
«أنتم تقررون إن كان يعيش أو يموت»	«سنقرر معًا ما العلاج الذي ينفعه، وسأعطيكم توصيتي وأتحمل مسؤوليتي المهنية»
«لا يوجد شيء يمكن فعله»	«لا نستطيع عكس المرض، لكن نستطيع علاج الألم وضيق النفس، وإبقاءه معكم بكرامة»
«إنه صغير ولا يفهم»	«ما الذي يفهمه؟ وما الطريقة المناسبة لشرح ما سيحدث له؟»
«إذا رفضتم فأنتم مسؤولون»	«أريد أن أفهم سبب الرفض، وهذه النتائج التي نخشاها، وهذه الخيارات المتاحة»
«لن أخبر والديك أبدًا»	«سأحفظ خصوصيتك، إلا إذا خفت على

CC BY-NC-ND 4.0

عبارة أقل ملاءمة	عبارة أوضح وأرحم
	سلامتك أو وجب عليّ الإبلاغ، وسأشركك بقدر الإمكان»
«حياته بلا جودة»	«ما الأهداف التي يستطيع العلاج تحقيقها له، وما الألم والقيود التي يفرضها؟»

5-7 أخطاء متكررة وتصحيحها

الخطأ	التصحيح
جعل مصلحة الطفل مرادفة لرأي الطبيب	تبرير قابل للمراجعة، وسماع الأسرة والطفل، ورأي مستقل عند الخلاف
اختزال المشاركة في توقيع	شرح متدرج، وإعادة فهم، وتوثيق اعتراض الطفل وخطة تخفيفه
الاستناد إلى استثناء الطوارئ مع حضور ولي رافض	السند هو الدليل والقرار 184 (10/19) ونظام حماية الطفل (المطلب 4-4)
كسر سرية المراهق تلقائيًا	سرية معلنة الحدود، ووقت خاص، وإفصاح بأقل قدر
انتظار إثبات الإيذاء	الاشتباه المعتبر والتوثيق والإبلاغ الفوري وفق المادة 22
مساواة عدم الإنعاش بترك العلاج	تحديد نطاق الأمر، وخطة نشطة للراحة والرعاية
اتخاذ الإعاقة أساسًا للحد من العلاج	تقييم فردي لمنفعة التدخل وعبئه
تقديم الأرقام يقينًا	نطاقات، وبيان عدم اليقين، وموعد لإعادة التقييم

5-8 ما يوثَّق في كل قرار عالي المخاطر

- التشخيص والإنذار ودرجة اليقين والاستعجال.
- الخيارات المعقولة ومنافعها وأعباؤها.
- هوية الولي وسند تمثيله وترتيبه، واحتمال التعارض.
- ما شُرح للطفل، وما فهمه، وما عبّر عنه، وأسباب عدم إشراكه إن وُجدت.
- أسئلة الوالدين وسبب الرفض ورد الفريق.
- رأي الاختصاصي الثاني أو الاستشارة الأخلاقية أو فريق الحماية.
- أساس التصعيد، ونقل الإذن إن وقع، وأسباب استنفاد البدائل الأقل تدخلًا.

CC BY-NC-ND 4.0

سادسًا: الحالات التطبيقية

تبدأ كل حالة بالبوابات الخمس، ثم الأركان الأربعة، ثم قرار قابل للتنفيذ يسمي المسؤول والموعد (انظر الفصل 4). والحالات الأربع هنا هي الفصل الأم لمسائلها؛ وأما سرية المراهق مع الإيذاء المنزلي فحالتها في الفصل 7، ورفض المراهقة بين الخامسة عشرة والثامنة عشرة في الفصل 5، ورفض الأب إجراءً اختياريًا لسبب ديني في الفصل 2.

الحالة الأولى: والدان حاضران يرفضان نقل دم منقذ لطفل ينزف

الوقائع. طفل في الثامنة مصاب بابيضاض الدم الحاد في مرحلة الحث، أصابه نزف معوي نشط مع هبوط الصفائح. فانخفض الهيموغلوبين إلى مستوى يهدد الحياة، وبدأت علامات صدمة معاوضة. وقدّر الفريق أن الطفل قد يموت خلال ساعات إن لم يُنقل له الدم. فأوصى بنقل كريات حمراء وصفائح، فرفض والداه الحاضران لأسباب اعتقادية، وعرضا بدائل لا تغني في هذه النافذة. والطفل خائف، يقول: «لا أريد أن أموت».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: غير مستقر، والخطر خلال ساعات لا دقائق، فتتسع النافذة لمسار نقل الإذن مع دعم الدورة الدموية بالسوائل وموقفات النزف. الأمن: لا خطر على الطفل من الوالدين خارج هذا القرار. القدرة على القرار: الطفل غير مؤهل نظامًا للإذن، وله أن يُسمع. صاحب الصفة: الوالدان حاضران وليّان، لكن رفضهما واضح الضرر. السؤال المطلوب تقريره: ما السند الصحيح لإجراء النقل مع حضور ولي رافض، ومن يأذن؟

الركن الطبي. يُثبت الفريق كتابةً الاستعجال، واحتمال الوفاة دون النقل، وفعالية الدم ومخاطره، وغياب بديل يحقق الأثر في الوقت المتاح. ويستعمل كل ما يقلل الحاجة إلى الدم، كوقف النزف وخفض السحب المخبري وموقفات النزف، ويقصر النقل على الحد الأدنى اللازم. ثم يراجع المطابقة وخطة التعامل مع المضاعفات.

الركن الأخلاقي. الفائدة فورية وكبيرة، والعبء محدود، والبديل غير كافٍ؛ فالرفض هنا قد تجاوز عتبة الضرر الجسيم القريب. ومع ذلك يُحترم الوالدان في قناعتهما ولا يُعاقبان، ويبقى لهما دورهما في بقية الرعاية. ويُشرح للطفل أن الدم يساعد جسمه على حمل الأكسجين وإيقاف الخطر، ولا يُحمَّل هو مسؤولية الخلاف، ويبقى معه من يطمئنه.

الركن الفقهي. التداوي هنا واجب لغلبة الهلاك بتركه [25]. والولاية مقيدة بالمصلحة، والقرار 184 (10/19) نص في المسألة: «إذا كان المريض ناقص الأهلية ورفض وليه إعطاء الإذن الطبي لعلاجه في الحالات المستعجلة فلا يعتد برفضه وينتقل الحق في الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه من الجهات المختصة في الدولة»، وقد عدّ القرار نقل الدم من العلاجات المستعجلة [3]. ويُشترط بذل الوسع في الإقناع، وتأكيد ثلاثة استشاريين بمحضر.

الركن النظامي. لا يصلح استثناء المادة التاسعة عشرة وحده سندًا هنا؛ لأن موافقة الولي لم تتعذر بل صدر الرفض [33]. والسند المستقل ثلاثة نصوص: نص الدليل السعودي على أنه «لا يعتبر بتصرف الولي في عدم الإذن إذا كان الضرر واضحًا بالمولى عليه، وينتقل الحق إلى غيره من الأولياء ثم إلى ولي الأمر» [2]؛ والقرار 184 (10/19) في نقل الإذن إلى من ينيبه ولي الأمر من الجهات المختصة [3]؛ ونظام حماية الطفل الذي يجعل التقصير في الحاجات الصحية وما يهدد صحة الطفل من الإهمال، ويوجب الإبلاغ الفوري، وتنص لائحته على توفير رعاية بديلة عاجلة ومؤقتة خارج العائلة للطفل المهددة حياته بالخطر [1، 31].

CC BY-NC-ND 4.0

القرار المهني الموزون. يُثبت الفريق الاستعجال كتابةً، ويبذل جهدًا موثقًا في الإقناع بحضور الاستشاري ومرشد ديني إن أمكن، ثم تُخطِر المنشأة عبر الإدارة الطبية فورًا الجهة المختصة، مع محضر موقّع من ثلاثة استشاريين، وإبلاغ فريق حماية الطفل. ويُدعم الطفل في أثناء ذلك بما يحفظ حياته، ويُنقل الحد الأدنى اللازم من الدم فور صدور الإذن من الجهة المختصة، مع بقاء ولاية الوالدين في بقية الرعاية؛ لأن رفض الولي واضح الضرر ساقط بنص الدليل والقرار 184 (10/19)، والتقصير في حاجة صحية منقذة يدخل في مدى نظام حماية الطفل. ويُعاد النظر إذا تدهورت الحال إلى خطر خلال دقائق لا يتسع لاستكمال المسار، فيُعمل باجتهاد المطلب 4-4: إجماع طبيبين مختصين على ضرورة النقل الفوري، والتوثيق، وإخطار الإدارة الطبية في الحال، واستكمال المسار بعده؛ أو إذا استقر الطفل بإجراءات غير دموية، فيُعاد التقييم قبل النقل.

الدرس. حضور الولي الرافض لا يجعل موافقته «متعذرة»؛ وإنما سند التدخل سقوط رفضه الواضح الضرر بنص الدليل والقرار 184 (10/19)، مع مسار نظام حماية الطفل.

الحالة الثانية: كدمات متكررة ورواية غير متسقة عند طفل في الثالثة

الوقائع. طفل في الثالثة أحضره والداه إلى الطوارئ بكسر في عظم العضد، وقالا إنه سقط من سرير منخفض. ثم وُجدت كدمات بألوان مختلفة على الظهر والأذنين، وفي السجل زيارتان سابقتان لإصابات خلال ستة أشهر. وتغيرت رواية الأب عن وقت السقوط بين ما قاله للممرضة وما قاله للطبيب. والأسرة تطلب الخروج بعد تجبير الكسر.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر بعد التسكين والتجبير. الأمن: خطر محتمل عند العودة إلى البيت، وقد يوجد إخوة. القدرة على القرار: الطفل لا يستطيع الدفاع عن نفسه. صاحب الصفة: الوالدان وليّان، لكنهما موضع الاشتباه. السؤال المطلوب تقريره: هل يبلغ الاشتباه حد الإبلاغ الآن، وكيف يُؤمَّن الطفل؟

الركن الطبي. يُعالَج الألم والكسر، ويُطلب مسح هيكلي وفحوص للنزف بحسب العمر ونمط الإصابة، مع تشخيص تفريقي لأمراض النزف وهشاشة العظام. وتُقارن آلية السقوط بقدرة الطفل النمائية وبنمط الكسر: أيستقيم هذا مع ذاك؟ وقد ثبت أن نحو ثلث حالات إصابات الرأس الإيذائية عوينت سابقًا دون أن يُتعرف عليها [14]؛ فالزيارات المتكررة هنا جرس إنذار.

الركن الأخلاقي. يُقابل الطفل في بيئة آمنة، ويُسأل أسئلة مفتوحة: «احك لي ماذا حدث»، من غير أن يُقترح عليه اسم. والخطر لا يقتصر على الكسر الحالي؛ فالعودة إلى بيئة غير آمنة قد تعني إصابة أشد. ولا يُجزم باتهام، ولا يُكتب في السجل «الأب معتدٍ».

الركن الفقهي. حفظ النفس ورفع الضرر عن الضعيف مقدمان على كتمان الشبهة، والولاية لا تمنح حق الإيذاء. ويكون الإفصاح للجهة المختصة بقدر الحاجة، مع العدل وعدم اتهام أحد بلا بينة.

الركن النظامي. توجب المادة الثانية والعشرون من نظام حماية الطفل الإبلاغ فورًا عند الاطلاع على حالة إيذاء أو إهمال [1]، ويلزم نظام الحماية من الإيذاء الموظف بإحاطة جهة عمله لتبلغ الجهة المختصة [30]. ولا يتوقف الإبلاغ على الإثبات.

القرار المهني الموزون. يُنوَّم الطفل لاستكمال التقييم بدل الخروج، ويُفعَّل فريق حماية الطفل ويُبلَّغ فورًا، وتُوثَّق الإصابات بالوصف والمخطط والصور، وتُدوَّن كلمات الطفل ورواية كل من الوالدين حرفيًا، دون مواجهة الأب بالاتهام، مع بقاء الوالدين شريكين في العلاج؛ لأن اجتماع إصابات بأعمار مختلفة وزيارات متكررة ورواية متبدلة لا تناسب النمو اشتباه معتبر يوجب الإبلاغ.

CC BY-NC-ND 4.0

ويُعاد النظر إذا ثبت مرض نزفي أو عظمي يفسر الصورة كلها، فتُبلَّغ الجهة المختصة لإغلاق المسار؛ أو أصر الوالدان على الخروج قبل اكتمال التقييم، فتُبلَّغ فورًا لتقرير الرعاية البديلة العاجلة وفق اللائحة [31]، ولا يُحتجز الطفل بقرار فردي؛ أو ظهر خطر على إخوته، فيمتد التقييم إليهم.

الدرس. الإبلاغ عن الإيذاء واجب عند الاشتباه المعتبر، لا عند اليقين، والتوثيق الموضوعي يحمي الطفل والأسرة جميعًا.

الحالة الثالثة: ولادة متوقعة في حدود البقاء ووالدان يطلبان «كل شيء»

الوقائع. امرأة في الأسبوع الثالث والعشرين من حمل مؤكد بتصوير مبكر، دخلت في مخاض مبكر لا يستجيب للعلاج. قدّر فريق حديثي الولادة احتمالًا منخفضًا للبقاء، مع احتمال مرتفع للمراضة الشديدة بين الناجين، والأطباء أنفسهم تختلف تقديراتهم في جدوى الإنعاش. ويقول الوالدان: «افعلوا كل شيء، والأمر بيد الله»، وفي نفسيهما خوف من أن يُحمَّلا قرار الوفاة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: الأم مستقرة، والولادة متوقعة خلال ساعات. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: الوالدان قادران رغم الضغط العاطفي. صاحب الصفة: الوالدان في خطة المولود، والأم في علاجها هي (انظر الفصل 23). السؤال المطلوب تقريره: ما خطة غرفة الولادة، ومن يتحمل التوصية؟

الركن الطبي. يُثبت عمر الحمل بأفضل طريقة متاحة، ويُذكر الوزن المتوقع والعوامل المعدِّلة كالستيرويد قبل الولادة ونتائج المركز، وتُعرض احتمالات البقاء والمراضة من الاتجاهين، مع بيان عدم اليقين بصدق. ويشارك طب الأم والجنين وحديثو الولادة والرعاية التلطيفية [19]. ويُتفق مسبقًا على معايير الاستجابة في غرفة الولادة، ومتى يُراجع الهدف [20].

الركن الأخلاقي. المولود لا يُسأل، فتُستعمل مصلحته المتوقعة، من غير افتراض أن «أي بقاء أفضل» أو أن «الإعاقة أسوأ من الموت». وعبارة «الأمر بيد الله» تُستوضح ممن قالها، ولا تُترجم آليًا إلى طلب كل تدخل [9]. وفي هذه المنطقة الرمادية تُحترم رغبة الوالدين داخل الخيارات المقبولة، مع توصية واضحة تخفف عنهما عبء الشعور بأنهما سبب الوفاة.

الركن الفقهي. حفظ النفس لا يعني إلزامًا بتدخل لا يحقق غرضه، والتدخل المحتمل النفع مشروع. والرجاء الديني لا يناقض التناسب، والراحة والدفء والاحتضان إحسان لا ترك. و«المشقة تجلب التيسير» و«الضرر يزال» تعملان بعد تحقيق المناط الطبي.

الركن النظامي. تُكتب خطة قبل الولادة قابلة للتكيف، وتوثق التقديرات وأسماء المشاركين ومضمون المناقشة. وإن اتجه القرار بعد الولادة إلى عدم الإنعاش أو الحد منه، طُبقت السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش وتقييم الفريق المؤهل (انظر الفصل 41)، دون تحويل عمر الحمل وحده إلى أمر تلقائي.

القرار المهني الموزون. يُعقد اجتماع مشترك قبل الولادة يعرض الاحتمالات بصدق ويستوضح قيم الوالدين، ثم يوصي بتجربة إنعاش محددة الهدف في غرفة الولادة بحضور فريق حديثي الولادة، مع خطة واضحة لتحويل الهدف إلى الراحة إن لم يستجب المولود، ويبقى التسكين والدفء والاحتضان في كل حال. ومتى تقرر الإنعاش نُظر في إعطاء الستيرويد قبل الولادة وكبريتات المغنيسيوم لحماية الدماغ، وفي النقل إلى مركز مؤهل إن أمكن [19]، وتبقى قرارات طريقة الولادة للأم (انظر الفصل 23)؛ لأن الفائدة محتملة والعبء غير محسوم،

CC BY-NC-ND 4.0

والوالدان يطلبان المحاولة، فتجربة محددة تحترم رغبتهما دون التزام أبـدي. ويُعـاد النظـر إذا وُلـد المولود بمؤشرات أفضل من المتوقع، فيُستمر في الرعاية الكاملة، أو بقي معدل القلب غير قابل للكشف بعد إنعاش مكتمل، فيُناقش تحويل الهدف قرب 20 دقيقة [20].

الدرس. في حدود البقاء تكون التوصية المشـتركة والتجربـة المحـددة الهـدف أصـدق من قائمـة خيارات باردة، أو وعد بـ«كل شيء».

الحالة الرابعة: طفل في الثانية عشرة يعترض على دورة كيماوي في سرطان قابل للشفاء

الوقائع. طفل في الثانية عشرة مصاب بلمفومـة، أنهكـه في الـدورات السـابقة الغثيـان الشـديد والتقرحات الفموية. فهـو يـرفض الـدورة التاليـة ويقـول: «لم أعـد أحتمـل». والبيانـات تشـير إلى فرصة شفاء مرتفعة إذا أكمل الخطة، والفريق يخشى أثر التـأخير. والوالـدان موافقـان، ويطلبـان «إعطاءه العلاج ولو بالقوة».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر، والتـأخير لأيـام قليلـة ممكن دون ضـرر جسـيم. الأمن: لا خطـر. القـدرة على القـرار: الطفـل يفهم مرضـه وعبء العلاج، لكنـه دون سـن الإذن النظـامي. صاحب الصفة: الوالدان في الإذن، والطفل صاحب صوت معتبر. السـؤال المطلـوب تقريـره: هـل يُتجاوز اعتراضه، ومتى، وكيف؟

الـركن الطـبي. يراجـع الفريـق منفعـة الـدورة، وخطـر التـأخير، وبـدائل الجرعـات والجدولـة، والسيطرة على الغثيـان والألم والتقرحـات، ويسـتبعد الاكتئـاب. فكثـير من الـرفض اعـتراض على عبء يمكن تحسينه، لا على العلاج نفسه.

الركن الأخلاقي. يُمنح الطفـل وقتًـا خاصًـا يشـرح فيـه مـا يفهمـه، ومـا لم يعـد يحتملـه. وكلمـا ارتفعت فرصة الشفاء قوي مبرر الإكمال، ولكن القوة ليست أول ما يُلجأ إليـه؛ فالموافقـة عمليـة متدرجة لا لحظة واحدة [5]. ولا يُختزل صوته في أنه «غير بالغ» [17].

الركن الفقهي. الولايـة مقيـدة بالمصـلحة، والعلاج الـذي يمنـع الهلاك غالبًـا واجب [25]. وفي المقابل يجب رفع الضرر الممكن بالتسكين والتعديل، ولا يُتجاوز اعتراض الطفل إلا بقدر الضرورة وبعد استنفاد الوسائل الأرفق؛ فالضرر لا يزال بضرر مثله من الإكراه غير اللازم.

الركن النظامي. إذن الوالدين قائم نظامًـا لمن دون الخامسـة عشـرة [2، 33]، ويُوثـق شـرح الطفل واعتراضه وأسـباب تجـاوزه إن وقـع. ويُبحث ضـغط الأسـرة أو الإكـراه، وتُطلب استشـارة أخلاقية عند استمرار الخلاف (انظر الفصل 13).

القرار المهني الموزون. تُؤجَّـل الـدورة أيامًـا قليلـة آمنـة، ويُكثَّـف علاج الغثيـان والتقرحـات، وتُعدَّل الجدولة، ويُشرك الطبيب النفسي للأطفال، ويُعطى الطفل سيطرة حقيقية على التفاصـيل كالتوقيت ووسيلة التسـكين ووجـود من يحب، دون أن يتحـول التأجيـل إلى تـرك علاج شـافٍ؛ لأن الاعتراض ناشئ عن عبء قابل للتخفيف، والتأخير القصير لا يضر، واستعادة موافقته تحفظ تعاونه في بقية العلاج. ويُعاد النظـر إذا اسـتمر الـرفض بعـد علاج العبء وبلـغ التـأخير حـدًا يضـر فرصـة الشـفاء، فيُعطى العلاج بـإذن الوالـدين بأقـل قـوة، ولمـدة محـدودة، ومـع دعم نفسـي ومراجعـة مستمرة.

الدرس. اعتراض الطفل على علاج شافٍ يُعالج سببه أولًا، ولا يُتجاوز إلا أخيرًا، وبأقل قوة، ولمدة محدودة.

CC BY-NC-ND 4.0

مواقف متكررة

مراهقة في الخامسة عشرة تذكر أفكارًا انتحارية وتقول: «لا تخبروا أحدًا». يُجرى تقييم منظم للخطة والوسيلة والنية والمحاولات السابقة والعنف المنزلي، ولا يُكتفى بدرجة مقياس. ويقال لها بوضوح: «سأشارك ما يلزم لحمايتك، وسأخبرك بما سأقوله». ويُتفق معها إن أمكن على إشراك بالغ آمن، ولا يُكشف إلا قدر الخطر، وتُسأل عمن تثق به، وهل أحد من أهل البيت مصدر خطر. فإن ظهر إيذاء منزلي، فحالتها في الفصل 7 (الحالة 7/3: مراهقة تطلب علاجًا سريًا وتكشف إيذاءً منزليًا)، والتقييم النفسي والإلزام في الفصل 27.

والد يعترض على الوقت الخاص مع ابنته المراهقة، ثم يسأل بعده: «ماذا قالت لك؟». يُمنع الاعتراض قبل أن يقع بإعلان الوقت الخاص ممارسة روتينية لكل المراهقين في العيادة، لا إجراءً خاصًا بهذه الأسرة (المطلب 5-3). فإن سأل الوالد بعده قيل له بما معناه: «أفهم قلقك، ودورك مهم في الخطة. سأخبرك بما يلزم لسلامتها وبما نحتاجه منك، وتبقى التفاصيل غير اللازمة بيننا وبيننا كما اتفقنا في البداية». فلا يُكذب عليه بأنه لم يُقل شيء، ولا يُكشف له ما لا يلزم. فإن أصر على منع الانفراد في زيارة غير عاجلة لم يُكره، ووُثّق ذلك، وبُحثت فرصة لاحقة؛ وإن ظهرت قرينة خطر أو إيذاء قُدّمت السلامة والمسار النظامي على رغبته (المطلب 2-5 والمبحث رابعًا). الضابط: حدود السرية تُعلن للطرفين قبل المقابلة، فلا يُفاجأ الوالد ولا يُخدع المراهق.

والدان مترددان في تطعيم رضيع. يُبدأ بشرح منفعة اللقاح ومضاعفاته الحقيقية، وتصحيح الإشاعة، بلا عبارة «آمن مئة بالمئة» وبلا اتهام. ثم يُطبق البرنامج الوطني، ويُوثق الرفض، ويُحدد موعد قريب. فإن استمر رفض تطعيم واجب مع خطر معتبر، فُعّل المسار النظامي؛ فقد عدّ النظام عدم استكمال التطعيمات الواجبة إهمالًا [1]، وأجاز القرار 67 (5/7) الإلزام بالتحصين [25، 27]. ولا يُطرد الرضيع من العيادة فيبقى بلا متابعة، ويدفع هو ثمن تردد والديه.

مولود لا نبض له بعد إنعاش مكتمل. تُراجع جودة التهوية، ووضع الأنبوب، والضغطات، والجرعات، والأسباب القابلة للعكس. فإن بقي النبض غير قابل للكشف قرب 20 دقيقة، كان ذلك وقتًا معقولًا لمناقشة تحويل الهدف، لا مؤقتًا آليًا [20]. ويُبلغ الوالدان بصدق، ويُمنحان أن يحضرا ويحتضنا مولودهما.

أسرة تصر على إنعاش كامل لطفل في مرض مترقٍّ. لا يُكتب عدم الإنعاش بسبب التشخيص أو الإعاقة، بل لأن الإنعاش غير متناسب في السيناريو المحدد. ويُطبق تشكيل الأطباء والتوثيق في السياسة الوطنية لعدم الإنعاش، وتُطلب مراجعة مستقلة واستشارة أخلاقية عند الخلاف؛ وتفصيل ذلك في الفصل 41، ومسار الخلاف في الفصل 13 (الحالة 13/1: خلاف ليلي على أمر عدم الإنعاش ولا مستشار مناوب).

طفل يعمل في بيئة خطرة. يُعالج الضرر أولًا، ثم يُسأل الطفل على انفراد عن ساعات العمل، والمواد، والوقاية، ومن يحتفظ بالأجر. فإن ظهرت دلائل استغلال فُعّل مسار حماية الطفل والإبلاغ [1]، مع تنسيق اجتماعي، حتى لا يصير إخراجه من العمل ضررًا جديدًا على الأسرة.

أم تطلب «ختانًا بسيطًا» لابنتها ذات الست سنوات «في المستشفى حتى يكون آمنًا»، وتقول إن الجدة تصر وإن البنت «لن تتزوج بدونه». تُستقبل الأم باحترام، ويُسأل عن مصدر الإصرار، ويُشرح لها أن المستشفى لا يجريه ولا يحيل إليه، وأن إجراءه على يد عامل صحي لا يجعله آمنًا [35]، وأن القائلين بمشروعيته من الفقهاء لم يجعلوه واجبًا [39، 41]. ويُشرك الأخصائي الاجتماعي، ويُقيَّم خطر إجرائه خارج المنشأة؛ فإن قام خطر جدي أو ظهر ضرر سابق عُرض على

CC BY-NC-ND 4.0

فريق حماية الطفل [1]. والضـابط: الامتنـاع عن الإجـراء لا يقطـع الرعايـة عن الطفلـة وأسـرتها، ويُوثَّق الحوار وما عُرض.

أب يطلب ختان طفله في الثالثة «ما دام نائمًا» قبيل إصلاح فتق إربي، ولم يُذكر الختان في الإذن ولم يُقيَّم. لا يُجرى بطلب عابر ولا بإذن شفهي عند باب غرفة العمليات. فإن كان الطفل لم يُخـدَّر بعـد، والجـراح مـؤهلًا لإجرائـه، وأمكن تقييمـه، كـالتحقق من سـلامة فتحـة الإحليـل ومن غيـاب اضطراب نزفي، وأذن الأب إذنًا مكتوبًا بعد بيان، جاز الجمع بين الإجراءين؛ وإلا أُجري الفتق وحـده وجُدول الختان بإذن وتقـييم. والضـابط: الإذن مقيـد بمحلـه، ولا يُتجـاوز إلا لإنقـاذ الحيـاة [2]، ومـا يحتمل التأجيل لا يُقرَّر على الطاولة (انظر الفصل 5، الحالة الثانية).

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
والدان حاضران يرفضان نقل دم منقذ لطفل ينزف	نثبت الاستعجال، ونقنع، ثم نُخطِر المنشأة الجهة المختصة فورًا بمحضر ثلاثة استشاريين وإبلاغ حماية الطفل، وننقل الحد الأدنى فور الإذن	رفض الولي واضح الضرر ساقط بنص الدليل والقرار 184 (10/19)، والتقصير في حاجة صحية منقذة يدخل في نظام حماية الطفل	ضاقت النافذة إلى دقائق، فإجماع طبيبين مختصين وتوثيق وإخطار فوري؛ أو استقر الطفل بإجراءات غير دموية
كسر وكدمات بأعمار مختلفة ورواية متبدلة عند طفل في الثالثة	ننوّمه لاستكمال التقييم، ونفعّل فريق حماية الطفل ونبلّغ فورًا، ونوثق الإصابات والأقوال حرفيًا دون مواجهة الأب بالاتهام	اجتماع إصابات بأعمار مختلفة وزيارات متكررة ورواية متبدلة لا تناسب النمو اشتباه معتبر يوجب الإبلاغ	ثبت مرض نزفي أو عظمي يفسر الصورة، أو أصر الوالدان على الخروج قبل اكتمال التقييم، أو ظهر خطر على إخوته
ولادة متوقعة في الأسبوع الثالث والعشرين، والوالدان يطلبان «كل شيء»	اجتماع مشترك قبل الولادة، ثم تجربة إنعاش محددة الهدف مع خطة لتحويل الهدف إلى الراحة، والتسكين والدفء والاحتضان في كل حال	الفائدة محتملة والعبء غير محسوم، والتجربة المحددة تحترم رغبتهما دون التزام أبدي	وُلد بمؤشرات أفضل من المتوقع، أو بقي معدل القلب غير قابل للكشف بعد إنعاش مكتمل قرب 20 دقيقة
طفل في الثانية عشرة يعترض على دورة كيماوي في	نؤجل الدورة أيامًا قليلة آمنة، ونكثّف علاج الغثيان	الاعتراض ناشئ عن عبء قابل للتخفيف، والتأخير القصير لا	استمر الرفض بعد علاج العبء وبلغ التأخير حدًا يضر

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
لمفومة قابلة للشفاء	والتقرحات، ونشرك الطبيب النفسي للأطفال، ونعطيه سيطرة على التفاصيل	يضر، واستعادة موافقته تحفظ تعاونه	فرصة الشفاء، فيُعطى بإذن الوالدين بأقل قوة ولمدة محدودة

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. القدرة على القرار خاصة بالقرار ومتنامية، وموافقة الطفل عملية متدرجة لا توقيع [4، 5].
2. سلطة الوالدين واسعة في منطقة الخيارات المقبولة، وتضيق عند عتبة الضرر الجسيم القريب الذي يمكن منعه [16، 17].
3. استثناء الطوارئ في المادة التاسعة عشرة مشروط بتعذّر الموافقة، فلا يصلح وحده سندًا للتدخل مع ولي حاضر رافض [33].
4. السند المستقل عند رفض الولي الواضح الضرر: نص الدليل السعودي بعدم الاعتبار برفضه وانتقال الحق، وبند القرار 184 (10/19) في انتقال الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه، ونظام حماية الطفل ولائحته [1–3، 31].
5. نظام حماية الطفل يعرّف الطفل بمن لم يتجاوز الثامنة عشرة، ويعدّ عدم استكمال التطعيمات الواجبة وما يهدد الصحة إهمالًا، ويوجب الإبلاغ الفوري عند الاطلاع لا عند الإثبات؛ وعُدّل بالمرسوم (م/72) وتاريخ 6/8/1443هـ [1، 32].
6. ضمانات السرية ترفع صدق المراهقين وطلبهم للرعاية، والسرية المعلنة الحدود أصدق من الوعد المطلق [10، 11].
7. في حدود البقاء، يتحقق القرار الجيد بالمشورة الفردية والتوصية المشتركة والتجربة المحددة الهدف، مع استيضاح لغة الأسرة الدينية [9، 19، 20].

التوصيات

للممارس: أن يقيّم قدرة الطفل على القرار بعينه، ويطلب موافقته متى أمكن، ويوثق اعتراضه وخطة تخفيفه. وأن يسمي السند الصحيح عند رفض الولي، فلا يستند إلى استثناء الطوارئ مع حضوره. وأن يبلغ عند الاشتباه المعتبر في الإيذاء دون انتظار اليقين، ويشرح للمراهق حدود السرية قبل الأسئلة الحساسة.

للمنشأة: أن تكتب مسارًا لرفض الولي في الحالات المستعجلة يحدد مسار إخطار الجهة المختصة التي تحددها الأنظمة وتعليمات الوزارة والوصول إليها على مدار الساعة، ونصاب الأطباء، ومسار الإبلاغ، ومسار الدقائق الحرجة. وأن تنشئ فريقًا لحماية الطفل يعمل على مدار الساعة، وتضبط البوابات الإلكترونية لحماية معلومات المراهقين الحساسة، وتوفر وقتًا خاصًا روتينيًا للمراهق.

CC BY-NC-ND 4.0

للتعليم والبحث: أن يتدرب طلاب طب الأطفال والتمريض على إعادة الفهم، والتواصل عند الخلاف، ومقابلة الطفل المشتبه في إيذائه، ومشورة حدود البقاء. وأن تُجرى دراسات سعودية متعددة المراكز لأنماط رفض الأولياء ومسارات حسمها، ولانتشار الإيذاء خارج عينات المستشفيات.

ثامنًا: الخاتمة

أخلاقيات طب الأطفال فن حماية إنسان تتطور قدرته على الكلام عن نفسه يومًا بعد يوم. تبدأ من الاعتراف بأن الطفل صاحب الحق، وأن الوالدين أمناء على مصلحته لا مالكون لجسده، وأن الطبيب شريك مسؤول، لا منفذ رغبات ولا وصي مطلق. ونجاحها لا يظهر في الكلام الكبير، وإنما في التفاصيل: شرح حقنة لطفل صغير، ووقت خاص لمراهق، وبلاغ لا يتأخر عن إيذاء، وتوصية واضحة لأسرة مولود شديد الخداج.

والمعيار الجامع: دليل طبي صادق، وصوت طفل مسموع، وولاية مقيدة بالمصلحة، وتدخل متدرج عند الضرر بسنده الصحيح، ونص شرعي ونظامي يُقرأ في موضعه، ورعاية لا تتوقف حين يتغير هدف العلاج. فإذا اجتمعت هذه العناصر صار القرار قابلًا للتبرير أمام الطفل والأسرة والمهنة.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين إذن الولي وموافقة الطفل واعتراضه؟ ومتى يكون اعتراض الطفل حاسمًا؟
2. عدّد عناصر تقييم القدرة الأربعة، وبيّن لماذا لا يصلح العمر وحده اختبارًا.
3. لماذا لا يصلح استثناء المادة التاسعة عشرة وحده سندًا لنقل دم لطفل يرفضه والداه الحاضران؟ وما السند المستقل في الدليل السعودي والقرار 184 (10/19) ونظام حماية الطفل؟
4. طبيب في الطوارئ اشتبه في إيذاء طفل ولم يتيقن. ما الذي توجبه عليه المادة الثانية والعشرون من نظام حماية الطفل، وما الذي يوثقه، وما الذي يتجنبه؟
5. كيف تشرح للمراهق ووالديه حدود السرية قبل المقابلة الخاصة؟ ومتى يجوز الإفصاح، وبأي قدر؟
6. قال والدا مولود في الأسبوع الثالث والعشرين: «افعلوا كل شيء، والأمر بيد الله». كيف تستوضح العبارة، وما التوصية التي تقدمها، ومتى تُراجع الخطة؟
7. قارن بين رفض أب إزالة إصبع زائدة لطفله (الحالة 2/4) ورفض والدين نقل دم منقذ (الحالة 25/1): أين يقع كل منهما من منطقة الخيارات المقبولة وعتبة الضرر؟

المراجع

[1] نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتاريخ 3/2/1436هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/72) وتاريخ 6/8/1443هـ، ولا سيما المواد الأولى والثالثة والثانية والعشرون. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0

[2] وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للإذن الطبي. الطبعة الأولى، 1440هـ/2019م (أُعلن في 12 ربيع الآخر 1441هـ / 9 ديسمبر 2019م)؛ ولا سيما باب الولاية، ص 14. moh.gov.sa

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

[4] Mårtenson EK, Fägerskiöld AM. A review of children's decision-making competence in health care. J Clin Nurs. 2008;17(23):3131–41. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01920.x

[5] Wasserman JA, Najor AN, Liogas N, Swanberg SM, Brummett A, Laventhal NT, et al. Pediatric assent in clinical practice: a critical scoping review. AJOB Empir Bioeth. 2024;15(4):336–46. https://doi.org/10.1080/23294515.2024.2388517

[6] Parish O, Williams D, Odd D, Joseph-Williams N. Barriers and facilitators to shared decision-making in neonatal medicine: a systematic review and thematic synthesis of parental perceptions. Patient Educ Couns. 2022;105(5):1101–14.https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.033

[7] Krick JA, Feltman DM, Arnolds M. Decision-making for extremely preterm infants: a qualitative systematic review. J Pediatr. 2022;251:6–16. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.07.017

[8] Guillén Ú, Mackley A, Laventhal N, et al. Evaluating the use of a decision aid for parents facing extremely premature delivery: a randomized trial. J Pediatr. 2019;209:52–60. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.02.023

[9] Boss RD, Hutton N, Sulpar LJ, West AM, Donohue PK. Values parents apply to decision-making regarding delivery room resuscitation for high-risk newborns. Pediatrics. 2008;122(3):583–9. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

[10] Chung RJ, Lee JB, Hackell JM, Alderman EM; American Academy of Pediatrics committees. Confidentiality in the care of adolescents: policy statement. Pediatrics. 2024;153(5):e2024066326. https://doi.org/10.1542/peds.2024-066326

[11] Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE Jr. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care: a randomized controlled trial. JAMA. 1997;278(12):1029–34. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

CC BY-NC-ND 4.0

Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The [12] battered-child syndrome. JAMA. 1962;181(1):17–24. https://doi.org/10.1001/jama.1962.03050270019004

Al Ayed IH, Qureshi MI, Al Jarallah A, Al Saad S. The spectrum of child [13] abuse presenting to a university hospital in Riyadh. Ann Saudi Med. 1998;18(2):125–31. https://doi.org/10.5144/0256-4947.1998.125

Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed [14] cases of abusive head trauma. JAMA. 1999;281(7):621–6. doi:10.1001/jama.281.7.621

Alsehaimi A, Barron I, Hodson A. Physical child abuse by parents and [15] teachers in Saudi Arabia: a systematic literature review. J Child Adolesc Trauma. 2019;12(1):107–17. doi:10.1007/s40653-017-0167-7

Salter EK, Hester DM, Vinarcsik L, et al. Pediatric decision making: [16] consensus recommendations. Pediatrics. 2023;152(3):e2023061832. doi:10.1542/peds.2023-061832

Katz AL, Webb SA; Committee on Bioethics. Informed consent in [17] decision-making in pediatric practice. Pediatrics. 2016;138(2):e20161484. doi:10.1542/peds.2016-1484

Weise KL, Okun AL, Carter BS, Christian CW; American Academy of [18] Pediatrics committees. Guidance on forgoing life-sustaining medical treatment. Pediatrics. 2017;140(3):e20171905. doi:10.1542/peds.2017-1905

American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for [19] Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 6: Periviable birth. Obstet Gynecol. 2017;130(4):e187–99. doi:10.1097/AOG.0000000000002352

Lee HC, Strand ML, Finan E, et al. Part 5: Neonatal resuscitation: 2025 [20] American Heart Association and American Academy of Pediatrics guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation. 2025. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

[21] حديث «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته»: 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

[22] حديث «من لا يرحم لا يرحم»: صحيح البخاري، كتاب الأدب، باب رحمة الولد وتقبيله ومعانقته، ح 5997؛ وصحيح مسلم، كتاب الفضائل، باب رحمته ﷺ الصبيان والعيال، ح 2318. sunnah.com

[23] سنن ابن ماجه، كتاب الأحكام، باب من بنى في حقه ما يضر بجاره، ح 2341 («لا ضرر ولا ضرار»). sunnah.com

[24] سنن أبي داود، كتاب الحدود، باب في المجنون يسرق أو يصيب حدًا، ح 4403، من حديث علي رضي الله عنه، وصححه الألباني. sunnah.com

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

[26] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 172 (10/18) بشأن الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة. الدورة الثامنة عشرة، بوتراجايا، 24–29 جمادى الآخرة 1428هـ / 9–14 يوليو 2007م. iifa-aifi.org

[27] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. البيان الثاني بشأن وجوب التطعيم ضد شلل الأطفال. 17 أبريل 2013م. iifa-aifi.org

[28] هيئة حقوق الإنسان. الصكوك الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان التي انضمت إليها المملكة: اتفاقية حقوق الطفل (م/7 وتاريخ 16/4/1416هـ)، وعهد حقوق الطفل في الإسلام (م/54 وتاريخ 27/8/1427هـ). hrc.gov.sa

[29] United Nations. Convention on the Rights of the Child. Adopted by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989; articles 3, 5, 12, 16, 19, 24. ohchr.org

[30] نظام الحماية من الإيذاء، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/52) وتاريخ 15/11/1434هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/72) وتاريخ 6/8/1443هـ، المادة 3. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[31] اللائحة التنفيذية لنظام حماية الطفل، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (56386) وتاريخ 16/6/1436هـ. منشورة في بوابة وزارة العدل. adlm.moj.gov.sa

[32] المرسوم الملكي رقم (م/72) وتاريخ 6/8/1443هـ بتعديل نظامي الحماية من الإيذاء وحماية الطفل، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (427) وتاريخ 5/8/1443هـ. جريدة أم القرى. uqn.gov.sa

[33] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 3/11/1426هـ؛ ولا سيما المادة التاسعة عشرة. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[34] World Health Organization. WHO guideline on the prevention of female genital mutilation and clinical management of complications. Geneva: WHO; 28 April 2025. ISBN 978-92-4-010728-1. https://www.who.int/publications/i/item/9789240107281

[35] World Health Organization. WHO issues new recommendations to end the rise in “medicalized” female genital mutilation and support survivors. News release, 29 April 2025. https://pmnch.who.int/news-and-events/news/item/29-04-2025-who-issues-new-recommendations-to-end-the-rise-in-medicalized-female-genital-mutilation-and-support-survivors

CC BY-NC-ND 4.0

Almeer HH, Almulla AA, Almugahwi AA, Alzaher MZ, Alshammasi MM, [36] Menezes RG. Female genital mutilation in Saudi Arabia: a systematic review. Cureus. 2021;13(11):e19300. https://doi.org/10.7759/cureus.19300

[37] النووي، المجموع شرح المهذب 1/367؛ ابن قدامة، المغني 1/63؛ ابن عابـدين، رد المحتـار 6/751؛ بإحالة: الإسلام سؤال وجواب، «ختان البنات وإنكار بعض الأطبـاء لـه»، الفتـوى 60314. islamqa.info/ar/60314

[38] ابن باز، عبد العزيـز بن عبـد اللـه. كيفيـة الختـان وحكمـه. فتـاوى نـور على الـدرب. الموقـع الرسمي لسماحة الشيخ، الفتوى 12544. binbaz.org.sa

[39] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. الفتوى رقم (2137)، جواب السـؤال الرابـع. فتـاوى اللجنة الدائمة، المجموعة الأولى، 5/113. (نقلها: إسـلام ويب، مركـز الفتـوى، الفتـوى 121681. islamweb.net)

Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision [40] in male neonates, infants and children: a systematic review. BMC Urol. 2010;10:2. https://doi.org/10.1186/1471-2490-10-2

[41] ابن باز، عبد العزيز بن عبـد اللـه. ختـان البنـات. مجمـوع فتـاوى ومقـالات متنوعـة، 10/46. الموقع الرسمي لسماحة الشيخ، الفتوى 3608. binbaz.org.sa

[42] دار الإفتاء المصرية. Through its participation in the activities of the National Day against FGM (article 254). dar-alifta.org/en/article/details/254

[43] الجزيـــرة نت. «مصـــر تحظـــر ختـــان الإنـــاث نهائيًـــا». 28 يونيـــو 2007م. ajnet.me/news/2007/6/28

Qantara.de. Scholars proscribe abuse of the female body. 8 December [44] 2006. qantara.de/node/1813

FGM/C Research Initiative. Saudi Arabia: the law and FGM/C. Version 1, [45] 2026. fgmcri.org

CC BY-NC-ND 4.0