الباب الخامس

أخلاقيات طب الأسرة والأمراض المزمنة

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات طب الأسرة والأمراض المزمنة». 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 والعشرون

أخلاقيات طب الأسرة والأمراض المزمنة

استمرارية الرعاية والتنسيق • تعدد الأمراض والتعدد الدوائي وخفض الأدوية • الالتزام العلاجي في المرض المزمن • الوقاية والفحص الدوري في العيادة • حدود الطبيب مع الأسرة الممتدة • عدم اليقين والإحالة الآمنة • العبء والوقت في الرعاية الأولية • 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 الخامس: أخلاقيات التخصصات السريرية • الجمهور المقصود: أطباء الأسرة والرعاية الأولية وأطباء الباطنة العامة، وفرق التمريض والصيدلة في مراكز الرعاية الأولية، وقيادات الرعاية الأولية والجودة والإحالة، وطلاب العلوم الصحية • الفصل الأم لـ: استمرارية الرعاية، وتعدد الأمراض والتعدد الدوائي في العيادة، والالتزام العلاجي في المرض المزمن، والوقاية والفحص الدوري في العيادة، وحدود الطبيب مع الأسرة في الرعاية المزمنة، وإغلاق حلقة الإحالة، وعبء العمل والوقت في الرعاية الأولية • يحيل إلى: الفصول 2، 3، 4، 5، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 14، 17، 18، 19، 27، 31، 36 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

طب الأسرة ليس طبًا أقل تعقيدًا، بل طب التعقيد المتراكم: أمراض متداخلة في جسد واحد، وقرارات صغيرة متتابعة عبر سنوات، وأسرة حاضرة في العيادة والبيت، ووقت لا يتسع لكل ما توصي به الإرشادات. ولذلك تقاس جودة القرار فيه بسلامة ترتيب الأولويات واستمرار المتابعة، لا بعدد الطلبات.

ويعالج الفصل ذلك بنموذج الأركان الأربعة. ففي الركن الطبي يعرض الاستمرارية بأبعادها الثلاثة، وتعدد الأمراض والتعدد الدوائي وخفض الأدوية، والالتزام العلاجي بوصفه مشكلة تُشخَّص لا تهمة تُلصق، والوقاية والفحص الدوري تحت ضغط الوقت، وعدم اليقين، والإحالة حتى إغلاق حلقتها. وفي الركن الأخلاقي يناقش الإفراط والتقصير في العلاج والفحص، وحدود دور الأسرة، والعبء والوقت بوصفهما مسألة عدل. وفي الركن الفقهي يبين حكم التداوي في المرض المزمن، وخفض الدواء وعدم الإضرار، ومكانة الوقاية في حفظ النفس، وأن البالغ القادر صاحب قراره، وأن رعاية الممارس قدرته على العمل واجب عيني عليه. وفي الركن النظامي يربط ذلك بنظام مزاولة المهن الصحية، والدليل السعودي للإذن الطبي، ونموذج الرعاية الصحية، والمركز السعودي للمواعيد والإحالات، ونظام حماية البيانات الشخصية.

وينتهي الفصل إلى أربع قواعد: قدّم الخطر الذي لا ينتظر على الهدف الرقمي البعيد؛ ولا يبقى دواء بلا دلالة ومالك ومؤشر متابعة؛ ولا تُغلق إحالة أو نتيجة بلا مسؤول باسمه ومهلة؛ والأسرة شريك باختيار المريض القادر أو ممثل عند عجزه، لا بديل عنه لمجرد كبر سنه أو نسيانه.

الكلمات المفتاحية: طب الأسرة؛ الرعاية الأولية؛ استمرارية الرعاية؛ تعدد الأمراض؛ التعدد الدوائي؛ خفض الأدوية؛ الالتزام العلاجي؛ الفحص الدوري؛ الوقاية؛ عدم اليقين التشخيصي؛ الإحالة؛ الأسرة الممتدة؛ الاحتراق الوظيفي.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

الرعاية الأولية أول باب يطرقه الإنسان في النظام الصحي، وأطول الأبواب صحبة له. وتصف منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية الأولية بأنها نهج يشمل المجتمع كله، ويجمع تعزيز الصحة والوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية التلطيفية في رعاية للشخص كله على امتداد عمره، ويقوم على خدمات متكاملة، وسياسات متعددة القطاعات، وتمكين الأفراد والأسر والمجتمعات [1].

وفي المملكة يجعل نموذج الرعاية الصحية الذي تتبناه وزارة الصحة مراكز الرعاية الأولية حجر الأساس، ويرسم مسارًا من المركز إلى المستشفى العام ثم التخصصي ثم المدينة الطبية، ويضع رعاية الأمراض المزمنة والوقاية بين أنظمة الرعاية الستة فيه [2]. ويشرف المركز السعودي للمواعيد والإحالات الطبية على مسارات الإحالة والطاقة الاستيعابية، عبر منصة إلكترونية موحدة يتابع بها المريض والمنشأة حالة الطلب [3]. فطبيب الأسرة في هذا التصميم ليس بوابة يُعبر منها ثم تُنسى، بل منسق رعاية يحمل القصة من زيارة إلى زيارة، ومن مستوى إلى مستوى.

CC BY-NC-ND 4.0

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

قيمة الرعاية الأولية. خلصت مراجعة Starfield وزملائها إلى أن الرعاية الأولية القوية ترتبط بنتائج صحية أفضل، وكلفة أقل، وعدالة أكبر في توزيع الصحة، وأن بعض أثرها يأتي من الوقاية والاستمرارية والتنسيق [4].

الاستمرارية. وجدت مراجعة منهجية أن ارتفاع استمرارية الرعاية مع الطبيب نفسه ارتبط بانخفاض الوفيات في غالب الدراسات المشمولة [5]. ووجدت مراجعة أخرى شملت ثلاث عشرة دراسة كمية أن استمرارية العلاقة ذات أثر متفاوت، لكنه واقٍ في الغالب، مع قيود منهجية تمنع الجزم بالسببية، ومنها احتمال السببية العكسية وغياب التجارب المضبوطة [6].

الالتزام العلاجي. قدّرت منظمة الصحة العالمية في تقريرها «الالتزام بالعلاجات طويلة الأمد: دليل للعمل» أن الالتزام لدى مرضى الأمراض المزمنة في الدول المتقدمة يبلغ في المتوسط نحو 50% [7]. وفي مراجعة لدراسات الشرق الأوسط تراوحت نسب عدم الالتزام بين 1.4% و 88%، وكان النسيان والآثار الجانبية أكثر العوائق ذكرًا، ومعهما الخوف من الاعتماد على الدواء، وغياب الأعراض، وتعقيد النظام العلاجي، والكلفة؛ ولاحظ الباحثون أن المرضى في المنطقة قد يترددون في إظهار عدم رضاهم عن مقدم الرعاية [8]. واتساع هذا المدى نفسه دليل على اختلاف طرق القياس، فلا يصلح رقم واحد لأن يوصف به المرضى جميعًا.

الوقت والعبء. قدّرت دراسة Porter وزملائها أن طبيب رعاية أولية يتابع 2500 مريض يحتاج نحو 26.7 ساعة يوميًا ليقدم وحده ما توصي به الإرشادات من رعاية وقائية ومزمنة وحادة وتوثيق، وهذا أطول من اليوم نفسه، وأن العمل بفريق يخفضها إلى نحو 9.3 ساعات، وهي مع ذلك أكثر من المتاح [9]. وتصف منظمة الصحة العالمية الاحتراق الوظيفي بأنه متلازمة ناتجة عن ضغط مزمن في مكان العمل لم يُدَر بنجاح، وأنه ظاهرة مهنية لا حالة مرضية [10].

الفحص الدوري وعدم اليقين. لم تجد مراجعة Cochrane للفحوص الصحية العامة للبالغين أنها تخفض الوفيات الكلية، ولا وفيات القلب والسرطان [11]. ووجدت مراجعة منهجية في عدم اليقين التشخيصي بالرعاية الأولية أن الأطباء كثيرًا ما يقللون من مناقشته مع المرضى، وأن ضعف إبلاغه يقترن بقلق المريض وحيرته، وأن فض عدم اليقين بالإفراط في الفحوص يثير أسئلة عدل [12].

ما يضيفه الفصل. تعالج الدراسات هذه الموضوعات متفرقة، وأكثرها صادر عن أنظمة صحية أجنبية. ويضيف الفصل ثلاثة أمور: أن يجمعها في قرار واحد يواجهه طبيب الأسرة في زيارة واحدة، وأن يقرأها بالأركان الأربعة في السياق السعودي، وأن يحدد حدود الأسرة في الرعاية المزمنة بين الشراكة والوصاية، مع أدوات يمكن استعمالها في العيادة.

المشكلة والسؤال المركزي

المشكلة أن الخطأ في طب الأسرة قلما يكون جهلًا بالإرشاد، وكثيرًا ما يكون تطبيقًا آليًا له. وانظر إلى صوره في العيادة: أربعة بروتوكولات تجتمع في جسد مسن واحد، ووصف «غير ملتزم» يُلصق بمن عجز عن شراء الدواء، وقائمة فحوص شاملة تزاحم التدخين وضغط الدم المرتفع، وأسرة تتلقى القرار بدل مريض قادر، وإحالة تُرسل ثم يُفترض أن الصمت قبول.

CC BY-NC-ND 4.0

والسؤال المركزي: كيف يرتب طبيب الأسرة أولويات مريض مزمن في وقت محدود، بحيث يدفع الخطر القريب، ويحترم اختيار المريض القادر، ويشرك أسرته من غير أن يسلّمها قراره، ويضمن ألا يضيع شيء بين الزيارات والمستويات؟

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يميز القارئ التعدد الدوائي المناسب من الإشكالي، وأن يدير خفض الأدوية بأمان، وأن يشخص عوائق الالتزام بلا لوم، وأن يختار من الوقاية ما يستحق وقت الزيارة، وأن يحدد دور الأسرة القريبة والممتدة بحسب أهلية المريض واختياره، وأن يغلق حلقة الإحالة والنتيجة، ثم أن يطبق ذلك كله على حالات واقعية.

ولا يبسط الفصل أحكام الإذن والقدرة على القرار (انظر الفصل 5، المبحث أولًا، والفصل 27)، ولا السر الطبي والإفصاح للأسرة (انظر الفصل 7، المبحث ثانيًا)، ولا إبلاغ الأخبار السيئة (انظر الفصل 8)، ولا إنهاء العلاقة العلاجية (انظر الفصل 9، المطلب 1-11 والحالة 9/4)، ولا التنمر بين التخصصات (انظر الفصل 14، المبحث ثانيًا)، ولا الحوافز ومؤشرات الأداء (انظر الفصل 17، والفصل 18)، ولا الصرف والبدائل الدوائية (انظر الفصل 31)، ولا برامج الصحة العامة على مستوى السكان (انظر الفصل 36). ونموذج الأركان الأربعة وبواباته الخمس في الفصل 4 فلا يعاد شرحه.

أولًا: الركن الطبي

1-1 الاستمرارية والتنسيق

الاستمرارية ثلاثة أبعاد: معلومات لا تضيع بين الزيارات، وعلاقة يعرف فيها الطبيب قصة المريض وقيمه، وخطة تتسق بين الجهات. وقيمتها العملية الأوضح تقليل التكرار والتعارض، واكتشاف التغير من خط الأساس، وبناء ثقة تسمح بالحديث عن الخوف والعجز عن الالتزام. وأدلة ارتباطها بانخفاض الوفيات رصدية متفاوتة، فهي مرجِّح قوي لا برهان قاطع [5، 6].

ولا تعني الاستمرارية احتكار طبيب واحد للمريض. ففي الأنظمة المزدحمة تُبنى استمرارية الفريق: ملخص مشكلات محدث، وقائمة أدوية موحدة، ومسؤول متابعة محدد، ورسالة انتقال عند تغير الطبيب، وآلية لنتائج المختبر والإحالات. وإذا غاب الطبيب لم يجز أن تتوقف السلامة على ذاكرته أو هاتفه الشخصي.

1-2 تعدد الأمراض وعبء العلاج

يُعرَّف تعدد الأمراض بوجود حالتين طويلتي الأمد أو أكثر، جسدية أو نفسية، وقد يدخل فيه الألم المزمن والضعف الحسي والإدمان. وتوصي إرشادات NICE بنهج يراعي تعدد الأمراض لمن يجد صعوبة في إدارة علاجه أو أنشطته اليومية، ولمن يتلقى رعاية من جهات متعددة، ولمن يتناول أدوية كثيرة أو يعاني هشاشة أو عبئًا علاجيًا مرتفعًا، على أن تبدأ الرعاية بأهداف المريض وأولوياته [13].

فالتحدي ليس عدد الأمراض، بل تفاعلها مع الأدوية والمواعيد والقدرة الوظيفية. وقد يصبح خفض خطر بعيد أقل أولوية من منع السقوط أو حفظ الاستقلال أو تخفيف ألم يمنع الحركة. وتبدأ

CC BY-NC-ND 4.0

المراجعة بسؤالين: ما الذي يهمك خلال الأشهر القادمة؟ وما الذي يثقل حياتك الآن؟ ثم تُرسم خريطة للأهداف والأمراض المؤثرة والأدوية والوظيفة والمزاج والإدراك والدعم والمال والمواعيد (انظر المطلب 5-1). ولا تُحذف توصية لمجرد العمر؛ بل يُقدَّر زمن ظهور المنفعة، واحتمال الضرر، ورغبة المريض، وتبقى القرارات قابلة للمراجعة.

ومثال ذلك ما بيّنه Boyd وزملاؤه حين طبقوا الإرشادات المعتمدة لخمسة أمراض شائعة على مريضة افتراضية في التاسعة والسبعين، بهشاشة العظام والسكري من النوع الثاني والتهاب المفاصل وارتفاع الضغط والانسداد الرئوي المزمن: فاجتمع لها اثنا عشر دواءً في تسع عشرة جرعة يومية موزعة على خمسة أوقات، وأربعة عشر نشاطًا غير دوائي، مع احتمال التداخل بين أدوية الأمراض المختلفة، وبين الدواء والغذاء [49]. فالإرشاد يُكتب لمرض واحد، والمريض يعيش بأمراضه كلها. ولذلك يُترجم سؤال «ما الذي يهمك؟» إلى أهداف ملموسة يعرفها المريض: أن يصلي قائمًا، أو يؤدي العمرة، أو لا يعود إلى المستشفى، أو يحمل حفيده؛ ثم تُرتب العلاجات بقدر خدمتها لهذه الأهداف، وهو مقتضى ما تقرره NICE من بدء الرعاية بأهداف المريض وأولوياته [13].

1-3 التعدد الدوائي وخفض الأدوية

التعدد الدوائي ليس خطأ في ذاته؛ فقد يحتاج المريض أدوية كثيرة تحقق أهدافًا واضحة. ويصبح إشكاليًا حين تزول الدلالة، أو تتكرر الفئات، أو تظهر تداخلات وسقوط وهبوط ضغط ونزف، أو لا تناسب الجرعاتُ وظيفةَ الكلية والكبد، أو يعجز المريض عن النظام. وتدعو منظمة الصحة العالمية إلى نهج يتمحور حول الشخص، يحدد من يحتاج مراجعة دوائية، ويجعل المريض شريكًا في قرارات دوائه، ويعتمد مقاربة منهجية متعددة المهن [14].

وتبدأ المراجعة بمصالحة كاملة تشمل ما يُصرف دون وصفة، والأعشاب والمكملات، وأدوية الأطباء الآخرين. ثم يُسأل عن كل دواء: ما غايته؟ وهل تحققت؟ وما زمن منفعته وضرره؟ وهل له متلازمة سحب أو ارتداد؟ وما رأي المريض فيه؟ ثم يُرتب الإيقاف دواءً دواءً غالبًا، بخفض تدريجي عند الحاجة، ومؤشر متابعة وموعد، وإمكان إعادة الدواء. فخفض الأدوية مراجعة منظمة ومراقبة، لا إيقاف عشوائي ولا هجر.

ويلحق بالمصالحة الدوائية سؤال المريض عن الطب التكميلي والشعبي سؤالًا لا يحمل لومًا، لأن كثيرًا من المرضى لا يذكرونه ما لم يُسألوا عنه، وفيه ما يتداخل مع الأدوية أو يؤخر علاجًا فعالًا. وموقف الطبيب منه ثلاثة ضوابط. الأول أن يحترم اختيار المريض ما لم يضر به أو يعطل علاجًا لازمًا، فإن خشي ذلك بيّنه بصدق دون استخفاف. والثاني ألا يصف ما لا دليل عليه، ولا يروج في عيادته لمكمل أو منتج يربح منه؛ فالمادة الثانية عشرة تحظر الحصول على أي منفعة لقاء الترويج أو الالتزام بوصف منتج [25]. والثالث ألا يحيل إلى ممارس غير مرخص.

والحجامة والرقية من هذا الباب في السياق المحلي. ففي صحيح البخاري من حديث أنس رضي الله عنه: «إن أمثل ما تداويتم به الحجامة» [38]، وفي صحيح مسلم: «اعرضوا علي رقاكم، لا بأس بالرقى ما لم يكن فيه شرك» [39]. فأصلهما مشروع بنص الحديث، لكن مشروعية الأصل لا تعني أن كل ممارسة لهما آمنة، ولا أنهما بديل عن علاج واجب. وقد وافقت وزارة الصحة عام 1436هـ (2015م) على ترخيص ممارسة الحجامة عبر المركز الوطني للطب البديل والتكميلي: يسجل الممارس في الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، ويجتاز تدريبًا واختبارًا، ويخلو من الأمراض المعدية، وتعمل العيادة بمواصفات معتمدة وطبيب عام مسؤول يفحص المراجعين؛ وعدّ

CC BY-NC-ND 4.0

المركز من موانعها فئات منها الأطفال دون الثانية عشرة، ومرضى السرطان، والفشل الكلـوي أو الكبدي، واضطرابات الدم، ومن يتناول مميعات الـدم [40]. فـإذا سـأل مـريض يتنـاول مميعًـا عن الحجامة بيّن له الطبيب المانع، وإذا أصر وجّهه إلى منشأة مرخصة، ولا يُقر ترك علاج لازم اعتمادًا على رقية أو حجامة.

ومن الأدوات المعتمـدة الـتي تعين على هـذه المراجعـة: معـايير Beers الـتي تصـدرها الجمعيـة الأمريكية لطب الشيخوخة، وآخر تحديث لها سنة 2023م، وهي قـوائم بأدويـة الأولى تجنبهـا لـدى من بلغ الخامسة والستين عمومًا أو في أمراض وحالات بعينها؛ وتصرح الجمعيـة بأنهـا تعين القـرار المشترك ولا تحل محله، وبأنها وُضعت للسياق الأمريكي فقد يحتاج بعض ما فيها إلى نظر في بلاد أخرى [45]. ومعايير STOPP/START في إصدارها الثالث (2023م)، وفيها 133 معيارًا لما يُراجع إيقافه، و57 معيارًا لما يُغفل عنه وهو مستحق [46]؛ فالتعدد الدوائي قد يجتمـع فيـه الإفـراط في دواء والتقصير في آخر. ويُنتبه معها إلى «الشلال الوصـفي»: أن يُحسـب أثـر جـانبي لـدواء مرضًـا جديدًا فيُعالج بدواء آخر.

وقد اقترح Scott وزملاؤه خمس خطوات منظمة لخفض الأدوية: جـرد كـل دواء يتناولـه المـريض وسبب وصفه؛ ثم تقدير خطر الضرر الدوائي العام لديه، ليتحدد به قدر التدخل؛ ثم موازنـة منفعـة كل دواء الحالية والمستقبلية بضرره وعبئه؛ ثم ترتيب الأدوية للإيقاف، بدءًا بأسوئها موازنـة وأقلهـا خطر سحب أو ارتداد؛ ثم تنفيذ خطة الخفض أو الإيقاف مع مراقبة دقيقة للتحسن أو الأثر الضار [47]. وتتسق هذه الخطوات مع قائمة المطلب 5-3، ويضـاف إليهـا أمـران عمليـان: التواصـل مـع الأطباء الآخرين الذين وصفوا الدواء، وأن يُشرح للمريض وأسـرته أن الإيقـاف المـدروس رعايـة لا تخلٍّ عنه. وفي المسن الهش تكون أهـداف ضـبط السـكر والضـغط في الإرشـادات أقـل صـرامة عادة، فيُقدَّم تجنب الهبوط والسقوط على بلـوغ رقم مثـالي، ويُراجـع مـا لا تظهـر منفعتـه إلا بعـد سنين إذا قصر المدى المتوقع؛ وتؤخذ الأرقام من الإرشاد المعتمد لكل مرض لا من قاعدة عامة.

ومن أدق مـا يمـر بالمراجعـة الدوائيـة في العيـادة الأفيونـات والمهـدئات في الألم المـزمن غـير السرطاني. وتقـرر إرشـادات المراكـز الأمريكيـة لمكافحـة الأمـراض والوقايـة منهـا (2022م) أن تُسـتنفد العلاجـات غـير الدوائيـة وغـير الأفيونيـة أولًا، وألا يُلجـأ إلى الأفيـون في الألم الحـاد إلا إذا رجحت منفعته على خطره، وبأقل جرعة فعالة ولمـدة لا تزيـد على مـدة الألم الشـديد المتوقعـة؛ وأن تُقيَّم المنفعة والضـرر خلال أسـابيع من البـدء أو رفـع الجرعـة ثم دوريًـا؛ وأن تُراجـع سـجلات صرف المواد الخاضعة للرقابة، وتُوزن منفعة الفحص السـمي، ويُحـذر أشـد الحـذر من الجمـع بين الأفيون والبنزوديازيبين، وتُعتمد وسائل خفض الخطر كالنالوكسون حيث يتاح. وإذا لم تعد المنفعـة ترجح الضرر خُفضت الجرعة تدريجيًا، ولا يُوقف الأفيون فجأة ولا يُخفض بسرعة من جرعـة عاليـة إلا لخطر يهدد الحياة. وتنص الإرشادات على أنها توصـيات طوعيـة تـدعم رعايـة فرديـة، لا حـدودًا مطلقة تفرضها الجهات [48].

والتنزيل الأخلاقي في العيادة: أن يُتفق مع المريض على أهداف وظيفية محددة، كالمشـي والنـوم والعودة إلى العمل، لا على رقم الألم وحده؛ وأن يُدار طلب التبكير بالوصفة أو «فقـدت الوصـفة» بتعاطف وحدود معلنة معًا، فيُسأل عن السبب، ويُراجع السجل، ويُعرض البـديل، ولا يُتهم المـريض ولا يُستسلم للطلب. والرفض المطلق لكل وصف أفيوني ليس ورعًا مهنيًا، بل تقصير في حق من يحتاجه حقًا، كمريض السرطان والألم الشديد؛ كما أن التجديـد الآلي للأفيـون أو البنزوديـازيبين بلا مراجعة تفريط. وضوابط وصف المواد الخاضعة للرقابة وصرفها في المملكة مبسوطة في الفصل 31.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: خفض الأدوية في التعدد الدوائي: خمس خطوات منظمة، وما لا يُوقف فجأة.

1-4 الالتزام العلاجي في المرض المزمن: من اللوم إلى تشخيص العائق

وصف المريض بأنه «غير ملتزم» قد يخفي كلفة لا يقدر عليها، أو أثرًا جانبيًا، أو نظام عمل لا يناسب الجرعات، أو أمية صحية، أو اكتئابًا، أو ضعفًا معرفيًا، أو هدفًا علاجيًا لم يفهمه [7، 8]. فالعبارة تحكم على الشخص وتسكت عن السبب، وتنتقل من ملف إلى ملف فتصبغ نظرة كل من يقرؤه.

والمقابلة الأفضل تبدأ بالتطبيع والاستئذان: «كثير من الناس يجدون صعوبة في أخذ الدواء كما كُتب؛ ماذا حدث معك؟». ثم تُستكشف العوائق واحدًا واحدًا، ويُتفق على حل قابل للقياس: دواء أبسط، أو توقيت يناسب يوم المريض، أو صندوق جرعات، أو بديل أقل كلفة، أو إشراك من يختاره المريض، أو تثقيف بطريقة الاسترجاع، أي أن يعيد المريض الخطة بكلماته. ويُفرق بين عدم الانتظام الناشئ عن عائق قابل للعلاج، والرفض المستنير من مريض قادر فهم البدائل والعواقب؛ فالأول يُعالج، والثاني يُحترم مع خطة أمان، ولا يُستعمل الدواء أو الموعد وسيلة ضغط (انظر الحالة 9/4 في الفصل 9).



شكل: الفرق بين عدم الانتظام والرفض المستنير، وما يفعله الطبيب في كل منهما.

CC BY-NC-ND 4.0

1-5 الوقاية والفحص الدوري في العيادة

الوقاية جزء أصيل من رسالة طبيب الأسرة، لكن الوقت لا يتسع لكل توصية: فتقدير Porter أن الوقاية وحدها تستهلك نحو 14.1 ساعة يوميًا لطبيب منفرد يتابع 2500 مريض [9]. فالسؤال ليس «هل نقدم الوقاية؟» بل «أيها يُقدَّم الآن ولمن؟».

والقاعدة: يُقدَّم الأعلى خطرًا والأثبت منفعة والأقرب إلى حال المريض، كالإقلاع عن التدخين، وضبط ضغط الدم، واللقاحات المستحقة، وفحص سرطان القولون والمستقيم في عمره، وفحص سرطان الرئة بالأشعة المقطعية منخفضة الجرعة لكبار المدخنين [15]. فمثلًا توصي فرقة العمل الأمريكية للخدمات الوقائية بفحص سرطان القولون والمستقيم لجميع البالغين بين 50 و75 عامًا، ولمن بين 45 و49، وانتقائيًا بين 76 و85 بحسب الصحة العامة والفحص السابق والتفضيل [16]. أما ما يتقارب نفعه وضرره فيحتاج قرارًا مشتركًا في وقت كافٍ، كفحص مستضد البروستاتا النوعي الذي تجعله الفرقة قرارًا فرديًا بين 55 و69 عامًا بعد مناقشة المنافع والأضرار، وتوصي بعدم إجرائه بعد السبعين [17]. وتُنقل هذه الأعمار إلى المريض السعودي بحذر، مع مراعاة ما تعتمده الجهات الوطنية.

وفي المقابل، فالفحص الشامل غير الموجه لا يحقق ما يعد به؛ إذ لم تثبت الفحوص الصحية العامة للبالغين أثرًا في الوفيات [11]، والقوائم الطويلة من التحاليل تجر نتائج عارضة وقلقًا وإجراءات لم يُحتج إليها. وإذا ازدحمت زيارة حادة بمطالب وقائية فلا يُخفى التأجيل: يُسجَّل ما استُحق ولم يُنجز، ويُنشأ تذكير أو زيارة وقائية أو مهمة لفريق التمريض.

ومن أوضح أمثلة الإفراط ما جرى في كوريا الجنوبية؛ فبعد انتشار الكشف عن سرطان الغدة الدرقية بالموجات فوق الصوتية تضاعف معدل تشخيصه نحو خمس عشرة مرة في عقدين تقريبًا، وبقيت الوفيات منه ثابتة [52]. أي إن الذي زاد هو التشخيص لا المرض القاتل، ودفع المرضى ثمنه جراحات وعلاجات لم يحتاجوا إليها. ولهذا جمعت حملة Choosing Wisely قوائم بما يُسأل عنه قبل طلبه، ومما نصت عليه قائمة الأكاديمية الأمريكية لأطباء الأسرة: ألا يُطلب تصوير لألم أسفل الظهر في الأسابيع الستة الأولى ما لم توجد علامات إنذار، وألا يُطلب تخطيط قلب سنوي أو غيره من فحوص القلب لمنخفضي الخطر بلا أعراض، وألا يُوصف مضاد حيوي روتينيًا لالتهاب الجيوب الحاد الخفيف أو المتوسط ما لم تستمر الأعراض سبعة أيام أو أكثر أو تسوء بعد تحسن [53]. والفحص «احتياطًا من الدعوى» ليس حماية؛ فالدفاع الحقيقي توثيق التفكير السريري وشبكة الأمان (انظر المطلب 5-5).

وإذا ظهرت نتيجة عارضة لم يُبحث عنها، أُخبر المريض بها بلا تهويل ولا كتمان، وبُيّن معناها المرجح، وسُلك فيها المسار الذي تقرره الإرشادات المعتمدة لنوعها وحجمها، لا أقصى ما يمكن فعله؛ فكل فحص يُطلب لطمأنة فحص قبله قد يفتح سلسلة من الفحوص والقلق والإجراءات (انظر المطلب 2-3). وتفصيل التشخيص الزائد في الفحص السكاني في الفصل 36.

1-6 عدم اليقين والتشخيص المتدرج

في طب الأسرة يظهر المرض مبكرًا بأعراض غير مكتملة، والانتشار منخفض؛ لذلك قد يكون الانتظار النشط أأمن من تصوير أو مضاد حيوي أو إحالة فورية، بشرط ألا يكون انتظارًا سلبيًا: تُوثَّق الفرضيات وما نُفي، وتُعطى علامات إنذار محددة بلغة مفهومة، ومدة مراجعة، وطريق

CC BY-NC-ND 4.0

وصول إذا ساءت الحال، ومسؤول عن متابعة النتيجة. وإذا تعذرت عودة المريض أو ضعف دعمه انخفضت عتبة الفحص أو الإحالة.

والمصارحة المنضبطة تقول: «لا أستطيع تأكيد السبب اليوم، لكن الاحتمال الأخطر غير مرجح لكذا، وسنراجع خلال كذا، وتعال فورًا إذا ظهر كذا». وهي أقوى أخلاقيًا من يقين زائف ومن قائمة احتمالات بلا خطة؛ لأن كتمان عدم اليقين يترك المريض في قلق وحيرة، وفضه بفحوص لا تدل عليها الحال يستهلك موارد غيره [12].

1-7 الإحالة الآمنة وإغلاق الحلقة

الإحالة ليست تخلصًا من المريض، ولا تنتقل المسؤولية لحظة إرسال الطلب. فالإحالة الجيدة تصوغ سؤالًا: هل نحتاج تأكيد تشخيص، أو إجراءً، أو مشاركة في العلاج؟ وتذكر درجة الاستعجال ومبرراتها، والنتائج والعلاجات المجربة، والحساسية، وحاجة المريض إلى ترجمة أو مساعدة. ويُخبَر المريض بمن سيتصل به، والوقت المتوقع، وما يفعل إن لم يصله موعد أو ساءت حاله. ويوصي دليل «إغلاق الحلقة» الصادر عن معهد تحسين الرعاية الصحية والمؤسسة الوطنية لسلامة المرضى بتحديد المسؤولية عن المتابعة، وتوحيد التسليم بين الرعاية الأولية والتخصصية، والتحقق من فهم المريض للخطة [18].

الخطوة	المسؤولية الدنيا	إن تعثرت
قرار الإحالة	سؤال واضح، ودرجة استعجال، وخطة إلى حين الموعد	رأي أقدم، أو مسار عاجل عند الخطر
الإرسال	بيانات كافية عبر قناة معتمدة، وتأكيد الاستلام	إعادة الإرسال، أو اتصال مباشر موثق
الحجز	المريض يعرف الموعد ومن يساعده	تتبع، وعدم افتراض أن الصمت قبول
الاستشارة	رد يجيب السؤال ويحدد من يتابع	اتصال مهني لتوضيح الخطة أو التصعيد
العودة	مصالحة الأدوية والنتائج وإبلاغ المريض	تحديد مالك النتيجة قبل إغلاق المهمة

1-8 العبء والوقت والقدرة على العمل الآمن

حين يتجاوز الطلب القدرة لا يكفي أن يُطلب من الطبيب الصمود. فالعمل بالفريق يخفض الوقت اللازم إلى أقل من نصفه، لكنه لا يلغي العجز [9]. ولذلك تُفرز الحالات، ويوزَّع العمل على فريق مؤهل، وتُحمى فواصل لمراجعة النتائج، وتُقلَّل الرسائل المكررة والمهام غير السريرية، ويُضبط الحجز المزدوج، وتُتاح تغطية عند الغياب. وترتبط عوامل تصميم السجل الإلكتروني واستعماله، كالعمل عليه خارج الدوام، بإجهاد الأطباء واحتراقهم [19].

وعلى الطبيب أن يتعرف إلى علامات الخطر في نفسه: أخطاء متكررة، وفقدان تركيز، وتهكم، وأرق شديد، وتعاطٍ، أو أفكار إيذاء. وعندئذ يطلب دعمًا سريًا، ويخفض العمل عالي الخطورة أو

CC BY-NC-ND 4.0

يتوقف مؤقتًا بعد تقييم مهني، مع تسليم آمن لمرضاه. وحقوق الممارس في هذا الباب مبسوطة في الفصل 12 (المبحث أولًا)، والجاهزية للعمل في الفصل 14 (المبحث أولًا).

1-9 الصحة النفسية في عيادة الرعاية الأولية

كثير من الاضطراب النفسي يصل أولًا إلى طبيب الأسرة، متخفيًا في شكوى جسدية، أو في «عدم التزام» بعلاج السكري والقلب. وليس هذا هامشًا في المرض المزمن؛ ففي تحليل تجميعي لست عشرة دراسة ضمت أكثر من مئة ألف مريض بالسكري، ارتبط الاكتئاب بزيادة خطر الوفاة من كل الأسباب بنحو 46%، مع تفاوت كبير بين الدراسات واحتمال تحيز في النشر؛ فهو ارتباط رصدي لا سببية مثبتة [41]. ولذلك توصي فرقة العمل الأمريكية للخدمات الوقائية (2023م) بالكشف عن الاكتئاب لدى البالغين جميعًا، ومنهم من تجاوز الخامسة والستين، بأدوات منها استبانة صحة المريض (PHQ-2 وPHQ-9)، وبالكشف عن القلق لمن هم في الرابعة والستين فما دونها بأدوات منها GAD-7، على أن يكون وراء الكشف نظام يضمن التشخيص والعلاج والمتابعة؛ إذ لا معنى لنتيجة إيجابية لا يتبعها شيء [42، 43]. أما الكشف الروتيني عن خطر الانتحار فرأت الفرقة أن الدليل لا يكفي للحكم بمنفعته أو ضرره [42].

ولا يعني ذلك ترك السؤال. فمن ظهر لديه اكتئاب، أو أجاب بالإيجاب عن بند إيذاء النفس في PHQ-9، يُسأل سؤالًا مباشرًا هادئًا عن الفكرة والخطة والوسيلة، بلا حرج ولا توبيخ. ولا تُستعمل مقاييس تقدير الخطر للتنبؤ بالانتحار، ولا لتقرير من يُعالَج ومن يُصرف، كما تقدم في الفصل 27 (التمهيد)؛ بل يُبنى القرار على حاجة المريض وسلامته القريبة والبعيدة، وتُوضع معه خطة سلامة مكتوبة يعرفها هو ومن يختاره، ويُحال عاجلًا عند الخطر [44].

والمسن أحوج إلى هذا الانتباه؛ فقد يُفسَّر حزنه وانسحابه بأنه «من العمر»، وقد يأتي اكتئابه في صورة آلام وأرق وفقد شهية، وقد يشتبه بالخرف أو يجتمع معه. ومن الأدوات التي تذكرها الفرقة لكبار السن مقياس الاكتئاب لدى المسنين (GDS) [42]. وتقويم الإدراك والأهلية مبسوط في الفصل 27.

وحدود دور طبيب الأسرة واضحة: يكشف، ويعالج الشائع غير المعقد بما تأهل له، ويحيل ما تجاوز ذلك. فلا يُلصق تشخيص اضطراب في الشخصية بمريض أتعبه في زيارة أو زيارتين، ولا يوقف علاجًا بدأه مختص دون تنسيق معه، ولا يجعل التطبيقات الرقمية بديلًا عن العلاقة العلاجية وإن أعانت عليها. وأحكام الدخول الإلزامي في نظام الرعاية الصحية النفسية مبسوطة في الفصل 27 (المبحث رابعًا).

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 المريض شخص لا مشروع مؤشرات

تعمل المبادئ الأربعة هنا بصيغة خاصة. فالاستقلالية أن تعين المريض ليختار ما ينسجم مع قيمه، لا أن تتركه وحده أمام عشرين خيارًا. والإحسان منفعة يراها المريض معقولة، لا تعظيم كل مؤشر مخبري. وعدم الإضرار يشمل التداخل الدوائي، والفحص الزائد، والعبء المالي والوقتي. والعدالة تشمل الوقت والوصول والتواصل والمتابعة، لا توزيع الأجهزة وحدها.

CC BY-NC-ND 4.0

والثقة رأس مال علاجي، يُجمع بالاستماع والصدق والاستمرارية والوفاء بالمتابعة، كما يُجمع المال قليلًا قليلًا. ويناقضها نظام يكافئ عدد الزيارات وحده، أو يقطع العلاقة باستمرار (انظر الحالة 17/1 في الفصل 17). ومع ذلك لا يجوز أن تصير «العلاقة» ذريعة لتجنب رأي ثانٍ أو إحالة لازمة؛ فالوفاء للمريض مقدَّم على صورة الطبيب.

2-2 الإفراط والتقصير في العلاج والفحص

الإفراط قد ينشأ من الخوف من الشكوى، أو إلحاح المريض، أو سهولة الطلب الإلكتروني، أو الحوافز، أو إرشادات المرض الواحد. والتقصير قد ينشأ من وصم السمنة أو الإدمان أو الاضطراب النفسي، أو افتراض أن المسن لا يستفيد، أو استسلام مبكر بعد وصف المريض بعدم الالتزام. والمطلوب في الحالين تبرير متوازن، فاسأل نفسك: لماذا هذا الفحص أو الدواء الآن؟ وما البديل؟ وما ضرر الفعل وما ضرر الترك؟

وفي المرض المزمن قد يكون الهدف تقليل العبء، لا بلوغ رقم مثالي. ويكون القرار أخلاقيًا حين يعرف المريض ما يتنازل عنه، كتحسن محتمل يقابله سقوط أو كلفة أو زيارات، ويبقى قادرًا على تغيير رأيه لاحقًا. ولا تُستعمل عبارة «أفضل ممارسة» ستارًا يُخفى وراءه اختلاف معقول بين الناس في تقدير المنافع.

2-3 الوقاية بين الواجب المهني وحق الاختيار

الوقاية عرض يقدمه الطبيب، لا إلزام يفرضه. فعليه أن يعرض الفحص المستحق بمنافعه وأضراره، وأن يسجل ما عُرض وما قُبل وما رُفض. وللمريض القادر أن يرفض فحصًا غير عاجل، ولا يُعاقب على ذلك بقطع الرعاية. وفي الجهة الأخرى لا يستجيب الطبيب لطلب فحص لا دلالة له لمجرد الطمأنة؛ لأن الطمأنة التي يشتريها فحص بلا دلالة قد تعقبها نتيجة عارضة، تفتح سلسلة من الفحوص والقلق.

والوقاية أيضًا مسألة عدل: فمن يكثر المجيء إلى العيادة يتلقى وقاية أكثر، ومن لا يستطيع المجيء يفوته الفحص. ولذلك تُقاس العيادة بمن فاته المستحق من مرضاها المسجلين، لا بمن زارها فقط.

2-4 الأسرة في الرعاية المزمنة: شريك لا وصي

الأسرة في مجتمعنا حاضرة في المرض المزمن، كما يعرف كل طبيب: تنقل المريض، وتشتري الدواء، وتذكّره بالجرعات، وتحضر الزيارة. وهذا الحضور مصدر قوة ينبغي استثماره. ولكنه يطرح سؤالين: من يملك المعلومة؟ ومن يملك القرار؟

والجواب أن المريض البالغ القادر يملكهما معًا، ويحدد هو من يُشرك وبأي قدر؛ فالأسرة شريك باختياره، وممثل عند عجزه، لا بديل عنه لمجرد كبر السن أو النسيان أو قلة التعليم [20]. وتفصيل السر وحدود إطلاع الأسرة في الفصل 7 (المبحث ثانيًا)، وتقييم القدرة على القرار في الفصل 5 (المبحث أولًا) والفصل 27.

وتزداد المسألة دقة مع الأسرة الممتدة: ابن يتصل ليطلب النتائج، وأخ يأتي مكان المريض، وقريب يعمل طبيبًا في منشأة أخرى يطلب الاطلاع على الملف بحكم مهنته. والقاعدة واحدة: الصلة بالمريض وحدها لا تنشئ حقًا في معلومته، والصفة المهنية للقريب لا تمنحه صلاحية على

CC BY-NC-ND 4.0

ملف لا يعالجه. فاسأل المريض مبكرًا: من تريد إشراكه؟ وفي أي شيء؟ ووثّق جوابه، وحدّثه عند تغير حاله.

ومن أخطر صور الوصاية، يا أخي الطبيب، أن يُطلب إعطاء الدواء خفية لمريض قادر، كـأن يطلب ابن إضافة دواء إلى طعام أبيه «لأنه سيرفض». وهذا تجاوز لإذن قادر لا يجوز، مهما حسنت النيـة؛ أما من فقد القدرة فيحتاج قرارًا بالمصلحة من ممثله، وتوثيقًا، وأقل تدخل ممكن، لا حيلة منزلية.

2-5 العبء والوقت مسألة عدل

عجز الوقت عن استيعاب الإرشادات ليس تقصيرًا فرديًا يُعالَج باللوم [9]. فإذا تكرر تجاوز القـدرة مع اجتهاد الأفراد، صارت المشكلة خاصية في النظام، وانتقل السؤال من «من أخطـأ؟» إلى «أي تصميم جعل الخطأ متوقعًا؟»، دون أن تُلغى المساءلة الفردية عند التهاون. ولا يوجـد رقم عـالمي واحد يجعل عدد المرضى آمنًـا في كـل عيـادة؛ فالمـدة والتعقيـد والطـاقم والتقنيـة تختلـف. ولكن امتلاء الجدول لا يبرر حذف الفرز، أو علامات الإنذار، أو تتبع النتائج، وعلى الإدارة أن تعدّل القـدرة إذا تكرر العجز.

والحافز الذي يكافئ عدد الزيارات وحده يـدفع إلى الاسـتعجال، ومكافـأة قلـة الإحالـة تمنـع إحالـة لازمة، ومكافأة مؤشر مرض واحد تضر المريض متعدد الأمـراض (انظـر الحالـة 18/4 في الفصـل 18). والأسلم من ذلك كله لوحة متوازنة تجمـع السـلامة والاسـتمرارية وتجربـة المـريض والعمـل الجماعي والعبء، مع مراجعة حالات الاستثناء.

والتقدير المعنوي لطبيب الأسرة جزء من سلامة المريض، لا ترف: الاعتراف بخبرته، وإشراكه في القرارات، وعدم اختزال عمله في بوابة إحالة. فإذا سُخر من إحالتـه، تـأخرت استشـارته القادمـة، وسـكت عن شـكه، ودفـع المـريض الثمن. والتميـيز بين الخلاف العلمي والتنمـر ومسـار الشـكوى مبسوط في الفصل 14 (المبحث ثانيًا).

2-6 اللقاء الصعب والحدود في العلاقة الطويلة

في العلاقة الطويلة بالعيادة لقاءات يخرج منهـا الطـبيب مثقلًا، فيسـارع إلى وصـف المـريض بأنـه «صعب». وقد وصف Groves سنة 1978 أربعة أنماط تثير في الطبيب مشـاعر سـلبية: المتعلِّـق الذي لا تنتهي طلباته، والمستحِق المطالب الذي يلوّح بالضغط والتهديد، والـرافض للعـون الـذي لا يرى نفعًا في شيء ويعود بالشكوى نفسها، والمدمِّر لذاته الذي يُعـرض عن العلاج ويتـدهور [27]. والعبرة في هذا التصنيف ليست في أسـمائه، بـل في أمـرين: أن الصـعوبة صـفة للقـاء والعلاقـة، يشترك فيها المريض والطـبيب والنظـام، لا صـفة ثابتـة في المـريض وحـده؛ وأن انفعـال الطـبيب السلبي معلومة سريرية تُستعمل في فهم المريض وتدبيره، لا ذنب يُنكر ولا مسـوّغ لعقوبـة [27]. فإذا وجدت في نفسك ضيقًا متكررًا من مريض بعينه فاسأل: ما الذي يطلبه حقًا؟ وما الـذي أثـاره فيّ؟ وما الذي في جدول العيادة ونظامها يزيد الأمر سوءًا؟

كثير التردد والأعراض بلا تفسير عضوي. في دراسة هولندية تتبعت مـراجعي الرعايـة الأوليـة ثلاث سنوات، كان 10.6% من المرضى مسؤولين عن 39% من الزيارات المباشـرة في سـنة واحـدة، وكان 1.6% ممن صـاروا كثـيري الـتردد على الـدوام مسـؤولين عن 8% منهـا؛ وكـان هـؤلاء أكـثر مشكلات اجتماعية ونفسية وأعراضًا جسدية بلا تفسير طبي، وأكثر كـذلك أمراضًـا جسـدية مزمنـة كالسكري [28]. فلا يُفترض أن التردد «وهمي». والمعيار: مراجعة شاملة متأنية مرة واحـدة بـدل فحوص متفرقـة متكـررة، ثم خطـة رعايـة مكتوبـة، ومواعيـد منتظمـة يحـددها الطـبيب لا الأزمـة،

CC BY-NC-ND 4.0

وطبيب واحد أو فريق صغير ثابت، وعلاج ما كمن وراء التردد من اكتئاب أو قلـق أو ألم أو ضـائقة. وفي الأعراض التي لا يفسرها مرض عضوي يُتجنب خطآن متقابلان: أن يُقال للمـريض «ليس بـك شيء»، وهو قول غـير صـادق ومهين لمن يتـألم فعلًا؛ وأن تُطلب الفحـوص بلا نهايـة، وقـد وجـدت مراجعة منهجية لأربع عشرة تجربـة عشـوائية أن الفحص التشخيصـي لمن انخفض لـديهم احتمـال المـرض الخطـير لم يخفـف قلقهم على صـحتهم، ولا قلقهم العـام، ولا اسـتمرار أعراضـهم [29]. والبديل أن يُصدَّق الألم، ويُشرح للمريض بلغة مفهومة أن الجسـد قـد يعبّـر عن الضـيق والإرهـاق، ويُعرض الطب النفسي بلطف شريكًا لا تهمة، ويُحمى المريض من الطب المفـرط بخطـة مكتوبـة وعلامات إنذار تعيد الفحص إذا ظهرت (انظر المطلب 1-6).

الطالب والغاضب. من يطلب فحصًـا أو دواءً أو إحالـة بلا دلالـة يُسـأل عمـا وراء طلبـه: خـوف، أو معلومة سمعها، أو تجربة مر بها قريب. ثم يُبيَّن له الرأي بصدق، وتُعرض البدائل، ويُعتذر بأدب عن الضار، ويُوثَّق ذلك؛ فتلبية الطلب لشراء الهدوء أو حسـن التقـييم ليسـت إحسـانًا، بـل تفريـط في الأمانة (انظر المطلب 2-2). والغاضب يُصغى إليه، ويُسـمّى غضـبه («أرى أنـك مـنزعج من طـول الانتظار»)، ويُعتذر له عما يستحق الاعتـذار، ثم يُرسـم الحـد عنـد الإهانـة بعبـارة هادئـة: «أريـد أن أساعدك، ولا أستطيع إن استمر هذا الأسلوب». والعنف لا يُطبَّع، بل يُبلَّغ في مسار المنشأة (انظر الفصل 12). ولا يغيّر الإلحاح أو الغضب أو التهديد القرارَ الطبي، ولا يُحرم المريض الرعاية بسببه؛ فإن استحالت العلاقة نُقل إلى طبيب آخر بإنهاء منظم يضمن استمرار الرعاية، لا بهجـر مفـاجئ [25] (انظر الفصل 9).

الطبيب لنفسـه ولأهلـه ولزملائـه. تقـدم في الفصـل 6 (المطلب 2-6) أن علاج القـريب يُقبـل في الضرورة العاجلة ثم تُنقل المتابعة، وأن علاجـه المسـتمر يُتجنب. ويضـاف هنـا مـا تفرضـه العلاقـة الطويلة في العيادة. فالأصل ألا يعالج الطبيب نفسه ولا أفـراد أسـرته، إلا في الطـوارئ أو حيث لا يوجد طبيب مؤهل غيره، وفي المشكلات البسيطة قصيرة الأمد، مع توثيق ما فعل وإبلاغ الطـبيب المعالج، كما تقرر مدونة الجمعية الطبية الأمريكية [30]. وتشتد إرشـادات المجلس الطـبي العـام البريطاني في الأدوية الخاضعة للرقابة: فلا يصفها الطبيب لنفسه ولا لمن تربطه به صلة وثيقة، إلا إذا لم يتوافر من يملك حق الوصف دون تأخير، وكـان العلاج الإسـعافي لازمًـا فـورًا لتجنب تـدهور شديد أو ضـرر جسـيم [31]. والوالـدان المسـنان يتابعهمـا طبيبهمـا، ويكـون الابن الطـبيب داعمًـا ومترجمًا لا معالجًا. وللطبيب نفسه طبيب يتابعه؛ فقـد جعـل إعلان جـنيف في تعديلـه سـنة 2017 من تعهدات الطبيب أن يعتني بصحته وعافيته وقدراته ليقدم رعاية بأعلى مستوى [32]. والزميـل إذا صار مريضًا عومل معاملة المريض لا الزميل: بيان كامل، وفحص كامـل، وسـر مغلّـظ لا يطلـع عليه «الزملاء»، ولا يُفترض أنه يعرف ما لم يُشـرح لـه، ولا مجاملـة في تشـخيص أو إجـازة؛ وتُـرد طلبات «الوصفة بين الزملاء» بلطف إلى مسار العيادة.

الرقم الشخصي والرسائل. يطلب المرضى في العلاقـة الطويلـة رقم الطـبيب، ثم تـأتي الرسـائل في الليل. وقد بيّن الفصل 6 (الحالة الثانية) كيف يبدأ الانزلاق في الحد المهني من إعطـاء الـرقم الشخصي، وبيّن الفصل 7 (الحالة الرابعة) خطـر نقـل بيانـات المرضـى في قنـوات غـير معتمـدة. والمعيار هنا قناة مهنية تحددها المنشأة: منصتها المعتمدة، وساعات معلنة، وبيان مـا يُجـاب كتابـةً من سؤال بسيط يُوثَّق في الملف، وما يُحال إلى موعد أو إلى الطوارئ. وتربط الضوابط النظامية للرعاية الصحية عن بعـد الصـادرة عن وزارة الصـحة تقـديمَها بمنشـأة مرخصـة وتقنيـات تعتمـدها الوزارة، مع إذن المريض وحماية معلوماتـه [33]، ويحكم البيانـات الصـحية نظـام حمايـة البيانـات الشخصية [26]. ولا يُـدار عـرض حـاد بالرسـائل، ولا يحمّـل الطـبيب نفسـه مـا يحرقـه؛ فالاعتـذار

CC BY-NC-ND 4.0

اللطيف عن قناة غير مهنية ليس تقصيرًا، بل شرط لاستمرار رعاية آمنة (انظر موقف «رسالة الفجر» في المواقف المتكررة).

أما الهدايا والصداقة والعلاقة العاطفية فموضعها الفصل 6 (المبحث ثانيًا)، والعنف ضد الممارس الفصل 12، وإنهاء العلاقة العلاجية الفصل 9. والضابط الجامع لهذا المطلب: أن صعوبة اللقاء تُدار بخطة وحدود معلنة، لا بعقوبة، ولا بتنازل عن القرار الطبي.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 مقاصد الرعاية الأولية وقواعدها

تلتقي رسالة طب الأسرة مع مقاصد الشريعة: فالوقاية حفظ للنفس، وضبط الدواء حفظ للعقل والبدن والمال، والاستمرارية تمنع الضياع، والعدل يمنع حرمان الضعيف من خدمة لازمة. قال تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ [النساء: 29]، وقال: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ﴾ [النحل: 90]. وبيان القواعد الكلية وأدلتها في الفصل 2، وترتيب المقاصد عند التزاحم في الفصل 3.

القاعدة	تطبيقها في طب الأسرة	قيد يمنع سوء الاستعمال
الضرر يزال	مراجعة دواء يسبب سقوطًا أو نزفًا، وعلاج عائق يمنع المتابعة	لا يزال ضرر صغير بضرر أكبر أو مؤكد
المشقة تجلب التيسير	تبسيط الجرعات والمواعيد لمريض مثقل بالأمراض	التيسير لا يسقط علاجًا واجبًا بلا بديل
اليقين لا يزول بالشك	لا يُنقض تشخيص ثابت باحتمال ضعيف	لا تصير القاعدة تجاهلًا لعلامة إنذار قوية
الأمور بمقاصدها	خفض الدواء بقصد تقليل الضرر مع استمرار الرعاية	النية الحسنة لا تغني عن العلم والمراقبة
الضرورة تقدر بقدرها	علاج عاجل عند تعذر الإذن، في الحد اللازم	لا يمتد الاستثناء إلى قرار يمكن تأجيله
ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب	إحالة أو استشارة أو تتبع نتيجة لازمة لحفظ النفس	أن تكون الوسيلة لازمة ومتناسبة
تصرف الإمام على الرعية منوط بالمصلحة	تنظيم القدرة والحوافز والموارد بما يحفظ المرضى والعاملين	المصلحة منضبطة وليست ذريعة للتمييز

3-2 حكم التداوي في المرض المزمن

قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 67 (5/7) أن الأصل في التداوي المشروعية، وأن حكمه يختلف باختلاف الأحوال والأشخاص، فيكون واجبًا إذا أفضى تركه إلى تلف النفس أو أحد

CC BY-NC-ND 4.0

الأعضاء أو العجز، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره [21]. وتفصيل القرار ونصوصه في الفصل 5 (المبحث ثالثًا).

وأثره في المرض المزمن أن حكم الخطة يتبع منفعتها وضرر تركها وحال المريض؛ فلا يصح جعل كل دواء مندوبًا دائمًا، ولا كل ترك معصية. فدواء قصور القلب الذي يمنع التنويم المتكرر أقرب إلى الوجوب، وخافض الدهون عند مسن هش قصير الأمد المتوقع أقرب إلى المباح الذي يُوزن بعبئه. وفي تعدد الأمراض تتزاحم مصالح لا تتساوى: يُقدَّم دفع خطر قريب على تحسن رقمي بعيد غالبًا، ويُقدَّم ما يحفظ النفس على ما يحسّن المؤشر. والحكم يحتاج تحقيق المناط السريري، لا نقل قاعدة مجردة.

3-3 خفض الأدوية وعدم الإضرار

خفض الدواء ليس امتناعًا عن التداوي إذا بُني على أن ضرره أو عبئه صار أرجح، أو زالت دلالته، أو تعارض مع هدف معتبر؛ فهو من إزالة الضرر وترشيد الوسائل، بشرط العلم والتدرج والمراقبة، وألا يُقصد به التخلي عن المريض. أما إيقاف دواء لازم بلا تقييم ولا متابعة فتفريط، خصوصًا إذا أفضى تركه إلى هلاك أو عجز متوقع.

3-4 الوقاية من حفظ النفس

الوقاية أسبق من العلاج في حفظ النفس؛ لأن دفع الضرر قبل وقوعه أيسر من رفعه بعد وقوعه. وعلى هذا يُقرأ تقديم الفحص ذي المنفعة الثابتة، والإقلاع عن التدخين، وضبط عوامل الخطر. لكن الوسيلة تأخذ حكم مقصدها بقدر إفضائها إليه؛ فالفحص الذي لا تثبت منفعته، أو يغلب ضرره بالنتائج الكاذبة والتدخلات الزائدة، لا يدخل في الواجب بحجة الوقاية، ويُترك تقديره للمريض بعد البيان.

3-5 البالغ القادر صاحب قراره، والأسرة معينة لا وصية

اشترط القرار 67 (5/7) إذن المريض إذا كان تام الأهلية، ولم يجعل للولي إذنًا إلا عند عدم الأهلية أو نقصها [21]. فالابن والأخ والقريب، مهما عظم حقهم في البر والصلة، لا ولاية لهم على بالغ عاقل في علاجه. وبرّ الوالدين إعانة ونصح وخدمة، لا مصادرة لقرار أب قادر.

ومناط الأهلية الإدراك والتمييز، لا السن ولا التشخيص. وقد جعل مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 261 (6/26) أن «المريض النفسي البالغ كامل الأهلية مسؤول مسؤولية كاملة عن تصرفاته» ما لم يثبت خلاف ذلك من «جهة اختصاص معتمدة»، وأن الحكم بفقد الأهلية أو نقصها للقضاء، وجعل المعيار في أثر المرض في الأهلية مدى تأثيره في الإدراك والتمييز والفهم وسلامة اتخاذ القرار [22]. وهذا المعيار، وإن ورد في المرض النفسي، يصلح ضابطًا للنظر في ضعف الإدراك المصاحب للأمراض المزمنة والشيخوخة: فالضعف لا يُسقط الأهلية كلها، والأصل تمكين المريض في حدود قدرته، ثم الرجوع إلى من يمثله عند العجز. ونص القرار وتفصيله في الفصل 27، فصله الأم.

وإعطاء دواء لقادر خفية عنه خداع يفسد الإذن، ولا تبيحه الشفقة؛ فالأمور بمقاصدها لا تجعل الوسيلة المحرمة مباحة.

CC BY-NC-ND 4.0

3-6 رعاية الممارس قدرته على العمل: واجب عيني

حفظ الممارس صحته وقدرته على العمل الآمن واجب عيني عليه، لا واجب كفاية؛ لأنه متعلق بذمته هو، ولا يسقط عنه بقيام غيره به. وفي الحديث: «فإن لجسدك عليك حقًا، وإن لعينك عليك حقًا» [23]. فعلى الطبيب النوم الكافي، والعلاج عند المرض، وطلب الدعم، والتوقف المؤقت إذا بلغ الإرهاق حدًا يهدد المرضى، مع تسليم آمن لا هجر مفاجئ.

وهذا الواجب لا يُسقط واجب المؤسسة ولا يغني عنه. ففي الحديث: «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته» [24]؛ فعلى القيادة توزيع العمل بعدل، ودفع الضرر المتوقع، وإزالة الأعمال قليلة القيمة. و﴿لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا﴾ [البقرة: 286]، والوسع لا يقدر بالهوى من الطرفين: فلا يجوز للطبيب أن يهجر مرضاه فجأة، ولا للإدارة أن تستنزفه ثم تحمّله وحده آثار خلل القدرة.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 نظام مزاولة المهن الصحية وواجب العناية في العيادة

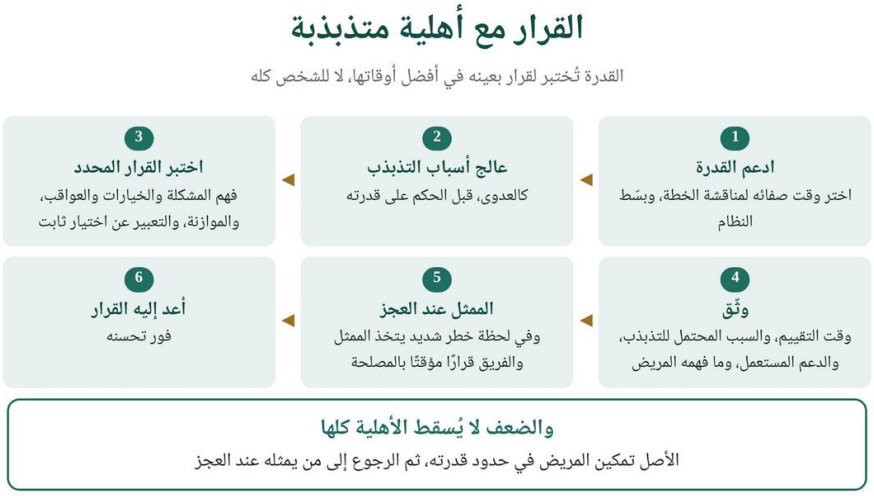
نظام مزاولة المهن الصحية هو المرجع النظامي المركزي للممارسة [25]. وتوجب مادته الخامسة عشرة إجراء التشخيص بالعناية اللازمة، وأن يقدم الممارس للمريض ما يطلبه من تقارير عن حالته ونتائج فحوصه بدقة وموضوعية؛ فهي أساس الاستشارة والإحالة عند الحاجة، وأساس حق المريض في نتائجه. وتنص المادة السادسة عشرة على أن «للممارس الصحي -في غير الحالات الخطرة أو العاجلة- أن يعتذر عن علاج مريض لأسباب مهنية، أو شخصية مقبولة» [25]؛ فالاعتذار لا يبيح تركًا مفاجئًا بلا بديل، وتفصيل إنهاء العلاقة العلاجية في الفصل 9. وتشترط المادة التاسعة عشرة رضا المريض أو من يمثله إن لم يعتد بإرادته، مع استثناء الحالات العاجلة (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). وتحمي المادة الحادية والعشرون السر المهني (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا). والمسؤولية عن الخطأ المهني، ومنه التقصير في المتابعة والاستشارة، مبسوطة في الفصل 10.

4-2 الإذن في المرض المزمن والأهلية المتذبذبة

يضع الدليل السعودي للإذن الطبي إطار البيان والأهلية والتمثيل [20]، وتفصيله في الفصل 5. وخصوصية المرض المزمن أن الإذن عملية ممتدة: فلا تكفي موافقة قديمة لكل تعديل، والتغير المهم في الأهداف أو المخاطر يحتاج حوارًا جديدًا. وعند الأهلية المتذبذبة يُوثَّق وقت التقييم، والسبب المحتمل للتذبذب، والدعم المستعمل، وما فهمه المريض، ومن يمثله إن عجز.

ورفض المريض القادر لا يُسقط حقه في المتابعة: يُوثَّق العرض والفهم والبدائل والخطر وخطة الأمان. ولا تُستعمل الأسرة بديلًا تلقائيًا عنه في المسائل غير العاجلة، ولا يُطلب من قريب قرار بلا صفة تمثيلية واضحة.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: تسلسل القرار مع أهلية متذبذبة: ادعم وعالج، ثم اختبر ووثّق، ثم الممثل وإعادة القرار إلى المريض.

4-3 الأسرة والمعلومة الصحية

يعامل نظام حماية البيانات الشخصية البيانات الصحية بيانات حساسة، ويقيد الإفصاح عنها [26]. فلا تُعطى نتيجة بالهاتف لمن يدعي القرابة، ولا يُطلع قريب يعمل ممارسًا صحيًا على ملف لا يعالجه، إلا بإذن المريض القادر أو بصفة نظامية عند عجزه. ويُوثَّق في الملف من أذن المريض بإشراكه وفي أي شيء. وتفصيل الإفصاح للأسرة واستثناءاته في الفصل 7 (المبحث رابعًا).

4-4 الإحالة والتنسيق الوطني

يرسم نموذج الرعاية الصحية مسار المريض من الرعاية الأولية إلى المستويات الأعلى [2]، ويشرف المركز السعودي للمواعيد والإحالات على حركة الإحالات والطاقة الاستيعابية ويتيح تتبع الطلب [3]. لكن وجود المنصة لا يُسقط واجب العناية: فيُسجِّل الطبيب سؤال الإحالة ودرجة الاستعجال والمعلومات المرسلة ومحاولات الاتصال والرد، ومن تولى النتيجة. وإذا رُفضت الإحالة مع بقاء الخطر صُعِّد المسار، ولم يُكتفَ بإغلاق الطلب. ومجموعات الرسائل غير الرسمية ليست بديلًا عن قناة إحالة معتمدة ولا عن السجل (انظر الحالة 7/4 في الفصل 7).

4-5 ما يثبت في السجل

الموقف	ما يثبت في السجل	سنده
أهلية متذبذبة	القرار المحدد، والأسباب القابلة للعكس، والدعم، والفهم، والممثل، ووقت إعادة التقييم	المادة 19 والدليل السعودي للإذن الطبي
رفض علاج أو فحص	ما عُرض، والبدائل، والخطر، وأسباب المريض، وخطة	المادتان 15 و19

CC BY-NC-ND 4.0

الموقف	ما يثبت في السجل	سنده
	الأمان	
تعدد دوائي	قائمة موحدة، ودلالة كل دواء، والاتفاق، وجدول الخفض والمراقبة	واجب العناية (المادة 15)
إحالة	السؤال، والاستعجال، والبيانات، والاستلام، والرد، ومالك النتيجة	المادة 15 وسياسة الإحالة
إشراك الأسرة	من أذن المريض بإشراكه، وفي أي شيء، وتاريخ الإذن	المادة 21 ونظام حماية البيانات الشخصية
وقاية مؤجلة	ما استُحق ولم يُنجز، وسببه، وموعد التذكير	واجب العناية

خامسًا: أدوات عملية

5-1 ورقة زيارة متعددة المشكلات

الخطوة	السؤال أو الإجراء	الناتج المطلوب
1. الخطر	هل توجد علامة إنذار أو نتيجة حرجة أو تدهور لا ينتظر؟	تدخل أو إحالة عاجلة قبل بقية القائمة
2. أولوية المريض	ما أكثر ما يقلقك أو يعطل حياتك اليوم؟	هدف مشترك مكتوب
3. أولوية الطبيب	ما الخطر الذي قد لا يراه المريض؟	أولوية سلامة مضافة مع شرحها
4. الدواء	ما الذي يأخذه فعلًا، وما الذي أوقفه ولماذا؟	مصالحة وعائق محدد
5. الوقاية	ما المستحق الأعلى منفعة الآن؟	تدخل واحد اليوم، والباقي مجدول
6. القدرة والأسرة	هل يستطيع التنفيذ ماليًا ومعرفيًا ووظيفيًا؟ ومن يريد إشراكه؟	خطة أبسط، ودعم، وإذن إشراك موثق
7. الإغلاق	ما الذي أُنجز وما الذي أُجل؟ متى نراجع؟ ما علامات الإنذار؟	متابعة مملوكة لا وعد مبهم

CC BY-NC-ND 4.0

5-2 محادثة الالتزام بلا لوم

1. ابدأ بالتطبيع: كثير من الناس لا يستطيعون تنفيذ الخطة كما كُتبت.
2. اسأل عن الأسبوع الماضي واقعيًا بدل سؤال نعم أو لا: كم جرعة فاتتك؟ وما الذي حدث؟
3. افحص الكلفة والآثار الجانبية والمعتقدات واللغة والاكتئاب والإدراك ونظام العمل اليومي.
4. اختر تغييرًا واحدًا ممكنًا، واطلب من المريض أن يعيد الخطة بكلماته.
5. اكتب في الملف العائق المحدد والخطة، لا حكمًا على الشخص.
6. حدد موعدًا قريبًا أو اتصالًا إذا كان الخطر مرتفعًا.

5-3 قائمة مراجعة التعدد الدوائي

1. اجمع كل الأدوية والوصفات والمكملات والأعشاب وما يؤخذ عند اللزوم.
2. طابق كل دواء مع دلالة وهدف ومدة وطبيب مسؤول.
3. ابحث عن التكرار والتداخل والسقوط والنزف وهبوط الضغط أو السكر والعبء الكلوي أو المعرفي.
4. قدّر زمن المنفعة وأولوية المريض وعبء الجرعات والكلفة.
5. اتفق على ما يستمر وما يُخفَّض، وكيف، وما علامة إعادة الدواء.
6. حدّث القوائم في كل الجهات، وحدد قياسًا وموعدًا ومالك متابعة.

تنبيه: لا تُوقَف الستيرويدات أو المهدئات أو بعض أدوية القلب أو الصرع أو الألم المزمن فجأة دون معرفة خطر السحب أو الارتداد، ويُخصَّص الخفض للحالة لا لقائمة جامدة.

5-4 ترتيب الوقاية في زيارة مزدحمة

السؤال	إن كان الجواب نعم
هل في الزيارة خطر حاد؟	يُعالَج أولًا، وتُؤجَّل الوقاية بتسجيل وتذكير
هل يدخن المريض أو ضغطه غير مضبوط؟	يُقدَّم ذلك على أي فحص جديد
هل فاته فحص ثابت المنفعة لعمره؟	يُطلب اليوم أو يُجدول بمسؤول
هل يطلب فحصًا متقارب النفع والضرر؟	يُؤجَّل إلى موعد يتسع لقرار مشترك
هل يطلب فحصًا بلا دلالة للطمأنة؟	يُشرح الضرر المحتمل ويُعرض البديل، ولا يُطلب لمجرد الإلحاح

5-5 صيغة عدم اليقين وشبكة الأمان

ما أعرفه: الأعراض والفحص اليوم يرجحان كذا، ولا توجد الآن علامة كذا. **ما لا أعرفه:** لا يمكن تأكيد كذا في هذه المرحلة. **الخطة:** سنفعل كذا ونراجع خلال كذا. **اطلب المساعدة فورًا إذا:** ظهرت العلامات المحددة التالية.

5-6 قبل إشراك الأسرة

1. هل المريض قادر على هذا القرار الآن؟ إن كان الجواب لا، فمن ممثله ذو الصفة؟

CC BY-NC-ND 4.0

2. من يريد المريض إشراكه؟ وفي أي معلومة أو قرار؟
3. هل طلب القريب يخدم المريض أم يخدم طمأنة الأسرة؟
4. هل في الطلب ما يتجاوز إذن المريض، كإعطاء دواء خفية أو حجب نتيجة؟
5. هل وُثِّق إذن المريض بلفظه وتاريخه؟

إشارات حمراء للمنشأة: نتائج بلا مالك، وإحالات تُغلق آليًا عند الرفض، وحجز مزدوج مزمن، وعمل واسع على السجل بعد الدوام، وحافز يكافئ الكم وحده، وخفض أدوية بلا متابعة، ونتائج تُعطى بالهاتف لمن يدعي القرابة، وأسر تقرر بدل مريض قادر.

5-7 ملخص الخروج الآمن وانتقال الرعاية

الخروج من المستشفى إحالة معكوسة: تعود المسؤولية إلى طبيب الأسرة، ومعها كل ما تغيّر في أثناء الإقامة. وفي دراسة على 400 مريض خرجوا من قسم الباطنة إلى بيوتهم، أصاب 19% منهم حدث ضار بعد الخروج، وكان ثلثا هذه الأحداث تقريبًا (66%) أحداثًا دوائية [35]. ووجدت مراجعة منهجية أن ملخص الخروج لم يكن متاحًا في أول زيارة بعد الخروج إلا في 12–34% من الحالات، وأن 65% من الملخصات خلت من النتائج المعلقة عند الخروج [36]. فالملخص ليس ورقة إدارية، بل أداة سلامة تُبنى على بنود ثابتة:

6. التشخيصات، وسبب الدخول، وما حدث في الإقامة بإيجاز.
7. ما تغيّر من الأدوية ولماذا، في أربع خانات: أُوقف نهائيًا، وأُوقف مؤقتًا مع شرط العودة إليه ومن يقررها، وأُضيف، وعُدّلت جرعته.
8. القائمة النهائية المصالَحة كاملة بالجرعات والأوقات، مقارنةً بقائمة ما قبل الدخول (انظر الفصل 31، المطلب 1-4).
9. ما يُراقب في البيت، والعلامات المنذرة، ومتى يتصل المريض أو يعود.
10. المواعيد، ومن يملك كل متابعة بصفته أو باسمه.
11. النتائج المعلقة، ومن يتابع كل نتيجة، ومن يُخبر بها.
12. ما قيل للمريض وأسرته، والتحقق من فهمه بطريقة الاسترجاع.
13. القرارات المسبقة، كأمر عدم الإنعاش ورغبات المريض الموثقة، ومن تُسلَّم إليه نسخها (انظر الفصل 41).
14. توقيع الطبيب المعالج وصفته والتاريخ، ونسخة مفهومة للمريض، ونسخة تصل طبيب الأسرة يوم الخروج.

مثال تعليمي، أرقامه وأدويته للتوضيح لا للتطبيق: رجل في السبعين بقصور القلب أُدخل بتفاقم حاد مع ارتفاع الكرياتينين، فأُوقف في الإقامة مضاد الالتهاب غير الستيرويدي الذي كان يأخذه لركبته نهائيًا لضرره على الكلية والقلب، وأُوقف الميتفورمين مؤقتًا حتى تتحسن وظيفة الكلية، وبُدئ دواء جديد للقلب، وعُدّلت جرعة المدر، وبقي تقرير تخطيط صدى القلب معلقًا، ووُثّق معه أمر عدم إنعاش. فكتب المقيم: «قصور قلب، تحسن، يخرج على أدويته، مراجعة العيادة». وهذه العبارة تعيد إليه، من حيث لا يقصد كاتبها، مضاد الالتهاب والميتفورمين، ولا تذكر سبب أي تغيير، ولا قائمة مصالَحة، ولا علامات عودة، ولا موعدًا ولا مالكًا للمتابعة، ولا النتيجة المعلقة، ولا القرار المسبق. والصواب أن يُكتب بالبنود السابقة: طبيب الأسرة خلال أسبوع مع تحليل الكرياتينين والبوتاسيوم، وهو يملك قرار الميتفورمين والقائمة الدوائية؛ وعيادة القلب تملك تقرير الصدى

CC BY-NC-ND 4.0

وجرعات أدوية القلب، وتُخبر طبيب الأسرة بالنتيجة؛ ويعرف المريض وزوجته متى يعودان: زيادة سريعة في الوزن، أو ضيق نفس، أو تورم، أو دوار شديد.

والمريض الذي يبقى في الطوارئ بعد قرار إدخاله لعدم توافر سرير لا يجوز أن يبقى بلا طبيب يملكه. وتقرر سياسة الكلية الأمريكية لأطباء الطوارئ (في مراجعتها الصادرة في فبراير 2023) أن الطبيب الذي قرر الإدخال، أو من ينيبه، مسؤول عن الرعاية المستمرة للمريض أينما كان موضعه في المستشفى، وأن طبيب الطوارئ يبقى متاحًا للتدخل في الأزمات بالتنسيق معه، وأن على المستشفى نقل المريض المُدخَل إلى وحدته دون إبطاء [37]. ومن الطوارئ نفسها لا يخرج مريض بعبارة «راجع العيادة»، بل بخطة متابعة لها موعد ومالك. وتسليم المريض بين المناوبات داخل المستشفى مبسوط في الفصل 14 (المطلب 1-2).

سادسًا: الحالات التطبيقية

تُحلَّل الحالات الأربع بالبوابات الخمس والأركان الأربعة كما في الفصل 4، ثم تأتي بعدها مواقف متكررة بجواب مختصر.

الحالة الأولى: مسن متعدد الأمراض يسقط ويتناول أربعة عشر دواءً

الوقائع. رجل في الثامنة والسبعين مصاب بالسكري وقصور القلب وقصور كلوي مزمن متوسط وآلام المفاصل، سقط مرتين في ثلاثة أشهر. يتناول أربعة عشر دواءً وصفها له أربعة أطباء في ثلاث منشآت، بينها ثلاثة أدوية للضغط، ومسكّن مضاد للالتهاب، ومنوم ليلي. وليست لديه قائمة موحدة، وإنما يحضر ابنه الأدوية في كيس. وأهم ما يريده، كما يقول، أن يمشي إلى المسجد دون دوخة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا إصابة حادة الآن، لكن السقوط القادم متوقع • الأمن: لا خطر على الغير • القدرة على القرار: المريض قادر، ويشرح هدفه بوضوح • صاحب الصفة: المريض، وأطباؤه الآخرون شركاء في الخطة • السؤال المطلوب تقريره: أي الأدوية يُخفَّض أولًا، وكيف، ومن يملك القائمة الموحدة؟

الركن الطبي. تُصالح القائمة من الكيس لا من الذاكرة، ويُقاس الضغط جالسًا وواقفًا، وتُراجع وظيفة الكلى والسكر ونوبات الهبوط. فالمنوم يزيد خطر السقوط، والمضاد للالتهاب يضر الكلية ويزيد احتباس السوائل في قصور القلب، وتعدد خافضات الضغط قد يسبب هبوطًا عند الوقوف. أما أدوية قصور القلب ذات المنفعة الثابتة فتُحفظ ما لم يظهر مانع [13، 14].

الركن الأخلاقي. هدف المريض الوظيفي، أن يمشي إلى مسجده، يوازن أهداف الأمراض المنفردة. وعدد الأدوية وحده ليس خطأ، ولكن تغييرها لا يكون من غير مشاركته وفهمه للعبء. والاستمرارية هنا واجب عملي: قائمة واحدة يملكها طبيب واحد.

الركن الفقهي. إزالة الضرر ورفع المشقة يجيزان خفض ما رجح ضرره، مع بقاء العلاج اللازم لحفظ النفس. والتدرج والمراقبة يمنعان أن يتحول الخفض إلى ترك.

الركن النظامي. واجب العناية في المادة الخامسة عشرة يقتضي مراجعة آمنة وتنسيقًا مع الأطباء الآخرين وتوثيق الاتفاق [25]. ويُسجَّل جدول الخفض وعلامات العودة ومن يملك المتابعة.

CC BY-NC-ND 4.0

القرار المهني الموزون. تُجرى مراجعة دوائية مع الصيدلي: يُوقف المسكن المضاد للالتهاب ويُستعاض عنه ببديل أسلم للكلية، ويُخفَّض المنوم تدريجيًا، ويُراجع أحد خافضات الضغط بحسب قراءات الوقوف، بتعديل دواء واحد في كل خطوة غالبًا، مع إبقاء أدوية قصور القلب والسكري ذات المنفعة الواضحة، وتُسلَّم قائمة موحدة للمريض وابنه وتُرسل إلى الأطباء الآخرين؛ لأن هذه الأدوية أقرب صلة بالسقوط وتدهور الكلية، وخفضها يخدم الهدف الذي اختاره المريض. ويُعاد النظر إذا وقع نزف أو هبوط سكر متكرر أو تدهور كلوي، فيُسرَّع التعديل، أو كان الدواء ذا خطر سحب أو دلالة حديثة قوية، فيتطلب تدرجًا أبطأ أو تنسيقًا أوسع.

الدرس. يُقاس نجاح مراجعة الأدوية بما يستطيعه المريض في حياته، لا بعدد ما بقي من الأدوية.

الحالة الثانية: سائق بقصور القلب وُصف في ملفه بأنه «غير ملتزم»

الوقائع. رجل في الثانية والخمسين يعمل سائق شاحنة، مصاب بقصور القلب وارتفاع الضغط، نُوِّم مرتين خلال ستة أشهر بسبب احتباس السوائل. كُتب في ملفه «غير ملتزم»، واقترح طبيب مقيم إنذاره كتابيًا. فلما سُئل في الزيارة تبين أنه يوقف المدر في أيام السفر لأنه لا يجد دورة مياه على الطريق، وأنه ترك دواءً آخر لارتفاع ثمنه، وأنه يتغيب عن المواعيد لأنها في ساعات عمله.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر اليوم، مع خطر تنويم ثالث قريب • الأمن: لا خطر على الغير الآن، ويُسأل عن أعراض قد تؤثر في سلامة القيادة • القدرة على القرار: قادر، ويشرح أسبابه بوضوح • صاحب الصفة: المريض • السؤال المطلوب تقريره: هل المشكلة رفض مستنير أم عوائق قابلة للعلاج، وما الخطة التي يستطيع تنفيذها؟

الركن الطبي. تُشخَّص العوائق واحدًا واحدًا، ولكل عائق علاجه: توقيت المدر بعد الوصول بدل الصباح في أيام السفر مع مراقبة الوزن يوميًا وتعديل متفق عليه، وبديل مكافئ أقل كلفة، ومواعيد خارج ساعات العمل أو متابعة هاتفية، وفحص الاكتئاب وتوقف التنفس أثناء النوم، والتأكد من فهم علامات احتباس السوائل بطريقة الاسترجاع [7، 8].

الركن الأخلاقي. عبارة «غير ملتزم» حكم أخلاقي على الشخص، يحجب السبب، ويصبغ نظرة كل من يقرأ الملف بعده. والإنصاف أن تُبنى له خطة يمكن تنفيذها في حياته الفعلية، مع بقاء مسؤوليته عن اختياره الواعي بعد تذليل العائق. أما الإنذار الكتابي فيعاقبه على مشكلة لم تُشخَّص بعد.

الركن الفقهي. يقترب التداوي هنا من الوجوب لأن تركه يفضي إلى تنويم متكرر وضرر جسيم [21]. لكن رفع الحرج يقتضي أن تُيسَّر له الوسيلة التي يقدر عليها، لا أن يُلام على عجز عن وسيلة شاقة. وإن رفض بعد البيان والتيسير وهو قادر، بقي الاختيار له والنصح على الطبيب.

الركن النظامي. تُوثَّق العوائق والخطة والبدائل، ولا تُستعمل المواعيد أو الأدوية عقوبة. وإنهاء العلاقة العلاجية لا يصح هنا، وله شروطه في الفصل 9. ولا تُبلَّغ جهة عمله بتشخيصه دون إذنه أو مسوغ نظامي (انظر الفصل 7، المبحث ثانيًا).

القرار المهني الموزون. يُعدَّل توقيت المدر في أيام السفر مع خطة وزن يومي مكتوبة، ويُستعاض عن الدواء غالي الثمن بمكافئ متاح، وتُنقل المتابعة إلى موعد مسائي أو هاتفي، وتُكتب في الملاحظات القادمة العوائق المحددة بدل عبارة «غير ملتزم»؛ لأن العوائق عملية ومالية قابلة للعلاج، والخطر القريب هو التنويم. ويُعاد النظر إذا بقي الخطر رغم الحلول ورفض

CC BY-NC-ND 4.0

المريض القادر، فيُحترم اختياره مع توثيق وخطة أمـان؛ أو ظهـر اكتئـاب أو ضـعف معـرفي، فيُعـاد تقييم القدرة والدعم؛ أو ظهرت أعراض تهدد سلامة القيادة، فتُناقش معه صلاحيته للعمل.

الدرس. العـائق المكتـوب في الملـف قابـل للعلاج، والحكم المكتـوب على الشـخص يغلـق بـاب العلاج. وتقابلها الحالة 9/4 (مريض مزمن كثير الغياب وعلاقة علاجية متصدعة)، حيث يصـل الأمـر إلى حدود إنهاء العلاقة.

الحالة الثالثة: طلب «فحص شامل» بعلامات الأورام في زيارة مزدحمة

الوقائع. رجل في الثامنة والخمسين جـاء لالتهـاب في الحلـق، ومعـه ورقـة يطلب فيهـا «فحصًـا شاملًا» يتضمن علامات الأورام في الدم ومستضد البروستاتا وتصويرًا للبطن؛ فقد توفي صديق له بالسرطان. وهو يدخن علبة يوميًـا منـذ ثلاثين عامًـا، وضـغطه في الزيـارة مرتفـع، ولم يُجـرِ فحص سرطان القولون قط. ومدة الموعد خمس عشرة دقيقة، وفي الانتظار مرضى كثيرون.

البوابات. الاسـتقرار الإسـعافي: لا خطـر حـاد • الأمن: لا خطـر • القـدرة على القـرار: قـادر • صاحب الصفة: المريض • السؤال المطلوب تقريره: ما الذي يُقدَّم من الوقايـة في هـذه الزيـارة، وما الذي يُؤجَّل، وما الذي لا يُطلب أصلًا؟

الركن الطبي. يُعالَج التهاب الحلق أولًا، فهو ما جاء من أجله. ثم يُقدَّم الأعلى منفعة: الإقلاع عن التدخين، وتأكيد ارتفاع الضغط بقراءات متكررة، وفحص سرطان القولـون والمسـتقيم المسـتحق لعمره [16]. ويُحسب عدد علب-السـنوات؛ وهـو هنـا نحـو ثلاثين، فيسـتحق فحص سـرطان الرئـة السنوي بالأشعة المقطعية منخفضة الجرعة الذي توصي بـه الفرقـة لمن بين 50 و80 عامًـا وبلـغ تدخينه 20 علبة-سنة فأكثر وهو مدخن أو أقلع خلال 15 سنة، ويُعـرض عليـه بقـرار مشـترك يـبين المنافع والنتائج الإيجابية الكاذبـة والتشـخيص الزائـد [15]. ومستضـد البروسـتاتا قـرار فـردي في عمره يحتـاج إلى مناقشـة منافعـه وأضـراره [17]. أمـا علامـات الأورام في الـدم وتصـوير البطن لشخص بلا أعراض فليست فحصًا ثابت المنفعة، والفحص الشامل العام لم يثبت أثره في الوفيات [11].

الركن الأخلاقي. قلق المريض حقيقي ويستحق الاحـترام؛ فقـد فقـدَ صـديقًا بالسـرطان. ولكن الطمأنة بفحص بلا دلالـة قـد تنقلب نتيجـة عارضـة وقلقًـا أكـبر. والصـدق يقتضـي أن يُقـال لـه إن التدخين وضغطه غير المضبوط أخطر عليه مما يخشاه، وإن الفحص المفيد متاح. والعـدل يقتضـي ألا تستهلك قائمة بلا دلالة وقت مرضى ينتظرون.

الركن الفقهي. الوقايـة من حفـظ النفس، والوسـيلة تأخـذ حكم مقصـدها بقـدر إفضـائها إليـه؛ فالفحص الثابت المنفعة يُقدَّم، وما لا تثبت منفعته أو يغلب ضـرره لا يـدخل في الـواجب، ولا يُلـزَم الطبيب بطلبه لمجرد رغبة المريض.

الركن النظامي. يُوثَّق ما عُرض وما قُبل وما رُفض وسبب عدم طلب مـا لا دلالـة لـه، ويُسـجَّل المستحق المؤجل بموعد. والعناية الواجبة في المادة الخامسة عشرة معيارها ما تدل عليه الحال، لا ما يطلبه المريض [25].

القرار المهني الموزون. تُعالج الشكوى الحادة، ويُقدَّم اليـوم تـدخل وقـائي واحـد هـو نصـيحة قصيرة للإقلاع عن التدخين، ويُطلب فحص القولون أو يُجـدول، ويُحـدد موعـد وقـائي خلال أسـابيع لقياس الضـغط ومناقشـة فحص سـرطان الرئـة بالأشـعة المقطعيـة منخفضـة الجرعـة ومستضـد البروستاتا بقرار مشـترك [15]، ولا تُطلب علامـات الأورام ولا تصـوير البطن بلا دلالـة، مـع شـرح

CC BY-NC-ND 4.0

السبب له؛ لأن هذه أعلى التدخلات منفعة لحاله، والوقت لا يتسع اليوم لقرار مشترك متأنٍ في مستضد البروستاتا. ويُعاد النظر إذا ظهر عرض منذر، كنزف أو نقص وزن أو فقر دم أو تغير في عادات الإخراج، فينتقل الطلب من الفحص إلى التشخيص.

الدرس. الوقاية الجيدة اختيار لا تراكم: المستحق الأعلى منفعة اليوم، والباقي بموعد، وما لا دلالة له لا يُطلب أصلًا.

الحالة الرابعة: أبناء يطلبون نتائج أبيهم ويريدون القرار عنه

الوقائع. رجل في الرابعة والسبعين مصاب بالسكري وقصور كلوي مبكر، ولديه ضعف إدراكي خفيف موثق، ويعيش مع ابنه الأكبر. ارتفع السكر التراكمي ارتفاعًا يستدعي تعديل العلاج. وقبل الزيارة اتصل ابنه يطلب النتائج بالهاتف، وطلب ابن أخ يعمل طبيبًا في مستشفى آخر الاطلاع على الملف. ثم طلب الابن في العيادة بدء الأنسولين وإضافته دون إخبار أبيه «لأنه سيرفض». أما الأب فيفهم نتيجته، ويخشى الأنسولين، ويفضل أن يجرب دواءً فمويًا آخر أولًا.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا طارئ؛ الارتفاع يحتاج علاجًا خلال أسابيع لا ساعات • الأمن: لا خطر على الغير • القدرة على القرار: هي البوابة الحاسمة؛ الضعف الإدراكي لا يلغي القدرة، ويُختبر القرار المحدد • صاحب الصفة: الأب إن ثبتت قدرته، والأسرة شريك بإذنه • السؤال المطلوب تقريره: من يملك المعلومة والقرار، وأي خطة علاجية تُعتمد؟

الركن الطبي. يُقيَّم فهم الأب للمشكلة والخيارات والعواقب، وقدرته على الموازنة والتعبير عن اختيار ثابت، في وقت صفائه، ودون حضور ضاغط أولًا [20]. ويُراجع من الأدوية الفموية ما يناسب وظيفة كليته، مع هدف سكر أقل صرامة يناسب عمره ومخاطر الهبوط. والأنسولين الخفي خطر طبي فوق أنه خطأ أخلاقي؛ إذ قد يسبب هبوطًا لا يعرف المريض سببه، ولا يحتاط له.

الركن الأخلاقي. قلق الابن ورعايته اليومية يستحقان التقدير والإشراك، ولكن الأب القادر هو صاحب القرار. والإعطاء الخفي خداع يهدم الثقة ويفسد الإذن، وإن جاء من يد محبة. وللأسرة الممتدة حدود أوسع: فالقرابة لا تنشئ حقًا في المعلومة، ومهنة ابن الأخ لا تجعله طبيبًا معالجًا.

الركن الفقهي. الإذن للمريض تام الأهلية، ولا ولاية للابن على أبيه العاقل [21]. ومعيار الأهلية أثر الضعف في الإدراك والتمييز والفهم وسلامة القرار، لا مجرد وجود التشخيص [22]. وبر الابن بأبيه إعانة ونصح، لا وصاية. والحيلة على قادر لإعطائه دواءً يرفضه لا تبيحها نية الإحسان.

الركن النظامي. رضا المريض شرط للعلاج بمقتضى المادة التاسعة عشرة [25]، والإذن يتبع الدليل السعودي للإذن الطبي [20]. ولا تُعطى النتائج بالهاتف ولا يُطلع ابن الأخ على الملف إلا بإذن الأب [26] (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا).

القرار المهني الموزون. يُقيَّم قرار الأب في جلسة منفردة معه ثم بحضور ابنه بإذنه، فإن ثبتت قدرته اعتُمد اختياره بتجربة دواء فموي مناسب للكلية لمدة محددة، مع قياسات منزلية يساعد فيها الابن، ويُسأل الأب من يريد إشراكه وفي أي شيء ويُوثَّق جوابه، ويُرفض الإعطاء الخفي، ولا تُعطى نتائج بالهاتف، ولا يُطلع ابن الأخ على الملف بلا إذن؛ لأن الأب قادر على هذا القرار، والتأجيل المحدود لا يعرضه لخطر قريب. ويُعاد النظر عند هبوط أو ارتفاع شديد، أو إذا لم تنجح التجربة في المدة المتفق عليها، فتُعاد مناقشة الأنسولين معه، أو ثبت عجزه عن هذا القرار، فيصير القرار لممثله بالمصلحة وأقل تدخل، مع إشراكه بقدر ما يستطيع.

CC BY-NC-ND 4.0

الدرس. الأسرة تُعين المريض القادر ولا تحل محله، وإذنه هو الذي يحدد من يعرف ومن يشارك. وتقابلها الحالة 8/4 (أسرة تطلب كتمان ورم متقدم لا يرجى شفاؤه)، حيث يتعلق طلب الأسرة بالإفصاح لا بالعلاج.

مواقف متكررة

أهلية تتذبذب مساءً ورفض للأنسولين. مريضة مسنة بخرف خفيف وعدوى بولية، ترفض الأنسولين مساءً وتقبله صباحًا. فتُعالَج العدوى وأسباب التذبذب، ويُختار وقت صفائها لمناقشة الخطة، ويُبسَّط النظام. فإن عجزت في لحظة خطر شديد اتخذ الممثل والفريق قرارًا مؤقتًا بالمصلحة، ثم أُعيد إليها القرار فور تحسنها. الضابط: القدرة تُختبر لقرار بعينه في أفضل أوقاتها، لا للشخص كله (انظر الفصل 5، المبحث أولًا، والفصل 27).

صداع حديث وطلب تصوير فوري للطمأنة. إذا خلت القصة والفحص من علامات الإنذار، تُشرح للمريض أسباب انخفاض الاحتمال، ويُعالَج الصداع، ويُحدَّد موعد قريب، وتُعطى علامات إنذار مكتوبة ومسار وصول عاجل. ولا يُطلب تصوير لمجرد إزالة قلق مؤقت، مع إعادة القرار إذا ظهر عجز عصبي أو حمى أو صداع صاعق أو سوابق سرطان، أو تعذرت المتابعة. الضابط: عدم اليقين يُدار بخطة، لا بيقين زائف ولا بفحص بلا دلالة (وتقابلها الحالة 19/1 في الفصل 19).

إحالة رُفضت أو نتيجة حرجة بلا مالك. لا يُغلق الطلب بمجرد الرفض، ولا يُحسب انقطاع الخبر خبرًا جيدًا: يُسجَّل سبب الرفض، ويُصعَّد المسار ما بقي الخطر، ويُحدَّد باسمه من يتتبع كل نتيجة وفي أي مهلة. الضابط: الصمت ليس قبولًا (انظر الحالة 11/4 في الفصل 11).

اختصاصي يسخر من الإحالة ويرفضها بلا بديل. يُقدَّم أمن المريض أولًا: يُعاد تقدير الخطر، فإن كان عاجلًا فمسار الطوارئ أو الاتصال بمسؤول أعلى. ثم يُطلب من الاختصاصي سبب سريري وخطة بديلة، ويُوثَّق النمط المتكرر في القناة المهنية بمعزل عن ملف المريض. الضابط: النقد العلمي مشروع، والإذلال وعرقلة الرعاية مخالفة (انظر الحالة 14/3 والمبحث ثانيًا في الفصل 14).

مريضة بعدوى تنفسية فيروسية تطلب مضادًا حيويًا قبل سفرها، وتلوّح بتقييم «نجمة واحدة» وشكوى، والإدارة تربط الحوافز برضا المرضى. يُستمع إلى خوفها من أن تمرض في سفرها، ويُشرح لها بصدق أن المضاد لا ينفع في العدوى الفيروسية ويضر بآثاره الجانبية وبالمقاومة، وتُعطى علاجًا للأعراض وعلامات إنذار مكتوبة ومسار وصول إن ساءت حالها. ويجوز عند الالتباس وصفة مؤجلة بشروط مكتوبة؛ ففي مراجعة كوكرين خفضت الوصفة المؤجلة استعمال المضاد كثيرًا مقارنة بالوصف الفوري، دون فرق يُعتد به في الرضا أو المضاعفات [50]. ولا يُكتب تشخيص بكتيري غير قائم لتسويغ الوصفة. والحافز المربوط برضا المرضى وحده يدفع إلى هذا الوصف الضار: ففي دراسة على أكثر من ثمانية آلاف زيارة طب عن بعد لعدوى تنفسية، بلغ التقييم بخمس نجوم 72% عند عدم الوصف و90% عند وصف المضاد، واقترح الباحثون استثناء هذه الزيارات من مؤشر الرضا [51]. الضابط: المضاد بالدليل، لا بالرضا ولا بالتهديد؛ والإدارة التي تقيس الرضا وحده تكافئ الضرر (انظر الفصل 31 في الصرف، والفصل 17 في الحوافز).

عيادة فوق قدرتها وطبيب مرهق. يُحصر الخطر الفوري أولًا: نتائج بلا مالك، وأدوية عالية الخطورة، ومرضى يحتاجون فرزًا. ثم يُبلغ الطبيب مسؤوله، ويُخفض العمل عالي الخطورة مؤقتًا، مع تسليم آمن ودعم سري. الضابط: إخفاء قدرة غير آمنة مخالفة، ومعاقبة المبلّغ بحسن نية مخالفة أخرى، والإصلاح يبدأ من تصميم العمل لا من لوم الفرد (انظر الفصل 12، المبحث أولًا).

CC BY-NC-ND 4.0

أسرة تطلب أن تتلقى هي النتيجة بدل مريض قادر. المعلومة والقرار لمريض قـادر مـا لم يفـوّض هو غيره، وتُشرك الأسرة برضاه، وبالقدر الذي يأذن بـه. والضـابط: الأسـرة ممثـلٌ عنـد العجـز، لا بديلٌ عند الكبر أو النسيان وحدهما؛ ويُوثَّق تفويض المريض أو رفضه بلفظه، لا بانطباع الفريق عن «ما هو أفضل له».

رسـالة في الثانيـة فجـرًا على الـرقم الشخصـي. طبيبـة أسـرة أعطت رقمهـا لمرضـى مزمـنين «للطوارئ»، فصارت تصلها عشرات الرسائل كل يوم: صور طفح، وأسئلة عن الجرعات، وطلبات وصفات، ثم رسالة فجرًا من ابن مريضة: «أمي فيها ضيق نفس شديد، ماذا أفعـل؟». فيُـرد فـورًا بتوجيه واحد واضح: اتصل بالإسعاف على الرقم 997، أو اذهب بها إلى أقرب طوارئ الآن، ويُوثَّـق الرد [34]. ثم تُكتب سياسة تُبلَّغ للمرضى: القناة المعتمدة وساعاتها، وما يُجاب فيها ومـا لا يُجـاب (الأعـراض الحـادة، والوصـفات، والصـور السـريرية)، ورقم الإسـعاف؛ ويُوقـف الـرقم الشخصـي تدريجيًا بإشـعار مسـبق، ويُرفـع الأمـر إلى المنشـأة لتـوفر قنـاة مهنيـة. الضـابط: لا يُـدار الطـارئ بالرسائل، والرقم الشخصي ليس قناة رعاية، والانسحاب منه منظم لا مفاجئ (انظـر المطلب 2-6، والفصل 6، 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
مسن متعدد الأمراض يسقط ويتناول أربعة عشر دواءً	مراجعة دوائية مع الصيدلي: نوقف المسكن المضاد للالتهاب، ونخفض المنوم تدريجيًا، ونراجع خافض ضغط، ونسلّم قائمة موحدة ونرسلها للأطباء	هذه الأدوية أقرب صلة بالسقوط وتدهور الكلية، وخفضها يخدم هدف المريض	وقع نزف أو هبوط سكر متكرر أو تدهور كلوي فيُسرَّع، أو كان للدواء خطر سحب فيُبطَّأ
سائق بقصور القلب وُصف في ملفه بأنه «غير ملتزم»	نعدّل توقيت المدر في أيام السفر مع وزن يومي، ونستبدل الدواء الغالي بمكافئ، ونجعل المتابعة مسائية أو هاتفية، ونكتب العوائق بدل الوصف	العوائق عملية ومالية قابلة للعلاج، والخطر القريب هو التنويم	بقي الخطر ورفض القادر فيُحترم بخطة أمان، أو ظهر اكتئاب أو ضعف معرفي، أو أعراض تهدد سلامة القيادة
طلب «فحص شامل» بعلامات الأورام في زيارة مزدحمة لمدخن	نعالج الشكوى، ونقدم نصيحة الإقلاع، ونطلب فحص القولون أو نجدوله، وموعدًا وقائيًا للضغط والقرار المشترك، ولا	هذه أعلى التدخلات منفعة لحاله، والوقت لا يتسع لقرار مشترك متأنٍ في مستضد البروستاتا	ظهر عرض منذر كنزف أو نقص وزن أو فقر دم أو تغير في عادات الإخراج

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	نطلب علامات الأورام ولا تصوير البطن		
أبناء يطلبون نتائج أبيهم ويريدون إعطاءه الأنسولين خفية	نقيّم قراره منفردًا، فإن ثبتت قدرته جرّبنا دواءً فمويًا مناسبًا لمدة محددة، ونرفض الإعطاء الخفي، ولا نعطي نتائج بالهاتف ولا نطلع ابن الأخ	الأب قادر على هذا القرار، والتأجيل المحدود لا يعرضه لخطر قريب	هبوط أو ارتفاع شديد، أو فشلت التجربة في مدتها، أو ثبت عجزه فيقرر ممثله بالمصلحة

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. طب الأسرة طب التعقيد المتراكم، وجودته في ترتيب الأولويات واستمرار المتابعة لا في عدد الطلبات؛ والرعاية الأولية القوية ترتبط بنتائج أفضل وكلفة أقل وعدالة أكبر [1، 4].
2. ترتبط استمرارية الرعاية بانخفاض الوفيات في أغلب الدراسات الرصدية، دون دليل قاطع على السببية، وتتحقق في الأنظمة المزدحمة باستمرارية الفريق [5، 6].
3. التعدد الدوائي ليس خطأ في ذاته، وخفض الأدوية مراجعة منظمة متدرجة مع المريض، لا إيقاف عشوائي [13، 14].
4. عدم الالتزام ظاهرة متعددة الأسباب، وعبارة «غير ملتزم» حكم على الشخص يحجب العائق القابل للعلاج [7، 8].
5. الوقت المتاح لا يتسع لكل ما توصي به الإرشادات، فالوقاية اختيار للأعلى منفعة لا تراكم للفحوص، والفحص الشامل العام لم يثبت أثره في الوفيات [9، 11].
6. البالغ القادر صاحب المعلومة والقرار، والأسرة القريبة والممتدة شريك بإذنه أو ممثل عند عجزه، والإعطاء الخفي لقادر لا يجوز [21، 22].
7. الإحالة لا تنقل المسؤولية بإرسالها، وتُغلق حلقتها بمالك باسمه ومهلة [3، 18].
8. رعاية الممارس قدرته على العمل الآمن واجب عيني عليه، ولا تُسقط واجب المؤسسة في تصميم عمل عادل [23، 24].

التوصيات

للممارس: أن يجعل لكل مريض متعدد الأمراض هدفًا شخصيًا وخطة واحدة وقائمة أدوية موحدة؛ وأن يكتب العائق لا الحكم؛ وأن يقدم تدخلًا وقائيًا واحدًا عالي المنفعة في كل زيارة ويجدول الباقي؛ وأن يسأل المريض مبكرًا من يريد إشراكه ويوثق ذلك؛ وأن يدير عدم اليقين بخطة وشبكة أمان؛ وأن يطلب الدعم قبل أن يصبح الإرهاق خطرًا.

للمنشأة: أن تبني استمرارية الفريق بملخص مشكلات وقائمة أدوية موحدين؛ وأن تجعل لكل نتيجة وإحالة مالكًا ومهلة؛ وأن تحمي وقتًا لمراجعة النتائج والوقاية؛ وأن تمنع إعطاء النتائج

CC BY-NC-ND 4.0

بالهاتف لغير ذي صفة؛ وأن تقيس الأداء بلوحة متوازنة لا بعدد الزيارات؛ وأن توفر دعمًا سريًا للممارسين وتحمي من يبلّغ عن قدرة غير آمنة.

للتعليم والبحث: أن يُدرَّب طلاب طب الأسرة على مراجعة الأدوية ومحادثة الالتزام بلا لوم والقرار المشترك في الفحص؛ وأن تُجرى دراسات سعودية في الالتزام بمنهجية موحدة، وفي الوقت اللازم للرعاية الأولية المحلية، وفي دور الأسرة الممتدة في قرارات المرض المزمن.

ثامنًا: الخاتمة

طب الأسرة يحمي المريض في المسافات التي قلما يلتفت إليها أحد: بين الأمراض والتخصصات والمواعيد، وبين المريض وأسرته. وقوته في جمع القصة، واحتمال عدم اليقين، وموازنة أفعال صغيرة عبر الزمن. فإذا صار عيادة مرور سريع، أو عوقب طبيبه على الإحالة، أو سُخر منه أمام زملائه، أو سُلّم قرار المريض لأسرته، انقطعت شبكة أمان المريض.

وبعد، فالقرار المهني الموزون في هذا الفصل يبدأ بالخطر والأهلية والهدف وعبء العلاج، ثم يختبر العدالة والقاعدة الفقهية والنظام، وينتهي بمن سيفعل ماذا ومتى. وبهذه الصيغة لا يصير التبسيط اختصارًا مخلًا، ولا التعدد الدوائي كثرة عمياء، ولا الوقاية قائمة بلا نهاية، ولا الأسرة وصيًا، ولا عدم اليقين إهمالًا أو يقينًا زائفًا.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الأبعاد الثلاثة لاستمرارية الرعاية؟ وكيف تتحقق في مركز رعاية أولية لا يرى فيه المريض الطبيب نفسه في كل زيارة؟
2. متى يكون التعدد الدوائي إشكاليًا؟ ورتّب خطوات خفض دواء منوم لدى مسن سقط مرتين.
3. لماذا يعد وصف المريض بأنه «غير ملتزم» مشكلة أخلاقية؟ وكيف تفرق بين عائق قابل للعلاج ورفض مستنير؟
4. مريض في الستين يطلب قائمة تحاليل شاملة في زيارة مدتها عشر دقائق. ما الذي تقدمه اليوم، وما الذي تؤجله، وما الذي لا تطلبه، ولماذا؟
5. ما الفرق بين دور الأسرة عند قدرة المريض ودورها عند عجزه؟ وكيف تجيب قريبًا يعمل طبيبًا في منشأة أخرى يطلب الاطلاع على ملف المريض؟
6. بيّن حكم التداوي في المرض المزمن وفق القرار 67 (5/7)، ومتى يقترب ترك الدواء من التفريط.
7. لماذا كانت رعاية الممارس قدرته على العمل واجبًا عينيًا لا واجب كفاية؟ وما واجب المؤسسة في المقابل؟
8. رُفضت إحالة لمريض بألم صدري جهدي ولم يصل رد خلال أسبوعين. من المسؤول عن الخطوة التالية، وما الذي يُوثَّق؟

CC BY-NC-ND 4.0

المراجع

[1] World Health Organization. Primary health care [fact sheet]. Geneva: World Health Organization; 5 December 2025. تاريخ الاطلاع: 30 سبتمبر 2026م. who.int

[2] وزارة الصحة. نموذج الرعاية الصحية الحديث: أنظمة الرعاية الستة ومسار المريض من الرعاية الأولية إلى المستويات الأعلى. تاريخ الاطلاع: 30 سبتمبر 2026م. moh.gov.sa

[3] وزارة الصحة. المركز السعودي للمواعيد والإحالات الطبية. تاريخ الاطلاع: 30 سبتمبر 2026م. moh.gov.sa

[4] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

[5] Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 2018;8(6):e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161

[6] Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. Br J Gen Pract. 2020;70(698):e600–11. doi:10.3399/bjgp20X712289

[7] World Health Organization. Failure to take prescribed medicine for chronic diseases is a massive, world-wide problem [news release on the report «Adherence to long-term therapies: evidence for action»]. Geneva: World Health Organization; 1 July 2003. who.int

[8] Al-Qasem A, Smith F, Clifford S. Adherence to medication among chronic patients in Middle Eastern countries: review of studies. East Mediterr Health J. 2011;17(4):356–63. emro.who.int

[9] Porter J, Boyd C, Skandari MR, Laiteerapong N. Revisiting the time needed to provide adult primary care. J Gen Intern Med. 2023;38(1):147–55. doi:10.1007/s11606-022-07707-x

[10] World Health Organization. Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases. Geneva: World Health Organization; 28 May 2019. who.int

[11] Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev. 2019;(1):CD009009. doi:10.1002/14651858.CD009009.pub3

Cox CL, Miller BM, Kuhn I, Fritz Z. Diagnostic uncertainty in primary care: [12] what is known about its communication, and what are the associated ethical issues? Fam Pract. 2021;38(5):654–68. doi:10.1093/fampra/cmab023

Farmer C, Fenu E, O'Flynn N, Guthrie B. Clinical assessment and [13] management of multimorbidity: summary of NICE guidance. BMJ. 2016;354:i4843. doi:10.1136/bmj.i4843

World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: technical [14] report. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.11). who.int

US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, Mangione [15] CM, Barry MJ, Cabana M, et al. Screening for lung cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2021;325(10):962–70. doi:10.1001/jama.2021.1117

US Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: US [16] Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2021;325(19):1965–77. doi:10.1001/jama.2021.6238

US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, [17] Bibbins-Domingo K, Caughey AB, et al. Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2018;319(18):1901–13. https://doi.org/10.1001/jama.2018.3710

Institute for Healthcare Improvement, National Patient Safety [18] Foundation. Closing the loop: a guide to safer ambulatory referrals in the EHR era. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2017. Summarized in AHRQ PSNet. psnet.ahrq.gov

Kroth PJ, Morioka-Douglas N, Veres S, Babbott S, Poplau S, Qeadan F, et [19] al. Association of electronic health record design and use factors with clinician stress and burnout. JAMA Netw Open. 2019;2(8):e199609. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9609

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

[21] 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

[22] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 261 (6/26) بشأن أثر الأمراض النفسية على الأهلية في الشريعة الإسلامية. الدورة السادسة والعشرون، الدوحة، 6–10 ذو القعدة 1446هـ / 4–8 مايو 2025م. iifa-aifi.org

[23] صحيح البخاري، كتاب الصوم، باب حق الجسم في الصوم، ح 1975 وصحيح مسلم، كتاب الصيام، باب النهي عن صوم الدهر لمن تضرر به، ح 1159، من حديث عبد الله بن عمرو رضي الله عنهما. sunnah.com

[24] 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

[25] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م)، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 3/11/1426هـ، ولا سيما المواد الخامسة عشرة والسادسة عشرة والتاسعة عشرة والحادية والعشرون. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

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

[27] Groves JE. Taking care of the hateful patient. N Engl J Med. 1978;298(16):883–7. doi:10.1056/NEJM197804202981605

[28] Smits FT, Brouwer HJ, ter Riet G, van Weert HC. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. BMC Public Health. 2009;9:36. doi:10.1186/1471-2458-9-36

[29] Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2013;173(6):407–16. doi:10.1001/jamainternmed.2013.2762

[30] American Medical Association. Code of Medical Ethics, Opinion 1.2.1: Treating self or members of the physician’s family. Chicago: AMA. تاريخ الاطلاع: 7 نوفمبر 2026م. code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/treating-self-or-family

[31] General Medical Council. Good practice in proposing, prescribing, providing and managing medicines and devices: controlled drugs and other medicines where additional safeguards are needed. London: GMC. تاريخ الاطلاع: 7 نوفمبر 2026م. gmc-uk.org

[32] World Medical Association. WMA Declaration of Geneva (adopted 1948; last amended by the 68th WMA General Assembly, Chicago, October 2017). wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva

[33] وزارة الصحة. الضوابط النظامية لخدمات الرعاية الصحية عن بعد (Legal Regulations for Telehealth Services)، الصادرة استنادًا إلى المادة الثالثة عشرة من نظام مزاولة المهن

CC BY-NC-ND 4.0

الصحية. تاريخ الاطلاع: 7 نوفمبر 2026م.
moh.gov.sa/en/Ministry/Rules/Documents/Legal-Regulations-for-Telehealth-Services.pdf

[34] صحيفة عكاظ. خبر عن خدمات هيئة الهلال الأحمر السعودي: «طلب الخدمة الإسعافية يتم عبر الرقم 997 أو تطبيق «أسعفني»». 4 أغسطس 2025م.
okaz.com.sa/news/local/2207379

[35] Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med. 2003;138(3):161–7. doi:10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00007

[36] Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007;297(8):831–41. doi:10.1001/jama.297.8.831

[37] American College of Emergency Physicians. Boarding of admitted and intensive care patients in the emergency department [policy statement]. Revised February 2023. تاريخ الاطلاع: 7 نوفمبر 2026م. acep.org

[38] صحيح البخاري، كتاب الطب، باب الحجامة من الداء، ح 5696. sunnah.com

[39] صحيح مسلم، كتاب السلام، باب لا بأس بالرقى ما لم يكن فيه شرك، ح 2200.
https://sunnah.com/muslim:2200

[40] وزارة الصحة. «الصحة» توافق على تراخيص ممارسة الحجامة. المركز الإعلامي، 28 ربيع الآخر 1436هـ (17 فبراير 2015م).
https://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/News/Pages/News-2015-02-17-002.aspx

[41] van Dooren FEP, Nefs G, Schram MT, Verhey FRJ, Denollet J, Pouwer F. Depression and risk of mortality in people with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013;8(3):e57058. doi:10.1371/journal.pone.0057058

[42] US Preventive Services Task Force. Screening for depression and suicide risk in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2023;329(23):2057–67. doi:10.1001/jama.2023.9297. تاريخ الاطلاع: 7 نوفمبر 2026م.
uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-depression-suicide-risk-adults

[43] US Preventive Services Task Force. Screening for anxiety disorders in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA.

CC BY-NC-ND 4.0

2023;329(24):2163–70. doi:10.1001/jama.2023.9301. تـــاريخ الاطلاع: 7 نوفمـــبر 2026م. -uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/anxiety-adults-screening

[44] Mughal F, Clarke L, Connolly R, Lee AYT, Quinlivan L, Kapur N. Improving the management of self-harm in primary care [on NICE guideline NG225]. Br J Gen Pract. 2023;73(729):148–9. doi:10.3399/bjgp23X732297

[45] By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2052–81. doi:10.1111/jgs.18372

[46] O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med. 2023;14(4):625–32. doi:10.1007/s41999-023-00777-y

[47] Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015;175(5):827–34. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324

[48] Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain — United States, 2022. MMWR Recomm Rep. 2022;71(3):1–95. doi:10.15585/mmwr.rr7103a1

[49] Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA. 2005;294(6):716–24. doi:10.1001/jama.294.6.716

[50] Spurling GKP, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(9):CD004417. doi:10.1002/14651858.CD004417.pub5

[51] Martinez KA, Rood M, Jhangiani N, Kou L, Boissy A, Rothberg MB. Association between antibiotic prescribing for respiratory tract infections and patient satisfaction in direct-to-consumer telemedicine. JAMA Intern Med. 2018;178(11):1558–60. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4318

[52] Ahn HS, Kim HJ, Welch HG. Korea's thyroid-cancer "epidemic" — screening and overdiagnosis. N Engl J Med. 2014;371(19):1765–7. doi:10.1056/NEJMp1409841

[53] American Academy of Family Physicians. Choosing Wisely: fifteen things physicians and patients should question. ABIM Foundation Choosing Wisely

campaign. تـــــــــــــــــــــــــــــاريخ الاطلاع: 7 نوفمـــــــــــــــــــــــــــــبر 2026م.
aafp.org/content/dam/AAFP/documents/about_us/initiatives/choosing-wisely-fifteen-questions.pdf

CC BY-NC-ND 4.0