الباب الخامس

أخلاقيات الجراحة الطبية والتجميلية

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات الجراحة الطبية والتجميلية». 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 التاسع والعشرون

أخلاقيات الجراحة الطبية والتجميلية

الجراحة قرار مركب لا مهارة يد • الاستطباب والتناسب والفرز النفسي • الإذن الجراحي الخاص ومن يُجري العملية • منحنى التعلم والجراحة الأولى • الجراح الغائب والجراحات المتزامنة والمتداخلة • القرار 173 (11/18) في الجراحة التجميلية بنصه وشروطه • تصحيح الجنس وتحويله • الإعلان عن الجراحة التجميلية • 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: الجراحون بتخصصاتهم وأطباء التجميل والجلدية وأطباء التخدير وفرق غرف العمليات، وإدارات المنشآت الجراحية ومراكز التجميل، وأعضاء لجان الأخلاقيات، وطلاب العلوم الصحية • الفصل الأم لـ: أخلاقيات الجراحة عامة، والإذن الجراحي الخاص فيما زاد على أصل الإذن، ومنحنى التعلم والجراحة الأولى، والجراح الغائب والجراحات المتزامنة والمتداخلة، والجراحة التجميلية وقرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 173 (11/18) بنصه، وقرار المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في تحويل الجنس وتصحيحه، والإعلان عن الجراحة التجميلية • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 6، 7، 8، 10، 11، 13، 15، 18، 23، 25، 27، 47، 49 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

متى يجوز للجراح أن يمد يده إلى جسد إنسان بالشق أو القطع أو الحقن أو الزرع؟ لا يؤخذ الجواب من اسم العملية، ولا من رغبة طالبها وحدها، ولا من مهارة الطبيب وحدها. فالجراحة التجميلية ليست نوعًا واحدًا: منها ما يعيد وظيفة فُقدت بعد حرق أو ورم، ومنها ما يصلح عيبًا خلقيًا كشق الشفة، ومنها في الطرف الآخر تعديل لعضو سليم طلبًا لصورة صنعها إعلان أو مرشح رقمي. والجراحة العامة نفسها تحمل أسئلة لا تظهر في نموذج الإذن: من سيجري العملية فعلًا؟ وهل هي أول عملية من نوعها يجريها؟ وهل يتنقل الجراح بين غرفتين في وقت واحد؟

يعالج الفصل هذه الأسئلة بنموذج الأركان الأربعة. ففي الركن الطبي يصنف التدخل ست درجات، ويضبط الاستطباب والتقييم النفسي وسلامة العملية ومنحنى التعلم ومخاطر الإجراءات الشائعة. وفي الركن الأخلاقي يبسط الإذن الجراحي الخاص، وحكم الجراح الغائب والجراحات المتزامنة والمتداخلة، والدافع واضطراب تشوه الجسد، والقاصر، والإعلان. وفي الركن الفقهي يورد قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 173 (11/18) بنصه، ومنه شرط «الأذى المادي أو المعنوي المؤثر» في إصلاح العيوب الخلقية، وقرار المجمع الفقهي الإسلامي في تحويل الجنس. وفي الركن النظامي يجمع مواد نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته في المصلحة والامتيازات والإعلان والتبصير والتعويض.

وينتهي الفصل إلى أن مشروعية الجراحة تقوم على خمس بوابات مجتمعة: منفعة معتبرة لهذا الشخص، وتناسب بين الخطر والفائدة بعد النظر في البدائل، وإذن حر مبني على فهم صحيح يعرف فيه المريض من سيجري العملية، ومقصد مشروع لا تغيير فيه لخلقة سوية ولا تدليس، وأهلية للممارس والمنشأة تشمل الامتياز وخطة الإنقاذ. فإن اختلت واحدة كان الواجب التأجيل أو الإحالة أو الرفض المسبب.

كلمات مفتاحية: الجراحة التجميلية؛ الاستطباب؛ اضطراب تشوه الجسد؛ الإذن الجراحي؛ منحنى التعلم؛ الجراحات المتداخلة؛ الجراح الغائب؛ القرار 173 (11/18)؛ تحويل الجنس؛ الإعلان الطبي؛ نظام مزاولة المهن الصحية.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

بدأت الجراحة الترميمية من حاجة ظاهرة يراها كل أحد: إصلاح ما أفسدته الإصابات والحروق والأورام والعيوب الخلقية. ثم اتسعت الأدوات حتى صار ممكنًا تعديل ملامح سليمة لا عيب فيها. فانتقل السؤال من «هل نستطيع؟» إلى سؤال أدق: هل ينبغي أن نفعل، لهذا الشخص بعينه، بهذه الوسيلة، وفي هذا الوقت؟ فالقدرة على التصغير والتكبير والحقن لا تثبت وحدها أن هناك مرضًا يُعالج، ولا أن الفائدة ستدوم، ولا أن الخطر مقبول.

ويظهر اتساع السوق في الأرقام: قدّر المسح العالمي للجمعية الدولية لجراحة التجميل أن السعودية شهدت سنة 2024 نحو 154,330 إجراءً تجميليًا، منها 84,590 جراحيًا و69,740 غير جراحي [1]. وهي أرقام تقديرية مبنية على مسح مهني، لا إحصاء سكاني شامل. ومع الطلب

CC BY-NC-ND 4.0

يزداد الإعلان المبالغ فيه، والإجراءات في أماكن غير مؤهلة، ويُطبَّع شيئًا فشيئًا تصورٌ يجعل الجسد مشروع تحديث دائم.

وأطراف القرار غير متكافئين: طالب الإجراء يعرف رغبته، والطبيب يعرف حدود العلم والخطر، والمنشأة تملك الموارد وخطة الإنقاذ، والمعلن قد يملك حافزًا ماليًا، والأسرة أو المتابعون قد يصنعون ضغطًا خفيًا. والحوكمة الجيدة توزع المسؤولية بينهم بالعدل: فلا يوقّع المريض ورقة تنقل إليه كل الخطر، ولا يعد الطبيب بنتيجة لا يملكها، ولا تكتفي المنشأة بشهرة الجراح وهي عاجزة عن علاج المضاعفة.

ولكي تكون اللغة واحدة، يفرق الفصل بين ست درجات: الجراحة الإسعافية التي تدفع خطرًا عاجلًا على الحياة أو العضو؛ والعلاجية التي تعالج مرضًا أو تعيد وظيفة؛ والترميمية التي تعيد العضو إلى خلقته المعتادة؛ والتحسينية لحاجة معتبرة، وهي التي تعالج تشوهًا يسبب أذى حقيقيًا؛ والتجميل المحض الذي يعدل عضوًا سليمًا لمجرد زيادة الحسن أو التقليد؛ والتدخل التجريبي أو عالي الخطورة الذي لم يستقر دليله.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الدراسات الطبية. أظهرت دراسة قائمة التحقق الجراحي لمنظمة الصحة العالمية في ثمانية مستشفيات حول العالم انخفاض المضاعفات الكبرى من 11.0% إلى 7.0%، والوفيات من 1.5% إلى 0.8%، في مقارنة شملت 3,733 مريضًا قبل التطبيق و3,955 بعده [2]. وفي النتائج النفسية للتجميل، راجعت مراجعة منهجية منشورة سنة 2025 سبع عشرة دراسة، فوجدت تحسنًا متواضعًا قصير المدى في الرضا عن الجزء المعالج وتقدير الذات، مع ضعف جودة الدراسات عمومًا، وندرة المتابعة بعد ستة أشهر [3]. فلا يصح أن يُقال إن التجميل لا ينفع نفسيًا أبدًا، ولا يصح كذلك أن يُباع علاجًا مضمونًا للثقة أو الزواج أو القلق.

وفي الاضطرابات الكامنة، وجدت دراسة على 597 مريضًا في عيادات جراحة تجميل الوجه والجفون أن 9.7% منهم كان فرزهم إيجابيًا لاضطراب تشوه الجسد، وأن الجراحين لم يتعرفوا إلا على أقل من 5% من الحالات الإيجابية [4]. وفي دراسة سعودية على 344 مريضًا في عيادات جراحة التجميل وتجميل الجفون بمستشفى جامعة الملك عبدالعزيز بجدة بلغت نسبة الفرز الإيجابي 19.2% [5]. ونتيجة الفرز ليست تشخيصًا، ولكنها تدل على أن انطباع الجراح وحده يفوّت حالات تحتاج تقييمًا نفسيًا قبل العملية.

وفي منحنى التعلم، تتبعت دراسة 7,765 مريضًا أجرى لهم 72 جراحًا استئصالًا جذريًا للبروستاتا، فبلغ احتمال عودة السرطان خلال خمس سنوات 17.9% عند جراح سبق له عشر عمليات، و10.7% عند من سبق له 250 عملية [6]؛ فاليد تتعلم، ولتعلّمها ثمن. وفي الجراحات المتداخلة، لم تجد دراسة على 66,430 عملية ارتباطًا إجماليًا بالوفاة أو المضاعفات، ولكنها ربطتها بطول مدة العملية، وبزيادة المضاعفات لدى المرضى ذوي الخطورة العالية [7].

الدراسات الأخلاقية والمهنية. تطلب إرشادات المجلس الطبي العام البريطاني لمن يقدم التدخلات التجميلية أمورًا: واقعية التوقعات، ومراعاة الاحتياجات النفسية ومواطن الضعف، ومنح وقت للتفكير، ومنع المصالح المالية من الإضرار بمعيار الرعاية [8]. وتقرر مبادئ الكلية الأمريكية للجراحين أن مسؤولية الجراح الأساسي الشخصية لا تُفوَّض، وأن المريض يُعلَم بمن سيشارك في عمليته، وبأي تداخل بين عمليتين [9].

CC BY-NC-ND 4.0

الدراسات الفقهية. يدور البحث الفقهي المعاصر على تمييزين: بين الضروري والحاجي والتحسيني، وبين إزالة العيب وتغيير الخلقة السوية. واستقر العمل الجماعي في قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 173 (11/18) [10]، وفي قرار المجمع الفقهي الإسلامي في تحويل الجنس [11]، ثم في قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 251 (13/25) الذي حرّم تحويل الجنس لما فيه من تغيير خلق الله، وقرر بقاء الحقوق والواجبات الشرعية والمدنية على ما كانت عليه قبله [31].

ما يضيفه الفصل. تتناول هذه الدراسات كل مسألة على حدة، ويبقى على الممارس أن يجمعها. ويضيف الفصل ثلاثة أمور: أن يجمع الجراحة العلاجية والتجميلية في ميزان واحد متدرج؛ وأن يورد النصوص الحاكمة بحروفها مع قيودها، بدل الاستدلال بأسمائها؛ وأن يعالج مسائل الإذن الخاصة بالجراحة (من يُجري العملية، والجراحة الأولى، والتزامن) التي لا يكشفها نموذج الإذن العام.

المشكلة والسؤال المركزي

السؤال المركزي: ما الذي يجعل التدخل الجراحي أو التجميلي مشروعًا ومقبولًا مهنيًا؟ وتتفرع عنه أسئلة عملية يلقاها الجراح في عيادته: كيف نفرق بين الترميم والعلاج والتحسين المحض؟ ومتى تكفي رغبة المريض، ومتى لا تكفي؟ وما حدود موافقة الولي في جراحة القاصر؟ وهل يحق للمريض أن يعرف أن جراحه يجري العملية لأول مرة، أو أنه سيتركها لغيره؟ ومن يتحمل المسؤولية إذا وقع الضرر: الطبيب أم المنشأة أم الإعلان الذي صنع التوقع؟

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يميز القارئ درجات التدخل الست، ويضبط عبء الإثبات في كل منها؛ وأن يطبق شروط القرار 173 (11/18) بنصها لا بمعناها التقريبي؛ وأن يعرف ما يزيده الإذن الجراحي على أصل الإذن؛ وأن يحكم في الجراحة الأولى والجراح الغائب والجراحات المتزامنة؛ وأن يزن الإعلان التجميلي بالنص النظامي والفقهي.

ويغطي الفصل الجراحة العلاجية والترميمية والتجميلية، والإجراءات التجميلية غير الجراحية المتصلة بها كالفيلر. أما أصل الإذن ورفض المريض القادر والقراران 172 (10/18) و184 (10/19) فمحلها الفصل 5، ورفض الحامل للقيصرية الفصل 23، ورفض الولي الفصل 25، وضمان الطبيب والقرار 142 (8/15) الفصل 10، والإفصاح عن المضاعفات الفصل 8، والابتكار الجراحي والعمليات غير المسبوقة الفصل 49، وزراعة الأعضاء الفصل 47. ولا يُكرر هنا إلا القدر اللازم مع الإحالة.

أولًا: الركن الطبي

1-1 تصنيف التدخل ودرجة الدليل المطلوبة

السؤال الطبي الأول في كل تدخل: ما المشكلة التي نعالجها؟ فإن لم توجد مشكلة قابلة للفحص والوصف، لم يوجد أساس طبي للتدخل. والسؤال الثاني: هل المنفعة المتوقعة لهذا الشخص

CC BY-NC-ND 4.0

تفوق الخطر، مع حساب البدائل الأخف وخيار عدم التدخل؟ والثالث: هل الممارس والمنشأة قادران على الإجراء وعلى إنقاذ مضاعفاته؟

جدول 1-1: درجات التدخل ومعيار قبوله

الدرجة	مثال	معيار القبول الطبي	شدة الضمانات
إسعافية منقذة	إصلاح إصابة نازفة، تنظيف نسيج متموت	خطر حال ومنفعة عاجلة	سرعة مع تحقق الهوية والموضع وخطة الإنقاذ
علاجية وظيفية	تصحيح انسداد أنفي مثبت	تشخيص ووظيفة تقاس	بدائل، وتوقع وظيفي، وقياس نتيجة
ترميمية	شق الشفة، أثر حرق، إعادة بناء بعد ورم	استعادة الشكل أو الوظيفة المعتادة	فريق متعدد التخصصات ومراحل واضحة
تحسينية لحاجة	تشوه ظاهر يسبب أذى معتبرًا	منفعة معقولة وخطر منخفض نسبيًا	تحقق من الدافع والتوقع وفترة تفكير
تجميل محض	تعديل سمة سليمة تبعًا لذوق	منفعة ذاتية متغيرة	تحفظ أشد، ورفض عند رجحان الضرر
تجريبية أو عالية الخطورة	زرع قزحية تجميلي	بروتوكول بحثي أو دليل قوي	مراجعة علمية وأخلاقية، والرفض غالبًا

ويفيد التصنيف في تحديد عبء الإثبات: ففي الجراحة المنقذة يكفي احتمال منفعة معقول أمام خطر قريب؛ أما التدخل الاختياري على عضو سليم فيلزم فيه أن يكون الخطر أقل والدليل أوضح والتوقع أدق. وكلما ضعفت الحاجة ضاق هامش تحمل الضرر. ولا يلغي التصنيف الحكم الفردي، لكنه يمنع أن يوضع شق الشفة عند طفل وزرع قزحية ملونة في عين سليمة في خانة واحدة.

1-2 بوابة الاستطباب والتقييم قبل الإجراء

تبدأ الاستشارة الجيدة بوصف مشكلة لا بطلب منتج. فعبارة «أريد فيلرًا» ليست تشخيصًا، و«أريد أنف هذا المؤثر» ليست هدفًا سريريًا. يسأل الطبيب: ما الذي يضايقك؟ منذ متى؟ ماذا تتوقع أن يتغير في حياتك؟ من اقترح عليك الإجراء؟ وماذا سيحدث لو لم تفعله؟ ثم يفحص ويطلب من الفحوص ما يغير القرار فقط.

ثم تقارن البدائل: المراقبة، أو الدعم النفسي، أو تصحيح مؤقت قابل للعكس، أو تدخل أقل توغلًا، أو الجراحة. ولا يساوى «الأقل توغلًا» بـ«الآمن»؛ فالفيلر إجراء غير جراحي، لكن دخوله وعاءً دمويًا قد يسبب نخر النسيج واضطراب الرؤية حتى العمى والسكتة الدماغية [12]. وتقدر المنفعة في ثلاثة أبعاد: وظيفية تقاس، وشكلية توصف حدودها بصدق، ونفسية لا يجوز ضمانها [3].

ويشمل التقييم التاريخ المرضي والأدوية والمكملات والحساسية والتدخين واضطرابات النزف والتجلط وتجارب التخدير السابقة. وفي الإجراءات الكبرى تقيم مخاطر القلب والتنفس والجلطات، ويعالج ما يمكن تعديله قبل العملية كفقر الدم وضبط السكري والإقلاع عن التدخين.

CC BY-NC-ND 4.0

ولا يقل التقييم النفسي أهمية في الجراحة الاختيارية: تبحث توقعات الكمال، والانشغال الطويل بعيب لا يراه الآخرون، وتكرار الإجراءات مع استمرار عدم الرضا، وطلب التشبه بصورة معدلة رقميًا، والضغط من شريك أو أسرة، والاكتئاب وأفكار إيذاء النفس. ويمكن استعمال أداة فرز معتمدة لاضطراب تشوه الجسد عند العلامات [4، 5]؛ والنتيجة الإيجابية تستدعي تقييمًا مختصًا لا وصمة، والسلبية لا تلغي الحكم السريري.

وتوجد علامات توقف توجب التأجيل أو الرفض: طلب نتيجة مستحيلة تشريحيًا؛ والإصرار على مطابقة صورة مصفاة؛ واعتقاد أن العملية ستعيد زوجًا أو تضمن وظيفة؛ ونزاعات متكررة مع جراحين سابقين رغم نتائج مقبولة؛ وطلب قاصر لإجراء غير ضروري؛ واضطراب نفسي غير مستقر؛ ومحاولة شراء القرار بالمال أو الضغط. وعندها يكون الرفض رعاية لا عقوبة.

1-3 سلامة العملية: التحقق والتخدير والخروج

قبل الإجراء تثبت هوية المريض والإجراء والموضع والمواد المزروعة والحساسية والإذن وخطة التخدير واحتمال النزف [2]. وعند التوقف قبل الشق يعرّف الفريق نفسه، ويعرض الجراح الخطوات الحرجة، ويعرض التخدير مخاطره، ويؤكد التمريض الأدوات والتعقيم؛ وقبل مغادرة الغرفة تراجع العدادات والعينات. ولا تؤدي القائمة وظيفتها إذا صارت تظليل خانات؛ قوتها في توقف حقيقي يستطيع فيه أصغر أعضاء الفريق إيقاف المسار. ويدخل في الأمان توثيق المنتج ورقم تشغيلته، وقدرة المنشأة على الإنعاش والنقل؛ فالإجراء «البسيط» لا يعفي من عدة الإسعاف.

ومن تفاصيل هذه الحواجز ثلاثة. أولها وسم الموضع: يضع العلامةَ الممارسُ المخوَّل بإجراء العملية الذي سيشارك فيها مباشرة ويحضرها، قبل نقل المريض إلى موضع الإجراء، وبمشاركة المريض وهو واعٍ مدرك متى أمكن [33]، وبالرجوع إلى الإذن والصور والسجل. فالوسم إقرار من الجراح نفسه بالموضع الذي سيشقه، لا عمل كتابي يُفوَّض إلى من لن يشق؛ ويُوسَم موضع العملية وحده بعلامة لا لبس فيها، لأن العلامة الملتبسة تُبطل معنى العلامة.

وثانيها التوقف قبل الشق، وقد تقدم أن قوته في توقف حقيقي. ويُضاف هنا أن «التوقف الصوري»، بأن تُوقَّع الخانات والجراح قد بدأ الشق، أسوأ من غياب القائمة؛ لأنه يُبقي الخلل قائمًا، ثم يُنشئ في السجل وثيقة تقرر أن التحقق جرى ولم يجرِ، فيجمع بين الخطر وعدم صدق السجل. ومن رفض التوقف أو استخف به أمام الفريق فقد أخل بسياسة تحقق ملزمة للفريق كله، ويُعالج ذلك بسلم الاعتراض ثم بالإبلاغ عبر قنوات السلامة؛ وتفصيله في الحالة 14/1 (انظر الفصل 14، المبحث سادسًا).

وثالثها العدّ: يُعدّ الشاش والإبر والأدوات قبل بدء الإجراء ليكون للعدّ أساس، وقبل إغلاق تجويف داخل تجويف، وقبل البدء في إغلاق الجرح، وعند إغلاق الجلد أو نهاية الإجراء، وعند الاستبدال الدائم للممرض المعقم أو الممرض الدائر؛ ويجري العدّ بصوت مسموع ومرأى من شخصين، ويُقر الفريق بنتيجته لفظًا ويتحقق منها الجراح [34]. فإن لم يتطابق العدّ بُحث في الحقل، ثم صُوِّر الحقل بالأشعة وقرأها طبيب قبل خروج المريض من الغرفة [34]. ولا يعني العدّ المتطابق أن الحقل خالٍ: ففي دراسة الحالات والشواهد التي أجراها Gawande وزملاؤه على 54 مريضًا تُركت فيهم أجسام غريبة، كان العدّ قد سُجّل «صحيحًا» في 30 من 34 حالة أُجري فيها، وارتفع الخطر في الجراحة الإسعافية (نسبة الخطر 8.8)، وعند تغير غير متوقع في العملية (4.1)، ومع كل زيادة وحدة في مؤشر كتلة الجسم (1.1) [35]. ولهذا توصي اللجنة المشتركة الأمريكية

CC BY-NC-ND 4.0

بدراسة التقنيات المساعدة، كالعدّ بالرمز الشريطي والشاش الموسوم بالترددات الراديوية [34]، ولا سيما في الجراحات الطويلة والإسعافية وما تعددت فيه الفرق. وحالة الشاشة المنسية بعد تسليم بلا عدّ مشترك مفصلة في الحالة 10/2 (انظر الفصل 10، المبحث سادسًا).

فإذا نفذ الخطأ من الحواجز كلها فالواقعة حدث جسيم. فقد عدّت سياسة الإبلاغ عن الأحداث الجسيمة والتعامل معها، الصادرة عن المركز السعودي لسلامة المرضى والنافذة من 1 يناير 2025م، من الأحداث الجسيمة الواجب الإبلاغ عنها: الجراحة أو الإجراء التداخلي في الموضع الخطأ أو للمريض الخطأ أو الإجراء الخطأ، ويدخل فيه زرع الغرسة الخطأ؛ وبقاء جسم غريب في المريض بغير قصد بعد الجراحة أو الإجراء التداخلي؛ ووفاة مريض من الفئة الأولى في تصنيف الجمعية الأمريكية لأطباء التخدير في أثناء العملية أو بعدها مباشرة [32]. وأوجبت إبلاغ الرئيس التنفيذي للمنشأة أو من ينيبه خلال 24 ساعة، والمركز خلال 48 ساعة من اكتشاف الحدث، وإتمام تحليل السبب الجذري وخطة التصحيح خلال 30 يوم عمل، والإفصاح للمريض وأسرته بلغة مفهومة [32] (انظر الفصل 8، المبحث رابعًا، والفصل 11، المبحث رابعًا). وتسمي هيئة الخدمات الصحية في إنجلترا ما كان من هذا الضرب «أحداثًا لا ينبغي أن تقع» (Never Events)، وتعرّفها بأنها حوادث يمكن منعها كليًا لتوافر حواجز نظامية قوية موصى بها وطنيًا، وقد أبقت إطارها مؤقتًا بعد مشاورة 2024 وهي تختبر بدائله [36]؛ والمصطلح المعتمد في المملكة «الحدث الجسيم». ومن المتطلبات الوطنية الأساسية للسلامة التي يقيسها المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (سباهي) منعُ الإجراء الجراحي الخطأ والتعرفُ الصحيح على المريض [37].

والخلاصة أن الحدث الجسيم في غرفة العمليات يقع غالبًا حين تصير القائمة ورقة: فالوسم بيد الجراح قبل نقل المريض، والتوقف بصوت مسموع قبل الشق، والعدّ بشخصين قبل الإغلاق، حواجز لا تُختصر؛ فإن نفذ الخطأ منها جميعًا فلا علاج بعده إلا الصدق والإبلاغ والتعلم.

والتخدير جزء من قرار الجراحة لا خدمة منفصلة عنه. يختار نوعه بحسب الإجراء والمريض والمنشأة، لا بحسب ما يسرع الحجز. ويشرح طبيب التخدير خطته ومخاطرها مستقلة عن وعود الجراح. والجمع بين إجراءات متعددة في جلسة واحدة، كشد البطن مع شفط واسع، يطيل التخدير ويزيد فقد السوائل وانخفاض الحرارة وخطر الجلطات؛ فلا تقاس «ملاءمة الحزمة» بتوفير التكلفة بل بجمع المخاطر، وقد يكون تقسيم العمليات أكثر أمانًا ولو رفضه المريض لأسباب سفر.

وتبدأ الوقاية من العدوى قبل المضاد الحيوي: ضبط السكر، والإقلاع عن التدخين، والتعقيم، وحفظ المنتج. وتقيم الجلطات الوريدية بعوامل المريض والإجراء، وتشمل الوقاية الحركة المبكرة والوسائل الميكانيكية والدواء بحسب موازنته مع خطر النزف. والألم غير المتناسب قد يكون إنذار نزف أو نقص تروية، لا سببًا لزيادة المسكن فقط.

وللخروج في اليوم نفسه معايير لا «موعد سيارة»: وعي واستقرار وتنفس وألم وغثيان مقبولة، ومرافق مسؤول، وإرشادات مفهومة، ووسيلة اتصال فعالة. فإن لم تتحقق مُددت المراقبة أو نُقل المريض؛ ولا يفرض النموذج التجاري للمنشأة خروجًا غير آمن.

1-4 منحنى التعلم والجراحة الأولى

لكل جراح عملية أولى، ولكل تقنية جديدة منحنى تعلم تتحسن فيه النتائج مع تراكم الخبرة. وقد ظهر أثر ذلك في النتائج البعيدة لا في المضاعفات القريبة وحدها: فاحتمال عودة سرطان

CC BY-NC-ND 4.0

البروستاتا بعد استئصاله انخفض من 17.9% إلى 10.7% بين جراح سبق له عشر عمليات وآخر سبق له 250 [6]. فمنحنى التعلم حقيقة إحصائية، لا تهمة لشخص.

والجواب الطبي عن هذه الحقيقة ليس منع التعلم، بل ضبطه بأربع أدوات. أولها التدرج: يبدأ الجراح بالحالات الأبسط، ويؤجل المعقد حتى تثبت كفاءته. وثانيها الإشراف: يحضر جراح خبير في الحالات الأولى حضورًا فعليًا لا اسميًا (انظر الفصل 15، المبحث أولًا). وثالثها المحاكاة والتدريب خارج المريض قبل الحالة الأولى. ورابعها قياس النتائج ومراجعتها، وربط الامتياز الإكلينيكي بها.

ويختلف ذلك عن الابتكار الجراحي. فالعملية المستقرة التي يتعلمها جراح جديد تحكمها قواعد التدريب والامتياز. أما العملية غير المسبوقة أو المعدلة تعديلًا جوهريًا فتحتاج مراجعة مستقلة وإذنًا خاصًا، وقد تصير بحثًا يخضع للجنة الأخلاقيات (انظر الفصل 49).

ومن تمام ضبط الكفاءة أنها لا تثبت مرة واحدة عند منح الامتياز ثم تُفترض مدى العمر. فقد قررت الكلية الأمريكية للجراحين في بيانها المحدَّث في أبريل 2024م أنها لا تؤيد سنًّا إلزامية للتقاعد، وأن العبرة باللياقة الموضوعية للأداء لا بالعمر، ودعت إلى تقييم الكفاءة طوال المسار المهني لكل الجراحين والمتدربين، مع تجنب جعل العمر وحده سببًا للفحص منعًا للتحيز والوصم [42]. ويجري التقييم ضمن التقييم المهني المستمر للممارسة، بمقاييس كمية ونوعية للأداء السريري، وتقييم بدني وذهني، واختبارات معيارية للوظائف الإدراكية العصبية، ومراجعة الأقران؛ وتتحمل المنشأة كلفة التقييم المتخصص لا الجراح، ولا تُستعمل نتيجة منفردة بمعزل عن غيرها، وتُتبع أنظمة الطاقم الطبي وضمانات الإجراء العادل والسرية [42]. ويقترن ذلك بتخطيط للانتقال المهني: إلى التعليم والبحث والإدارة ومراجعة الأقران والإرشاد، أو تضييق نطاق الممارسة، أو التقاعد من العمل السريري [42]. ولم نقف على نص سعودي خاص بالجراح المتقدم في السن؛ فيبقى ضابطه العام ربط الامتياز بالكفاءة الموثقة (البند 2/9) [27]، وعتبات التدخل في تعثر الزميل (انظر الفصل 14).

والكفاءة صفة للمنشأة أيضًا لا للجراح وحده. ففي دراسة Birkmeyer وزملائه على نحو 2.5 مليون عملية في الولايات المتحدة بين 1994 و1999م، انخفضت الوفيات بارتفاع حجم المستشفى في أنواع العمليات الأربعة عشر المدروسة كلها، وتفاوت الأثر بحسب العملية: فبلغت الوفيات المعدَّلة في استئصال البنكرياس 16.3% في المستشفيات القليلة الحجم جدًا مقابل 3.8% في الكثيرة الحجم جدًا، ولم يكد الفرق يظهر في استئصال باطن الشريان السباتي (1.7% مقابل 1.5%) [43]. فتوجيه الجراحات المعقدة النادرة إلى مراكز ذات خبرة وحجم كافٍ من مقتضى السلامة والعدل معًا، لا انتقاص من المنشآت الأصغر. والوجه الآخر أن كثرة إجراء العملية لا تدل على نفعها: ففي تجربة Moseley وزملائه المعمّاة المضبوطة بالجراحة الصورية على 180 مريضًا بالفصال العظمي في الركبة، لم يفضل التنظيف ولا الغسل بالمنظار الجراحةَ الصورية في ألم الركبة بعد سنتين [44]. فتُعرض النتائج مضبوطة بخطورة الحالات لا أرقامًا خامًا، ويُراجع الاستطباب قبل أن يُحتفى بالعدد.

ومن صور الكفاءة المؤسسية مسؤولية المنشأة عن الجراح الزائر. فقد قصرت اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية استقدام الممارس الصحي الزائر على التخصص النادر أو التقنية الحديثة التي تحتاجها المملكة، في منشأة ملائمة لتخصصه، بترخيص مؤقت ينتهي بانتهاء مدة الزيارة، وبمدة تكفي لتقييم ما يجريه من إجراءات؛ وألزمت المنشأة بتكليف أحد أطبائها الاستشاريين أو الأخصائيين من التخصص نفسه بمرافقته، يشارك في استقبال المرضى وإعدادهم وتشخيصهم وخطة علاجهم وجراحتهم، ويتابع حالاتهم بعد مغادرة الزائر ويتخذ ما يلزم لمواجهة

CC BY-NC-ND 4.0

المضاعفات، كما ألزمتها بالتعويض عن الأحكام النهائية في الخطأ الطبي إذا لم يوجد تأمين أو لم يكفِ (البند 6/2) [27]. فالجراحة لا تنتهي بمغادرة الجراح البلد، ومن استقدمه ضامن لاستمرار الرعاية بعده (وانظر في ترخيص الزائر الفصل 34).

1-5 مخاطر خاصة بإجراءات شائعة

تجميل الأنف. يفصل الهدف الوظيفي عن الشكلي: يثبت الانسداد بفحص مناسب، ويشرح أن التنفس قد يتحسن ولا يضمن كماله، وأن التورم يطول، وأن عدم التماثل والحاجة إلى عملية مراجعة واردان. ولا يستعمل الجزء العلاجي غطاء لتعديل شكلي يهدد دعامة الأنف.

الفيلر والحقن. يلزم ممارس مخول يعرف تشريح الوجه وأنواع المواد، ومنتج معتمد، ومكان قادر على الاستجابة. والألم الشديد المفاجئ، أو ابيضاض الجلد، أو تغير الرؤية، علامات إنذار توجب إيقاف الحقن فورًا وبدء بروتوكول الإنقاذ [12].

زرعات الثدي. تقرر هيئة الغذاء والدواء الأمريكية أن زرعات الثدي ليست أجهزة تدوم مدى الحياة، وأنه كلما طال بقاؤها زاد احتمال المضاعفات والحاجة إلى نزعها أو استبدالها [13]. فيشرح ذلك قبل الإجراء، مع فصل إذن التصوير عن إذن العلاج.

تغيير لون العين. زرع قزحية ملونة في عين سليمة يعرّض عضوًا بالغ الحساسية لمضاعفات جسيمة: ففي سلسلة فرنسية متعددة المراكز وقعت مضاعفة واحدة على الأقل في 92.3% من العيون التي توافرت متابعتها، ونُزعت الزرعة في 81.5% منها [14]. والعدسات اللاصقة الملونة الموصوفة طبيًا أقل توغلًا وقابلة للرجوع.

جراحة السمنة. ليست كل رغبة في إنقاص الوزن استطبابًا جراحيًا. توصي إرشادات الجمعيتين الأمريكية والدولية لسنة 2022 بالجراحة عند مؤشر كتلة جسم 35 فأعلى، وبالنظر فيها عند 30–34.9 مع مرض استقلابي [15]. ومن لا يحقق المعايير يوجه إلى برنامج منظم للتغذية والنشاط والسلوك.

جراحة المراهقين. توصي الجمعية الأمريكية لجراحي التجميل بأن تكون رغبة المراهق نفسه واضحة ومتكررة مدة كافية، وأن يبلغ مراحل النمو اللازمة للإجراء، وأن يحتمل الانزعاج المؤقت، وأن يدرك منافع الجراحة وحدودها [16].

1-6 المتابعة والمضاعفة والخطأ

تنتهي العملية في الغرفة، ولا تنتهي المسؤولية. يُعطى المريض إرشادات مفهومة عن الألم والجرح وعلامات الخطر، ورقم اتصال فعالًا، وموعد متابعة، وخطة لمن سيسافر. وفي الإجراءات ذات الخطر الوعائي أو البصري لا يقبل تأجيل التقييم إلى يوم العمل التالي.

ويفرق بين **المضاعفة**، وهي أثر ضار معروف قد يقع رغم العناية الصحيحة، وبين **الخطأ**، وهو إخلال بمعيار العناية. وقد تجتمع المضاعفة والخطأ إذا تأخر اكتشافها أو إنقاذها. ولا يحسم الوصف بكون الخطر «مكتوبًا في الورقة»؛ بل يراجع الاستطباب والتأهيل والمنتج والتقنية والمتابعة والتأخير (انظر الفصل 10، المبحث أولًا).

ومن أدوات الصدق في وصف المضاعفة توحيد لغتها. فتصنيف Clavien-Dindo، الذي اقترحه Dindo وDemartines وClavien سنة 2004م، يرتب المضاعفات خمس درجات بحسب العلاج الذي اقتضته [45]: الأولى انحراف عن مسار التعافي لا يحتاج إلا معالجة داعمة يسيرة، كمضادات

CC BY-NC-ND 4.0

القيء وخافضات الحرارة والمسكنات والمدرات والكهارل والعلاج الطبيعي؛ والثانية ما احتاج علاجًا دوائيًا أوسع، ومنه نقل الدم والتغذية الوريدية الكاملة؛ والثالثة ما احتاج تدخلًا جراحيًا أو تنظيريًا أو شعاعيًا، بغير تخدير عام (أ) أو تحته (ب)؛ والرابعة ما هدد الحياة واحتاج عناية متوسطة أو مركزة، بقصور عضو واحد (أ) أو أعضاء متعددة (ب)؛ والخامسة وفاة المريض. وفائدته الأخلاقية أن يُقال للمريض في الإذن، ويُكتب في المراجعة، ما تعنيه المضاعفة بلغة واحدة؛ فلا تُسمّى إعادة العملية تحت التخدير «مضاعفة بسيطة».

واجتماع المراضة والوفيات هو الموضع الطبيعي لهذا التعلم. وتُرد فكرته إلى «فكرة النتيجة النهائية» التي نادى بها الجراح الأمريكي Ernest Codman في مطلع القرن العشرين: أن يتابع المستشفى كل مريض عالجه مدة تكفي للحكم على نجاح علاجه، ثم يسأل: «إن لم ينجح، فلماذا؟» [46]. ويصلح الاجتماع إذا كان حضوره جزءًا من العمل لا تطوعًا، وعرض الحالةَ الفريقُ الذي عالجها بوقائعها، ودار السؤال على الطبقات التي فشلت لا على الشخص الذي يُلام (انظر الفصل 11، المبحث أولًا)، ووُثقت الدروس وكُلّف من يتابع تنفيذها، وحُفظت سرية ما يُعرض فيه بحسب سياسة المنشأة. ويفسده أن يُختم النقاش بعبارة «مضاعفة معروفة» قبل فحص الاستطباب والتقنية والتوقيت، أو أن يصير محكمة يتعلم منها الحاضرون الإخفاء.

وتقرير العملية وثيقة صدق قبل أن يكون وثيقة دفاع. وتعدد إرشادات الكلية الملكية للجراحين بإنجلترا في «الممارسة الجراحية الجيدة» ما ينبغي أن يتضمنه: التاريخ والوقت، وكون العملية اختيارية أو إسعافية، واسم الجراح ومساعده وطبيب التخدير، والإجراء المنفذ، والشق، والتشخيص والموجودات، وما وقع من مشكلات أو مضاعفات، وأي إجراء إضافي وسبب إجرائه، وما أُزيل من نسيج أو أضيف أو عُدّل، وتعريف الغرسات والمواد المزروعة بأرقامها التسلسلية، وطريقة الإغلاق، والنزف المقدر، والوقاية بالمضاد الحيوي ومن الجلطات عند الحاجة، وتعليمات ما بعد العملية مفصلة، والتوقيع؛ وأن يكون السجل دقيقًا واضحًا شاملًا معاصرًا للحدث، يرافق المريض إلى الإفاقة والجناح [47]. فمن كتب «بلا مضاعفات» وقد وقعت، أو غيّر التقرير بعد ظهور المضاعفة ليخفيها، فقد أخل بالصدق في السجل؛ والتصحيح المشروع إضافة مؤرخة واضحة لا محو للأصل (انظر الفصل 8، المطلب 1-9). وإذا اكتشف جراح بعد مدة خطأً في عملية أجراها غيره، لم يُترك المريض في جهل بما وقع له: يُخبر بالوقائع الثابتة بلا حكم متسرع على الزميل، ويُرفع الأمر إلى القناة المهنية المختصة (انظر الفصل 8، المطلب 1-7).

ثانيًا: الركن الأخلاقي

1-2 الجسد بين الكرامة والاختيار

التعارض المركزي في التجميل بين قيمتين، كلتاهما صحيحة: حق الإنسان في جسده وصورته وقراره، وواجب الطبيب ألا يضر وألا ينفذ ما لا منفعة فيه. ثم تحيط به قوى تضغط على الطرفين: سوق تربح من كثرة الإجراءات، وإعلانات تصنع التوقع، ومنصات تصنع المعيار الجمالي.

ولا يجوز للطبيب أن يفرض ذوقه، أو يسخر من رغبة المريض. ولكن احترام الاختيار لا يعني أن كل طلب ينشئ واجب تنفيذ. فلا تحسبنّ يا أخي الطبيب أنك أداة في يد الطالب؛ وإنما أنت شريك مسؤول عن المنفعة والضرر، ومن واجبك أن ترفض إجراءً لا استطباب له، أو خطره غير متناسب، أو غرضه قائم على وهم، أو يقع خارج اختصاصك. وتجعل مدونة الجمعية الطبية العالمية صحة المريض ورفاهه الاعتبار الأول للطبيب، وتشترط الإذن الحر المستنير [17].

CC BY-NC-ND 4.0

والمبادئ الأربعة تعمل هنا معًا: فالاستقلالية تحمي القرار الحر وحق الرفض؛ والإحسان يطلب منفعة حقيقية لهذا المريض، لا للمنشأة؛ وعدم الإضرار يمنع خطرًا لا تسوغه فائدة؛ والعدالة تمنع استغلال القاصر والمضطرب، وتمنع أن يزاحم التجميل الاختياري العلاج اللازم على الموارد.

2-2 الإذن الجراحي الخاص: ما يزيد على أصل الإذن

أصل الإذن وأركانه وشروطه ومواضع كتابته محلها الفصل 5. ومن ذلك أن الدليل السعودي للإذن الطبي يوجب الإذن المكتوب في كل عملية جراحية أو إجراء تداخلي، وفي إعطاء المخدر، وفي التصوير، وفي مشاركة المتدربين [18] (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا). ثم يزيد الإذن الجراحي على ذلك عناصر يكشفها باب الجراحة خاصة:

1. **من سيجري العملية؟** يُعرَّف المريض بالجراح المسؤول، وبمن سيشارك في العمل من جراحين مساعدين ومقيمين وغيرهم ودور كل منهم [9]. وهوية الجراح جزء من محل الإذن متى كانت مؤثرة في اختيار المريض، ويُعاد الإذن إذا تغيرت (انظر الفصل 5، المبحث أولًا).
2. **التخدير.** يأخذ طبيب التخدير إذنه بعد شرح خطته ومخاطرها، ولا يكتفى بتوقيع الجراح.
3. **ما قد يستجد أثناء العملية.** يتفق قبلها على حدود التوسع المحتمل: ما يُفعل إن ظهرت حالة غير متوقعة، وما يؤجل إلى ما بعد الإفاقة. وحكم المفاجأة الجراحية مفصل في الحالة 5/2 (انظر الفصل 5، المبحث سادسًا).
4. **الزرعات والمواد.** يعرف المريض اسم المادة أو الزرعة وعمرها المتوقع، ويُعطى بطاقتها.
5. **التصوير والأنسجة.** إذن مستقل لكل غرض، لا بند في نموذج العلاج.
6. **حدود النتيجة.** في التجميل يعرض ما يمكن تحقيقه وما لا يمكن، واحتمال المراجعة وتكلفتها، ويُتحقق من الفهم بطلب إعادة الشرح بلغة المريض.

وتُستعمل الصور بحذر: صور حقيقية لنتائج متنوعة، لا «أفضل نتيجة» وحدها، مع بيان أي تعديل رقمي. والمحاكاة الحاسوبية وسيلة نقاش، لا وعد. وفترة التفكير تزداد أهمية كلما كان التدخل اختياريًا أو دائمًا أو مكلفًا؛ فلا خصم «لليوم فقط»، ولا عربون كبير غير مسترد قبل أن تُفهم الخطة.

2-3 الجراح الغائب والجراحات المتزامنة والمتداخلة

الجراح الغائب. أن يأذن المريض لجراح بعينه، ثم يجري العملية كلها أو جزءها الجوهري غيره من غير علمه. وهذا تغرير يفسد الإذن من أصله، ولو كان البديل كفؤًا؛ لأن المريض أذن لشخص، لا لمنصب. فهل يدخل فيه المقيم أو المساعد؟ لا، إذا كانت مشاركته معلنة للمريض قبل العملية، تحت إشراف الجراح المسؤول، وبقدر ما تسمح به كفاءته (انظر الفصل 15).

الجراحة المتزامنة. أن تجري المرحلتان الحرجتان لعمليتين يتولاهما الجراح نفسه في وقت واحد، في غرفتين ولمريضين. وتعدها الكلية الأمريكية للجراحين غير مقبولة [9]؛ والعلة ظاهرة: فالجراح لا يستطيع أن يكون حاضرًا في لحظتين حرجتين معًا.

الجراحة المتداخلة. أن يبدأ الجراح المرحلة الحرجة للعملية الثانية بعد انتهاء المرحلة الحرجة للأولى، أو في جزء غير حرج منها، مع بقاء جراح آخر متاح فورًا في الغرفة الأولى. وتقبلها الكلية

CC BY-NC-ND 4.0

بشـروط ثلاثـة: أن يشـارك الجـراح الأساسـي في كـل المراحـل الحرجـة، وأن تبقى مسـؤوليته الشخصـية غـير مفوضـة، وأن يُعلَم المـريض بـذلك [9]. ولم ترتبـط في دراسـة كبـيرة بزيـادة المضاعفات إجمالًا، ولكنها ارتبطت بطول مدة العمليـة، وبزيـادة المضـاعفات لـدى المرضـى ذوي الخطورة العالية [7].

والضابط عند المؤلف: الإذن الجراحي يشمل من سيجري العملية، ومتى سيكون حاضرًا. فالتزامن في المراحل الحرجة ممنـوع، والتـداخل جـائز بشـروط: الإعلام المسـبق، والجـراح البـديل المتـاح فورًا، وسياسة مكتوبة في المنشأة تحـدد «المرحلـة الحرجـة» لكـل عمليـة؛ ويُتجنب التـداخل في المرضى ذوي الخطورة العالية [7].



شكل: الجراح الغائب والجراحة المتزامنة والمتداخلة: ما يُمنع، وما يجوز بشروط.

2-4 الجراحة الأولى والإفصاح عن الخبرة

هل يلزم الجراح أن يخبر المريض بأنها أول عمليـة من نوعها يجريها مسـتقلًا؟ يـرى المؤلـف أن الإفصاح يلزم متى كان مؤثرًا في قرار المريض، وأوضح صوره ثلاث: أن تكون التقنية جديـدة على الجراح أو المنشأة؛ أو أن تكون خبرته فيها قليلة قلةً ترفع الخطر رفعًا معتبرًا بحسب الـدليل [6]؛ أو أن يسأله المريض عن ذلك صراحة. فإن سأله، فلا يُجاب السؤال الصريح بالتهوين ولا بالتضليل.

ولا يعني ذلك أن كل مريض يُخبَر بعدد عمليات جراحه. فالجراح الذي أتم تدريبـه، واعتُمـد امتيـازه في عملية مستقرة، يعمل في حدود كفاءته المعتمدة. أما أن تُخفى عمدًا خـبرة ناقصـة في إجـراء عالي الخطر، مع وجود بديل أكثر خبرة متاح، فتلك صورة من صور التغرير.

2-5 الدافع والتوقع واضطراب تشوه الجسد

الدافع المقبول لا يشترط أن يكون طبيًا صرفًا؛ فقد يرغب شخص ناضج في تحسين سمة محدودة بتوقع واقعي. ولكن الدافع يصير إنذارًا حين يستند إلى ضغط أو تهديد بعلاقة، أو رغبة في مطابقـة صورة مصفاة، أو أمل في حل كل مشكلات الحياة بالمبضـع. فيسـأل الطـبيب بلا اتهـام: من يهمـه هذا التغيير؟ وما النتيجة المقبولة عندك، لا المثالية؟ وماذا لو بقي شكلك كما هو؟

واضطراب تشوه الجسد حالة نفسية حقيقية، لا دلال ولا ترف: انشغال مرهق بعيب طفيف أو غير ملحوظ، مع تفقد قهـري للمـرآة ومقارنـات وتعطـل اجتمـاعي وبحث عن إجـراءات متتابعـة. فـإذا

CC BY-NC-ND 4.0

اشتبه الطبيب به أجّل الجراحة الاختيارية، وشرح سبب التأجيل باحترام، وأحال الشخص إلى تقييم نفسي، مع تقييم السلامة عند وجود اكتئاب أو أفكار إيذاء. ولا يعني التاريخ النفسي منعًا آليًا؛ فالمعيار الحالة الراهنة وأثر الاضطراب في الطلب. والقدرة على القرار وتقييمها محلها الفصل 27.

ومن صور هذا الباب جراحة التجميل التناسلية الاختيارية للمرأة، كتصغير الشفرين وتضييق المهبل و«تجديده» بالجراحة أو بأجهزة الطاقة. فقد قررت الكلية الأمريكية لأطباء النساء والولادة (الرأي 795، 2020م) أن هذه الإجراءات حين تُطلب لتغيير المظهر أو الوظيفة بلا استطباب سريري ليست مستطبة طبيًا، وأن الدليل عالي الجودة على فعاليتها وسلامتها غائب، وأن من مخاطرها الألم والنزف والعدوى والتندب والالتصاقات وتغير الإحساس وألم الجماع والحاجة إلى إعادة الجراحة؛ وأوصت بأن يُصارح الطبيب المريضة بغياب الدليل، وأن يتنبه للخلل الجنسي والاكتئاب والقلق، ويقيّم اضطراب تشوه الجسد عند الاقتضاء، ويحيل إلى تقييم نفسي قبل أي جراحة عند الاشتباه، وأن يفصح الجراح عن خبرته ونتائجه [41].

ويُبدأ بشرح التشريح الطبيعي وتنوعه للمرأة، ويُسأل عن الدافع ومن يقف وراءه؛ فإن كان ضغط زوج أو مجاراة صورة شائعة فهو من علامات الإنذار السابقة. ويخرج من هذا الباب ما له استطباب سريري، كالإصلاح بعد إصابة الولادة، وعلاج الخلل الجنسي أو ألم الجماع المشخّص سريريًا [41]؛ فذاك علاج لا تجميل. وحكم الإجراء نفسه يُنزّل على ضوابط القرار 173 (11/18) [10] في المطلب 3-3، وحكم القاصر في المطلب 6-2، والإعلان في المطلب 7-2.

2-6 القاصر ومصلحة الطفل

القاصر ليس بالغًا مصغرًا، ولا مشروعًا لرغبة وليه. وتتحدد مشروعية التدخل بمصلحة الطفل المباشرة، ودرجة الحاجة، ونضجه، وتوقيت نمو العضو. فجراحة شق الشفة أو إصلاح أثر حرق شيء، والتكبير أو النحت لمجاراة اتجاه شيء آخر تمامًا. وفي الإجراء غير العاجل يُسمع صوت القاصر، ويُطلب قبوله بقدر فهمه [16]؛ وإذا كان التأجيل ممكنًا بلا ضرر، كان الانتظار ضمانة لا حرمانًا. والولاية على الطفل ورفض الولي محلها الفصل 25.

2-7 الإعلان عن الجراحة التجميلية

الإعلان الطبي ليس كلامًا تجاريًا عاديًا؛ لأن من يقرؤه قد يكون قلقًا أو هشًا، والطبيب يملك سلطة معرفية. والأصل النظامي في الإعلان والتسويق وعلاقة الممارس بالشركات محله الفصل 18. ويخص التجميل أمران: أن الطلب فيه كثيرًا ما يصنعه الإعلان، وأن الصورة فيه هي السلعة نفسها.

ومن المؤشرات الحمراء التي ينبغي أن يعرفها الطبيب: «بلا مخاطر»، و«نتيجة مضمونة»، وصور قبل وبعد بإضاءة مختلفة أو مرشح غير معلن، وعداد خصم ينتهي اليوم، وشهادة مؤثر لا يُفصح عن أجره، ولقب يوحي باختصاص غير موجود، وعرض إجراء تجريبي كأنه معيار. وقد أوصى مجمع الفقه الإسلامي الدولي الأطباء والجراحين ألا ينساقوا إلى جراحة التجميل لمجرد الكسب، وألا يلجؤوا إلى «الدعايات التسويقية المخالفة للحقائق» [10].

وصور المرضى بيانات صحية، لا مادة دعائية. فكل استعمال للصورة في الإعلان يحتاج إذنًا مستقلًا، محدد الغرض والجمهور والمدة والمنصة، مع إمكان سحبه (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا، والفصل 7).

CC BY-NC-ND 4.0

2-8 العدالة والسياحة العلاجية

في المستشفى العام قد تنافس عملية اختيارية على غرفة أو سرير عناية يحتاجه مريض علاجي، فيلزم فصل الأولويات. وفي القطاع الخاص لا تبرر القدرة على الدفع تقديم جراحة غير مناسبة، ولا يجوز أن يُميَّز قليل التعليم بإفصاح أقل أو رسوم خفية. ونموذج الإذن يحتاج مترجمًا محايدًا، لا قريبًا مستفيدًا، ولا تُفهم الإعاقة تلقائيًا على أنها غياب للأهلية.

وتثير السياحة العلاجية انقسام المسؤولية: فقد يشتري المريض حزمة سفر وعملية وإقامة قصيرة، ثم يعود قبل أن تظهر العدوى أو الجلطة. فالواجب أن يُشرح له خطر السفر، ومدة البقاء الموصى بها، وخطة المتابعة المحلية. وعندما يعالج طبيب محلي مضاعفة عملية أجريت في الخارج، فلا يجوز أن يهجر المريض ولا أن يذله؛ بل يطلب تقرير العملية والمواد، ويعالج الضرورة، ويتواصل مع الجراح الأصلي بموافقة المريض.

وعند وقوع الضرر تكون الأولوية للإنقاذ، ثم لشرح المعلوم وما لا يزال قيد التحقق، ولا يُعدَّل السجل، ولا يُخفى اسم المنتج (انظر الفصل 8، والفصل 11).

2-9 الجراحة عالية الخطورة للمسن والمحتضر

ليس السن وحده معيار الخطورة في الجراحة؛ فالمعتبر الهشاشة والوظيفة والإدراك والأهداف. ولذلك يوصي الدليل المشترك للكلية الأمريكية للجراحين والجمعية الأمريكية لطب الشيخوخة في تقييم المسن قبل الجراحة بتقييم قدرته على فهم العملية، وفرز الاكتئاب، وعوامل خطر الهذيان، وتوثيق الحالة الوظيفية والسقوط، وتحديد درجة الهشاشة الأساسية، وتحديد أهداف المريض من العلاج وتوقعاته في ضوء النتائج الممكنة، ومعرفة شبكة دعمه الأسري والاجتماعي [38]. فالسؤال الأول ليس «هل يحتمل التخدير؟» فحسب، بل: ما الذي يرجوه هذا المريض من بقية عمره، وهل تخدمه العملية؟

ومن أدق ما كشفته الدراسات النوعية «الالتزام الجراحي» (surgical buy-in). فقد وجدت Schwarze وزميلاها، في مقابلات مع جراحين يُجرون عمليات عالية الخطورة، أن الجراح يعقد مع مريضه قبل العملية عقدًا ضمنيًا ذا طرفين: يلتزم فيه بالنتيجة، ويتوقع من المريض في المقابل أن يقبل ما تستلزمه العملية من رعاية داعمة للحياة بعدها؛ حتى قال أحدهم ما معناه: «هذه صفقة واحدة، هذا ما تستلزمه العملية». ووجدوا أن هذا الالتزام قد يجعل الجراح يمتنع عن الجراحة إذا اشترط المريض حدودًا للعلاج، أو يتردد في سحب العلاج الداعم للحياة بعدها، أو يحمّل المريض تبعة النتيجة غير المتوقعة إن قيّد العلاج [39]. والعلاج الأخلاقي ليس إنكار هذا العقد بل إظهاره: أن يُبيَّن قبل العملية ما قد يُحتاج إليه بعدها من تهوية أو غسيل كلوي أو عودة إلى غرفة العمليات، ومدته المتوقعة، وما يقبله المريض منه وما يرفضه سلفًا؛ وأن يُوثَّق ذلك في الإذن وخطة الرعاية؛ ثم يُحترم بعد العملية ولو كان الجراح يرجو «أسبوعًا آخر». فالمريض لا يُلزَم بما لم يُبيَّن له، ولا يصير إذنه بالعملية إذنًا ضمنيًا بكل ما بعدها. وأما حكم أمر عدم الإنعاش في أثناء الجراحة فمقرر بنصه في الفصل 41 (المبحث أولًا، المطلب 1-9)، والحوار المسبق يجري داخله لا بديلًا عنه.

ولتحويل ذلك إلى حوار عملي طوّر فريق Schwarze أداة «أفضل الحالات/أسوأ الحالات» (Best Case/Worst Case): يرسم الجراح للمريض مسارين متقابلين، مسار الجراحة ومسار الرعاية الداعمة دونها، ويصف في كل منهما أفضل نتيجة وأسوأها وأرجحها، بقصة عن الحياة اليومية بعد

CC BY-NC-ND 4.0

القرار لا بنسب المضاعفات وحدها، مستعينًا برسم بسيط؛ ثم يسأل المريض عمّا يهمه من هذه النتائج، ويبني توصيته عليه. وفي دراسة قبل التدريب وبعده شملت 25 جراحًا في جراحة الطوارئ والأوعية والقلب والصدر، و32 مريضًا و30 من ذويهم، ارتفع الوسيط في مقياس القرار المشترك من 41 إلى 74 من 100، وانتقل الحديث من شرح المشكلة وطريقة إصلاحها إلى وضع القرار في سياق صحة المريض كلها [40]. وقيمة الأداة أنها تجعل عدم الجراحة خيارًا حقيقيًا يُعرض بمثل تفصيل الجراحة، فتمنع «الجراحة لأنها ممكنة».

ويلزم هنا التمييز بين جراحتين. الأولى جراحة لا تحقق للمريض هدفًا علاجيًا مشروعًا بغلبة الظن، فلا تطيل حياة ذات معنى عنده، ولا تخفف ألمًا، ولا تعيد وظيفة؛ كفتح بطن محتضر بسرطان منتشر لانسداد لا يُرجى رفعه. وهذه يتناولها البند (1/9) الذي يمنع العمل الطبي الذي لا يحقق فائدة للمريض [27]، والضابط الفقهي الجامع في ترك ما لا ينفع من العلاج (انظر الفصل 42، المبحث ثالثًا). فلا يُشق بطن محتضر لإرضاء أسرة؛ بل يُستمع إليها، ويُسمّى خوفها من الذنب والفقد، ويُقال لها بصدق ما تفعله الجراحة وما لا تفعله، ويُعرض البديل التلطيفي، ويُتاح رأي ثانٍ إن طلبته، ويُرفع الخلاف المستمر إلى لجنة الأخلاقيات (انظر الفصل 42، المبحث خامسًا، والفصل 13). والثانية الجراحة التلطيفية، وهي ما يُقصد به تخفيف عرض لا شفاء مرض، كفغر لانسداد، أو تثبيت كسر مرضي مؤلم، أو تحويلة صفراوية؛ وهي مشروعة بل محمودة إذا رجحت فائدتها المتوقعة من راحة ووظيفة على عبئها في المدة الباقية. ويُذكر هدفها الحقيقي في الإذن («لتخفيف القيء لا لعلاج الورم»)، وتُقدَّر المدة الباقية بصدق، ويُشرك فريق الرعاية التلطيفية، وتُوازَن بالبدائل غير الجراحية كالدعامة والتصريف والأدوية (انظر الفصل 43).

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 تصوير المسألة والأصلان النبويان

الجراحة تدخل في بدن معصوم بالشق أو القطع، وقد يرافقها كشف عورة وتخدير وخطر. والأصل في البدن الصيانة، والأصل في التداوي المشروعية. فمحل النظر: أين يقع هذا التدخل المعين على الخط الممتد من إزالة ضرر معتبر إلى تغيير خلقة سوية بلا حاجة؟ وهذا يحتاج تكييفًا قبل تنزيل النصوص: هل العضو مريض أم سليم؟ وهل الأذى بدني أم نفسي معتبر أم نفور عابر؟ وهل المطلوب إعادة إلى المعتاد أم إنشاء صورة جديدة؟

والأصل الأول: مشروعية إصلاح العيب ورد العضو إلى المعتاد. ودليله حديث عرفجة بن أسعد رضي الله عنه أنه:

> «قُطِعَ أَنْفُهُ يَوْمَ الْكُلَابِ، فَاتَّخَذَ أَنْفًا مِنْ وَرِقٍ فَأَنْتَنَ عَلَيْهِ، فَأَمَرَهُ النَّبِيُّ صلى الله عليه وسلم فَاتَّخَذَ أَنْفًا مِنْ ذَهَبٍ» [19].

فقد أقر النبي صلى الله عليه وسلم إصلاح تشوه ظاهر في عضو يغلب عليه البعد الجمالي، بل رخص في الذهب المحرم أصلًا على الرجال لأجل ذلك.

والأصل الثاني: تحريم تغيير الخلقة السوية لمجرد طلب الحسن. ودليله حديث عبد الله بن مسعود رضي الله عنه:

CC BY-NC-ND 4.0

«لَعَنَ اللَّهُ الْوَاشِمَاتِ وَالْمُسْتَوْشِمَاتِ، وَالْمُتَنَمِّصَاتِ وَالْمُتَفَلِّجَاتِ لِلْحُسْنِ، الْمُغَيِّرَاتِ خَلْقَ اللَّهِ» [20].

وقيد «للحسن» مفتاح الباب: فالممنوع تغيير الخلقة السوية طلبًا لزيادة الحسن المجرد، لا إزالة العيب ولا رد العضو إلى أصله. وبالأصلين معًا يستقيم الميزان: لا يحتج بحديث عرفجة لإباحة كل تجميل، ولا بحديث ابن مسعود لمنع كل ترميم.

3-2 القواعد الحاكمة

القواعد الكلية وتعريفاتها محلها الفصل 2. وأخصها هنا: «الضرر يزال» مقيدًا بألا يزال بضرر مثله أو أشد؛ فمنفعة شكلية محدودة لا تبرر احتمال عمى أو إتلاف عضو سليم. و«الضرورات تبيح المحظورات» مقيدة بأن «ما أبيح للضرورة يقدر بقدرها»؛ فالضرورة لا تثبت بإلحاح طالب الإجراء ولا بعرض الخصم، بل بخطر أو مشقة معتبرة يقدرها مختص مع فقد البديل الأخف. و«الوسائل لها أحكام المقاصد»؛ فإن كانت الجراحة مشروعة كان تخديرها وكشف العورة فيها مشروعين بقدر الحاجة، وإن كانت عبثًا لم يصححها أن وسائلها مباحة في الأصل (انظر الفصل 2، المبحث خامسًا).

3-3 قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 173 (11/18): النص الحاكم

صدر القرار 173 (11/18) بشأن الجراحة التجميلية وأحكامها في الدورة الثامنة عشرة ببوتراجايا، 24–29 جمادى الآخرة 1428هـ (9–14 يوليو 2007م) [10]. وعرّف جراحة التجميل بأنها «تلك الجراحة التي تعنى بتحسين (وتعديل شكل) جزء أو أجزاء من الجسم البشري الظاهرة، أو إعادة وظيفته إذا طرأ عليه خلل مؤثر» [10].

الضوابط العامة. وضع القرار ثمانية ضوابط عامة، منها [10]:

- «أن تحقق الجراحة مصلحة معتبرة شرعًا، كإعادة الوظيفة وإصلاح العيب».
- «أن لا يترتب على الجراحة ضرر يربو على المصلحة المرتجاة من الجراحة».
- «أن يقوم بالعمل طبيب (طبيبة) مختص مؤهل؛ وإلا ترتبت مسؤوليته عليه».
- «أن يكون العمل الجراحي بإذن المريض (طالب الجراحة)».
- «أن يلتزم الطبيب (المختص) بالتبصير الواعي (لمن سيجري العملية)» بالأخطار والمضاعفات.
- «أن لا يكون هناك طريق آخر للعلاج أقل تأثيرًا ومساسًا بالجسم من الجراحة».
- «أن لا يترتب عليها مخالفة للنصوص الشرعية».
- «أن تراعى فيها قواعد التداوي من حيث الالتزام بعدم الخلوة وأحكام كشف العورات وغيرها، إلا لضرورة أو حاجة داعية».

الأحكام الشرعية. ونص القرار في أحكامه:

> «(1) يجوز شرعًا إجراء الجراحة التجميلية الضرورية والحاجية التي يقصد منها: (أ) إعادة شكل أعضاء الجسم إلى الحالة التي خلق الإنسان عليها ... (ب) إعادة الوظيفة المعهودة لأعضاء الجسم. (ج) إصلاح العيوب الخلقية مثل: الشفة المشقوقة (الأرنبية) واعوجاج الأنف الشديد والوحمات، والزائد من الأصابع والأسنان، والتصاق الأصابع إذا أدى وجودها إلى أذى مادي أو معنوي مؤثر. (د) إصلاح العيوب الطارئة (المكتسبة) من آثار الحروق

CC BY-NC-ND 4.0

والحوادث والأمراض وغيرها، مثل: زراعة الجلد وترقيعه، وإعادة تشكيل الثدي كليًا حالة استئصاله، أو جزئيًا إذا كان حجمه من الكبر أو الصغر بحيث يؤدي إلى حالة مرضية، وزراعة الشعر حالة سقوطه خاصة للمرأة. (هـ) إزالة دمامة تسبب للشخص أذى نفسيًا أو عضويًا» [10].

«(2) لا يجوز إجراء جراحة التجميل التحسينية التي لا تدخل في العلاج الطبي ويقصد منها تغيير خلقة الإنسان السوية تبعًا للهوى والرغبات بالتقليد للآخرين، مثل عمليات تغيير شكل الوجه للظهور بمظهر معين، أو بقصد التدليس وتضليل العدالة وتغيير شكل الأنف وتكبير أو تصغير الشفاه وتغيير شكل العينين وتكبير الوجنات» [10].

«(3) يجوز تقليل الوزن (التنحيف) بالوسائل العلمية المعتمدة ومنها الجراحة (شفط الدهون)، إذا كان الوزن يشكل حالة مرضية ولم تكن هناك وسيلة غير الجراحة بشرط أمن الضرر. (4) لا يجوز إزالة التجاعيد بالجراحة أو الحقن ما لم تكن حالة مرضية شريطة أمن الضرر» [10].

«(6) على الطبيب المختص أن يلتزم بالقواعد الشرعية في أعماله الطبية، وأن ينصح لطالبي جراحة التجميل (فالدين النصيحة)» [10].

وأوصى القرار المستشفيات والعيادات والأطباء بعدم إجراء ما يحرم من هذه الجراحات، وأوصى الأطباء والجراحين بالتفقه في أحكامها، وألا ينساقوا لإجرائها «لمجرد الكسب المادي»، وألا يلجؤوا إلى «الدعايات التسويقية المخالفة للحقائق» [10].

وجه الانطباق وحدوده. القرار لا يحكم على «الجراحة التجميلية» حكمًا واحدًا، بل يربط الحكم بالمقصد والحاجة والضرر والبديل. وثلاثة قيود فيه تستحق الوقوف:

1. **شرط الأذى المؤثر في العيوب الخلقية.** لم يجعل القرار مجرد وجود العيب الخلقي مسوغًا، بل قيد إصلاحه بقوله: «إذا أدى وجودها إلى أذى مادي أو معنوي مؤثر». فالإصبع الزائدة أو الوحمة لا يجب إصلاحها لمجرد وجودها، ولا يمنع إصلاحها بدعوى تغيير الخلقة؛ والمعتبر تقدير الطبيب لأذى وظيفي أو نفسي مؤثر، في الحال أو المآل. وهذا الشرط هو ما يستند إليه الفصل 2 في حالة الأب الرافض إزالة إصبع زائدة لرضيعه (انظر الفصل 2، المبحث سابقًا).
2. **الأذى النفسي في الفقرة (هـ).** لفظ «أذى نفسيًا» لا يجعل كل انزعاج حاجة؛ فالقرار نفسه اشترط ألا يربو الضرر على المصلحة، فلزم أن يثبت الأذى بتقدير معتبر لا بمجرد الرغبة.
3. **العلل المنصوصة في المنع.** أمثلة المنع تفهم بعللها: تغيير السوي، واتباع الهوى والتقليد، والتدليس. فما شاركها في العلة أخذ حكمها ولو لم يذكر باسمه، وما انتفت عنه العلة لم يدخل فيها لمجرد تشابه الاسم؛ فـ«تغيير شكل الأنف» الممنوع غير إصلاح «اعوجاج الأنف الشديد» المباح.

3-4 فتوى اللجنة الدائمة في تصغير الأنف

سئلت اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء عن امرأة يضايقها كبر أنفها وعرضه نفسيًا، وتخشى أن تكون العملية من تغيير خلق الله، فأجابت:

CC BY-NC-ND 4.0

«إذا كان الواقع كما ذكر، ورجي نجاح العملية، ولم ينشأ عنها مضرة - راجحة أو مساوية - جاز إجراؤها تحقيقًا للمصلحة المنشودة، وإلا فلا يجوز» [21].

فالفتوى تعتبر الضرر النفسي الحقيقي الناشئ عن سمة ظاهرة سببًا معتبرًا، لكنها معلقة على قيود صريحة: صدق الواقع، ورجاء النجاح، وانتفاء المضرة الراجحة أو المساوية؛ وختمت بقولها «وإلا فلا يجوز»، فالجواز معلق بها وجودًا وعدمًا. فليست إذنًا مفتوحًا لكل راغب في تحسين، بل ميزانًا يوجب التحقق من الواقع أولًا، وهو ما يعيد إلى الفرز الطبي والنفسي في الركن الطبي.

3-5 الاختصاص والإذن والضمان: خلاصة وإحالة

تعلم الجراحة فرض كفاية. حاجة الناس إلى إنقاذ الحياة وترميم التشوهات قائمة دائمًا، فتعلم الجراحة وإتقانها فرض على الكفاية. ولا يتحقق الفرض بعدد الجراحين، بل بأكفاء ومنشآت مجهزة وأنظمة تدريب وترخيص ومساءلة. ومن تطبب بلا علم ضمن، لحديث: «من تطبب ولا يُعلم منه طب فهو ضامن» [22]. ومن هنا كان التدرج والإشراف في منحنى التعلم وسيلة لأداء فرض الكفاية بلا تعدٍّ على المريض المعين.

الإذن في الفعل لا يستلزم الإذن في الإتلاف. المريض حين يأذن يأذن في العمل الطبي وفق أصوله، لا في الإهمال ولا التجاوز. ويأذن لشخص معين في عمل معين؛ فإذا أجرى العملية غير من أذن له دون علمه، كان العمل بغير إذن معتبر، ودخل في التغرير. وقد عد قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 142 (8/15) من موجبات الضمان: الجهل بالطب أو بالفرع الذي أقدم عليه، والعمل بغير إذن المريض، والتغرير به، والخطأ الذي لا يقع فيه أمثاله، والتقصير. ونص على أن المؤسسة الصحية «(عامة أو خاصة) مسؤولة عن الأضرار إذا قصرت في التزاماتها، أو صدرت عنها تعليمات ترتب عليها ضرر بالمرضى دون مسوغ» [23]. ونص القرار كاملًا وتحليله في الفصل 10، المبحث ثالثًا.

الإذن في الاستعجال والرفض. أجاز القرار 172 (10/18) التدخل في الحالات الإسعافية التي يتعذر فيها الإذن بضوابطه، وأرجأ صور الرفض [24]. ثم حسمها القرار 184 (10/19): فجعل إعطاء الإذن في العلاج المستعجل واجبًا على كامل الأهلية ديانةً، وأجاز للطبيب التدخل «استنادًا لأحكام الضرورة» بضمانات منها تأكيد فريق لا يقل عن ثلاثة استشاريين من غير المعالج، وأسقط رفض الزوجين أو أحدهما للقيصرية الضرورية ونقل الحق فيها إلى ولي الأمر أو من ينيبه، وأوصى الحكومات بالتشريع [25]. وتنزيل ذلك في المنشأة السعودية مع المادة التاسعة عشرة والدليل السعودي للإذن الطبي محله الفصل 5، المبحث رابعًا، ورفض القيصرية خاصة في الفصل 23.

3-6 تصحيح الجنس وتحويله

يفرق الفقه المعاصر بين أمرين يتشابهان في الاسم ويفترقان في الحكم: تصحيح الجنس عند من اجتمعت فيه علامات الذكورة والأنوثة، وتحويل الجنس عند من كملت أعضاء جنسه. وقد قرر المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي في دورته الحادية عشرة بمكة المكرمة سنة 1409هـ [11]:

CC BY-NC-ND 4.0

«الـذكر الـذي كملت أعضـاء ذكورتـه، والأنـثى الـتي كملت أعضـاء أنوثتهـا: لا يحـل تحويـل أحدهما إلى النوع الآخر، ومحاولة التحويل جريمة يستحق فاعلها العقوبة؛ لأنه تغيـير لخلـق الله» [11].

«أما من اجتمع في أعضائه علامات النساء والرجال؛ فينظر فيه إلى الغالب من حاله، فـإن غلبت عليه الذكورة، جاز علاجه طبيا بما يزيل الاشتباه في ذكورته» [11].

وكذلك من غلبت عليه علامات الأنوثة يعالج بما يزيل الاشتباه في أنوثته [11].

وجـه الانطبـاق. الفـارق بين الصـورتين هـو الفـارق بين حـديث عرفجـة وحـديث ابن مسـعود: فتصحيح اضطراب عضوي في التكوين الجنسي علاج لخلل قائم، يعيـد الشـخص إلى الجنس الـذي يرجحه الأطباء المختصـون بـالفحص السـريري والهرمـوني والجيـني؛ وتحويـل من كملت أعضـاؤه استجابة لرغبة أو معاناة نفسية تغيير لخلقـة سـوية. ولا يعـني ذلـك إهمـال المعانـاة النفسـية لمن يطلب التحويل؛ فهي تستحق تقييمًا ورعاية نفسـية محترمـة، لكن علاجهـا لا يكـون بجراحـة تتلـف أعضاء سليمة. **ويرى المؤلف** أن العلاج الهرمـوني بقصـد التحويـل داخـل في المنـع كالجراحـة، لاشـتراكهما في العلـة المنصوصـة في القـرار، وهي تغيـير خلـق اللـه فيمن كملت أعضـاؤه؛ وهـذا إلحاق منه بعلة القرار لا نص فيه. ويبقى تكييف كل حالة ملتبسة لفريق متعدد التخصصات مع جهة الفتوى المختصة، لا لاجتهاد جراح منفرد.

ويتصل بالتصحيح سؤال التوقيت في الرضع. فقد وجّه بيان الإجمـاع الـدولي في إدارة اضـطرابات التمايز الجنسي (شيكاغو، المنشور 2006م) إلى أن يكون القرار بفريـق متعـدد التخصصـات، وأن يكون التركيز على النتيجة الوظيفية لا على المظهر وحده [50، 52]. ثم قررت مراجعته المحدثـة (2016م) أن قرارات الجراحـة في الرضـاعة الـتي تغـير التشـريح التناسـلي الظـاهر أو تستأصـل الأنسجة المنتجة للخلايا الجنسية ما زالت تحمل خطرًا، وأن نمو الهوية الجنسية لا يمكن التنبـؤ بـه يقينًا في الحالة الفردية، وشددت على الإفصاح الكامل وجودة الحياة [51]. ولا إجمـاع طبيًـا اليـوم على دواعي الجراحة التناسلية ولا توقيتها ولا طريقتها، والخلاف فيها قائم بين الفرق [52]. فيُفرَّق بين ما تقتضيه ضـرورة طبيـة حاضـرة فيُجـرى، ومـا يمكن تأجيلـه بلا ضـرر فيُـوزن تأجيلـه إلى أن يشارك الطفل في القرار، بإذن مسـتنير من الـولي ودعم نفسـي للأسـرة. ولا يعـارض ذلـك قـرار المجمع الفقهي الإسلامي؛ فهو يجيز العلاج «بما يزيل الاشتباه» بعد النظر «إلى الغالب من حاله» [11]، وتحديد الغالب عمل فريق مختص بالفحص السريري والهرمـوني والجيـني، ثم يُعـرض على جهة الفتوى عند الالتباس كما تقدم.

3-7 العورة والتدليس والتقليد

كشف العـورة واللمس وسـائل تقـدر بقـدر الحاجـة، كمـا نص الضـابط الثـامن من القـرار 173 (11/18) [10]. ففي الجراحة العلاجية والترميمية يرخص منها بقدر ما تتوقف عليه، مع ستر مـا لا يلزم وقصر الحضور على المحتـاج إليـه. وفي التجميـل المحض تضـعف الحاجـة فلا تحمـل كشـف عورة مغلظة. وأحكام التطبيب بين الجنسين محلها الفصل 6.

والتدليس يفسد ما أصله مباح، كتغيير الملامح لانتحال هوية أو الفرار من العدالة، وقـد نص القـرار على منع مـا قصـد بـه «التـدليس وتضـليل العدالـة» [10]. وأمـا التقليـد فيشـتد إشـكاله إذا طلب الشخص ملامح فرد بعينه أو معيـارًا رقميًـا يـذيب هويتـه ويجـره إلى تكـرار لا ينتهي؛ فالمرشـحات تصنع وجهًا لا يوجد في الواقع، ولا يصح للطبيب بيع وعد مطابقته.

CC BY-NC-ND 4.0

3-8 تنزيل الحكم على الدرجات الست والترجيح

في الضـرورة والعلاج اللازم يغلب الجـواز، وقـد يجب العلاج في صـور الخطـر، ولا يسـقط الاستعجال التحقق من الهوية والاختصاص. **وفي الترميم وإعادة المعتاد** يقوى الجواز مع غلبة السلامة، ولا يُضم كل طلب إضافي بحجة أن البداية علاجية. **وفي الحاجة النفسـية المعتـبرة** لا يكفي مجرد عدم الرضا، بل تبحث شدة الأذى وثباته ورأي المختص واحتمـال أن تزيلـه الجراحـة فعلًا. **وفي تغيير السليم لمحض الهوى أو التقليد** يشتد المنع كلمـا كـانت النتيجـة دائمـة أو المخـاطر معتـبرة. **وفي التجـريب عـالي الخطـر** لا تكفي موافقـة الشـخص ولا دفعـه، لأن المصلحة غير ثابتة والضرر محتمل.

ومواضع الاتفاق واضحة: جواز الترميم وإصلاح العيوب المؤثرة، ومنع ما فيه ضرر راجح أو تدليس. ويبقى الخلاف في منطقـة وسـطى: تحسـين محـدود لعضـو في حـدود السـواء مـع أذى نفسـي متفاوت، كتصغير أنف كبير غير خارج عن المعتاد. **والراجح عنـد المؤلـف** وسـط تسـنده فتـوى اللجنة الدائمة بقيودها [21] وضوابط القرار 173 [10]: اعتبار الأذى النفسي إذا ثبت بتقدير طبي أو نفسي معتبر، وكان ناشئًا عن سمة ظاهرة ملحوظة لا عن إدراك مضـطرب، ورجحت السـلامة، وانتفى التدليس؛ فإن اختل قيد رجـع المنـع أو التأجيـل. ومـا احتـاج تكـييف واقعـة معينـة أو تقـدير ضمان فمرده إلى أهل الفتوى والقضاء.



شكل: البوابات الخمس لمشروعية التدخل الجراحي أو التجميلي، وما يوجبه اختلال واحدة منها.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 الوثائق الحاكمة

يحكم الممارسة الجراحية والتجميلية في المملكة: نظام مزاولة المهن الصحية الصـادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ [26]، ولائحته التنفيذية بنسختيها: نسخة وزارة الصحة الصـادرة بـالقرار الـوزاري رقم (4080489) وتـاريخ 2/1/1439هـ، والإصـدار الثـالث 1440هـ (2019م) [27]؛ والنصوص المقتبسة من اللائحة في هذا الفصل من الإصدار الثالث. ويضاف إليهـا الدليل السعودي للإذن الطبي [18]، ونظام حماية البيانات الشخصية [28]، ونظام حماية الطفل [29]، ثم سياسات المنشآت. والمدونات الأجنبية مرجع مقارن لا ينشئ التزامًا سعوديًا.

CC BY-NC-ND 4.0

4-2 المصلحة والاختصاص والامتيازات

تنص المادة التاسعة من النظام على أنه «يجب أن يستهدف العمل الطبي دائمًا مصلحة المريض، وعلى الممارس الصحي أن يبذل جهده لكل مريض»، وتحظر على الممارس، في غير حالة الضرورة، أن يقوم بعمل يجاوز اختصاصه أو إمكاناته [26]. وتفصلها اللائحة في بندين:

> «يجب على الممارس الصحي ألا يقوم بإجراء أي عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض حتى ولو لم يترتب عليه ضرر مثل وصف أدوية أو فحوصات لا لزوم لها» (1/9) [27].
>
> «يلتزم الممارس الصحي بالعمل وفقًا لجدول الصلاحيات والامتيازات الإكلينيكية المعتمدة من المؤسسة الصحية بحسب القواعد الاسترشادية من الهيئة، وعلى جهة العمل إبراز الصلاحيات كتابيًا والتقيد بها» (2/9) [27].

التحليل. البند (1/9) مركز الركن في التجميل: فدفع طالب الإجراء المقابل ورضاه لا يصنعان «فائدة» طبية، ونجاح إعلان المنشأة لا يوسع اختصاص الممارس. والبند (2/9) هو السند النظامي لضبط منحنى التعلم: فالجراح لا يجري عملية خارج امتيازه المعتمد كتابيًا، والمنشأة ملزمة بإبراز الامتيازات والتقيد بها. فالعملية الأولى لتقنية جديدة لا تُجرى قبل منح امتيازها وفق القواعد المعتمدة، ولو كان الجراح ماهرًا في غيرها.

وتلزم المادة السابعة الممارس ألا يمارس «طرق التشخيص والعلاج غير المعترف بها علميًا، أو المحظورة» [26]، وهو الأساس النظامي لرفض عرض التقنيات التجريبية على الجمهور خدمةً معتادة.

4-3 التبصير والإذن

تلزم المادة الثامنة عشرة الممارس بتنبيه المريض إلى ما يحدده من إرشادات وتحذيره من عواقب مخالفتها «بعد شرح الوضع العلاجي أو الجراحي وآثاره» [26]. وتنص اللائحة:

> «على الممارس الصحي بيان المضاعفات الجانبية المحتملة جراء القيام بالإجراء التشخيصي أو العلاجي أو العملية الجراحية للمريض أو ذويه أو من يختاره المريض» (1/18) [27].

وتقرر المادة التاسعة عشرة ألا يُجرى عمل طبي إلا برضا المريض أو من يمثله، مع استثناء التدخل الفوري عند تعذر الحصول على الموافقة في الوقت المناسب [26]. والاستثناء معلق على التعذر، لا على الرفض؛ ونص المادة وتحليلها ونصوص الدليل السعودي للإذن الطبي في الفصل 5، المبحث رابعًا.

4-4 الإعلان

تحظر المادة العاشرة على الممارس، في غير الحالات التي تحددها اللائحة، الإعلان عن نفسه والدعاية لشخصه مباشرة أو بالوساطة [26]. وتنص اللائحة:

> «دون الإخلال بما نصت عليه المادة رقم (31) من نظام المؤسسات الصحية الخاصة ولائحته التنفيذية على الممارس الصحي الامتناع عن أساليب الدعاية والإعلان بمختلف

CC BY-NC-ND 4.0

الوسائل، كالإعلان عن نفسه، أو القيام بإعلانات ذات طابع تجاري غير مبنية على أسس علمية أو تتعارض مع أخلاقيات المهنة» (1/10) [27].

التحليل. يلتقي النص النظامي مع توصية القرار 173 (11/18) في منع «الدعايات التسويقية المخالفة للحقائق» [10]. فعبارات «بلا مخاطر» و«نتيجة مضمونة»، وصور قبل وبعد المعدلة، ولقب اختصاص غير مصنف، إعلانات غير مبنية على أسس علمية. وسائر أحكام الإعلان الصحي والمحتوى الرقمي في الفصل 18، المبحث رابعًا.

4-5 التصوير والبيانات

تحظر اللائحة على الممارس «تصوير أو نشر العمليات الجراحية أو الإجراءات العلاجية» إلا بضوابط مجتمعة، أولها موافقة خطية من المريض، ومعها موافقة المنشأة وألا يخالف ذلك الآداب وأخلاقيات المهنة (3/5) [27]. ويعد نظام حماية البيانات الشخصية البيانات الصحية من البيانات الحساسة [28]. فصور قبل وبعد بيانات صحية حساسة؛ وإذن العلاج لا يبيح التصوير، وإذن التصوير لا يبيح النشر، والنشر الدعائي يحتاج إذنًا مستقلًا (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا، والفصل 7، المبحث رابعًا).

4-6 المسؤولية والتعويض

تنص المادة السادسة والعشرون على أن «التزام الممارس الصحي الخاضع لأحكام هذا النظام هو التزام ببذل عناية يقظة تتفق مع الأصول العلمية المتعارف عليها» [26]. وتلزم المادة السابعة والعشرون من ارتكب خطأ مهنيًا صحيًا ترتب عليه ضرر بالتعويض، وتعد من صوره: «الخطأ في العلاج، أو نقص المتابعة»، و«الجهل بأمور فنية يفترض فيمن كان في مثل تخصصه الإلمام بها»، و«إجراء العمليات الجراحية التجريبية وغير المسبوقة على الإنسان بالمخالفة للقواعد المنظمة لذلك»، و«استخدام آلات أو أجهزة طبية دون علم كاف بطريقة استعمالها»، و«التقصير في الرقابة، والإشراف»، و«عدم استشارة من تستدعي حالة المريض الاستعانة به». وتنص على أنه «يقع باطلًا كل شرط يتضمن تحديد، أو إعفاء الممارس الصحي من المسؤولية» [26].

التحليل. المادتان معًا تقيمان المعادلة: لا ضمان نتيجة، ولا إفلات من خطأ. فالمضاعفة المعروفة مع استطباب صحيح وممارس مؤهل وتبصير موثق لا توجب التعويض بذاتها. أما الجراحة بلا مسوغ، أو من غير مختص، أو بتقنية تجريبية تسوق خدمة، أو مع إهمال المتابعة، أو بإشراف غائب على متدرب في منحنى تعلمه، فمن صور الخطأ المنصوصة. وبطلان شرط الإعفاء يعني أن عبارات «ضمان النتيجة» و«إخلاء المسؤولية» لا تحمي الممارس من خطئه. وقد انتقل نظر دعاوى الأخطاء الطبية إلى القضاء [30]؛ وتفصيل أركان المسؤولية ومسار الدعوى في الفصل 10، المبحث رابعًا.

4-7 القاصر

يعرّف نظام حماية الطفل الطفل بأنه «كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة من عمره» [29]. وسلطة الولي وظيفة لمصلحة الطفل لا تفويض مفتوح في جسده؛ فإذا طلب الولي إجراء تجميليًا محضًا لا منفعة فيه للقاصر، منعه البند (1/9) [27]. وأحكام رفض الولي للعلاج اللازم في الفصل 25، المبحث رابعًا.

CC BY-NC-ND 4.0

4-8 العقد والعربون و«ضمان النتيجة»

العلاقة العلاجية ليست بيع نتيجة شكلية. يحدد العقد أجر الاستشارة والجراحة والتخدير والمواد والمتابعة وسياسة الإلغاء، لكنه لا يضمن نتيجة بيولوجية ولا يسقط واجب العناية [26]. وتجب شفافية ما يشمله السعر: الفحوص والزرعة والمراجعات وعلاج المضاعفة وإعادة العملية. ولا يتحول العربون أداة لإكراه المريض على المضي بعد أن يتغير رأيه؛ فسحب الإذن قبل الإجراء حق طبي مستقل عن النزاع المالي. أما «ضمان النتيجة» التسويقي فلا يستعمل إذا كان يوهم ضمانًا طبيًا، وتُعرض شروطه قبل الدفع بلغة واضحة.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 نموذج القرار في اثنتي عشرة خطوة

1. **عرّف المشكلة** بلغة تشخيصية ووظيفية ونفسية، لا باسم المنتج المطلوب.
2. **صنف التدخل** في إحدى الدرجات الست.
3. **أثبت المنفعة** المتوقعة لهذا الشخص وحدود دليلها ومدتها.
4. **وازن الخطر** المباشر والمتأخر والسياقي، واحسب خطر عدم التدخل.
5. **اختبر البدائل** الأقل توغلًا والأكثر قابلية للعكس.
6. **قيّم الدافع والأهلية**، وافرز اضطراب تشوه الجسد عند العلامات، وراع نضج القاصر.
7. **تحقق من الغرض فقهًا**: حاجة معتبرة وأذى مؤثر، لا تغيير سوي لهوى أو تدليس.
8. **تحقق من الممارس والمنشأة**: ترخيص، وامتياز مكتوب لهذا الإجراء، ومنتج معتمد، وخطة إنقاذ.
9. **صمم إذنًا خاصًا** يسمي الجراح المسؤول والمشاركين وحدود النتيجة، وتحقق من الفهم.
10. **افصل الإعلان والصور** عن إذن العلاج، وافحص صدق كل ادعاء.
11. **نفذ بوابات الأمان**: قائمة التحقق، ومنع التزامن في المراحل الحرجة، وخطة المتابعة.
12. **اتخذ قرارًا مسببًا**: قبول، أو قبول مشروط، أو تأجيل، أو إحالة، أو رفض؛ وحدد متى يراجع.

5-2 عناصر الإذن الجراحي الخاص

جدول 5-1: ما يُضاف إلى نموذج الإذن العام في الجراحة

العنصر	ما يُكتب	السند
الجراح المسؤول	الاسم، وحضوره في المراحل الحرجة	مبادئ الكلية الأمريكية للجراحين [9]
المشاركون	المساعدون والمقيمون ودور كل منهم	الدليل السعودي للإذن الطبي [18]
التداخل بين عمليتين	هل سيبدأ الجراح عملية أخرى، ومن الجراح المتاح	[9]

CC BY-NC-ND 4.0

العنصر	ما يُكتب	السند
	فورًا	
الخبرة	الإفصاح عند جدة التقنية أو قلة الخبرة المؤثرة	اجتهاد المؤلف، والبند (2/9) [27]
التخدير	إذن مستقل من طبيب التخدير	[18]
التوسع المحتمل	ما يُفعل عند مفاجأة جراحية، وما يؤجل	الفصل 5، الحالة 5/2
المواد والزرعات	الاسم والتشغيلة، وأن الزرعة ليست دائمة	اجتهاد المؤلف؛ وفي عمر الزرعة [13]
التصوير	إذن مستقل محدد الغرض	البند (3/5) [27]

5-3 دليل القرار

جدول 5-2: بوابات القرار وعلامات الخطر

البوابة	سؤال الضبط	علامة الخطر	الإجراء العملي
المشكلة	هل توجد مشكلة محددة قابلة للفحص؟	«أريد أنف فلان»	أعد الاستشارة ولا تسعر قبل التشخيص
التصنيف	أين يقع التدخل في الدرجات الست؟	جمع شق الشفة وزرع القزحية في خانة واحدة	صنف واضبط عبء الإثبات
المنفعة والتناسب	هل المنفعة تفوق الخطر مع حساب البدائل؟	«مضاعفات نادرة» بلا أرقام ولا بدائل	ارفض أو اقترح الأخف ووثق السبب
الدافع والنفس	هل التوقع ثابت وواقعي؟	تكرار العمليات، صورة مرشح، خصم يضغط	فرز وإحالة وتأجيل
الفقه	هل الغرض ضمن ضوابط القرار 173؟	الاستدلال باسم الفتوى دون قيودها	ارجع إلى النص وطبق قيوده
الإذن	هل يعرف المريض من سيجري العملية؟	جراح يتنقل بين غرفتين دون علم المريض	أعلم المريض، وامنع التزامن الحرج
الامتياز	هل الإجراء ضمن الامتياز المكتوب؟	أول عملية بتقنية جديدة بلا إشراف	أوقف حتى يمنح الامتياز أو يحضر مشرف
الإعلان والصور	هل الادعاء صادق	«بلا مخاطر»، صور	أوقف النشر وصحح

CC BY-NC-ND 4.0

البوابة	سؤال الضبط	علامة الخطر	الإجراء العملي
	والإذن مستقل؟	معدلة	المادة
المتابعة والإنقاذ	هل توجد خطة مضاعفات واتصال فعال؟	«أرسل صورة وانتظر»	لا تبدأ قبل اكتمال خطة الإنقاذ

سادسًا: الحالات التطبيقية

الحالة الأولى: تجميل أنف يجمع إصلاح الوظيفة وتعديل الشكل

الوقائع. رجل عمره 29 سنة يعاني انسدادًا أنفيًا مزمنًا بعد إصابة قديمة، ويظهر الفحص انحرافًا في الحاجز وتضيقًا في الصمام الأنفي، وحدبة ظهرت بعد الإصابة. ثم يطلب في العملية نفسها تصغير الحدبة ورفع طرف الأنف، مستندًا إلى محاكاة رقمية، ويقول إن التكلفة لا تهم «إذا ضمن الطبيب النتيجة». ولا يذكر أذى نفسيًا من شكل طرف أنفه، ولا ضغطًا زمنيًا.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا حالة طارئة • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: قادر • صاحب الصفة: المريض نفسه • السؤال المطلوب تقريره: أي أجزاء الطلب علاج أو إصلاح لعيب طارئ، وأيها تحسين محض لا يُجرى إلا بقيوده؟

الركن الطبي. يُثبَت الانسداد بالفحص ويُوثَّق أثره، وتُبنى خطة وظيفية محددة. ويُثبَت بالتاريخ والصور السابقة والفحص أن الحدبة أثر الإصابة، لا خلقة سابقة عليها. ثم يُقيَّم كل تعديل شكلي على حدة، من جهة أثره في مجرى الهواء ودعامات الأنف. ويُشرح له أن التنفس قد يتحسن ولا يُضمن كماله، وأن التورم يطول، وأن عدم التماثل والحاجة إلى مراجعة واردان، وأن المكاسب النفسية لا تُضمن [3].

الركن الأخلاقي. رغبة المريض معتبرة، ولكن طلبه «الضمان» يكشف توقعًا يحتاج تصحيحًا قبل الإذن. فتُعرض عليه صور نتائج متنوعة، ويُفصل في التسعير والإذن بين الجزء الوظيفي والجزء الشكلي، ويُمنح وقتًا للتفكير.

الركن الفقهي. إصلاح الانحراف والانسداد من «إعادة الوظيفة المعهودة لأعضاء الجسم»، وإزالة الحدبة الناشئة عن الإصابة من «إصلاح العيوب الطارئة (المكتسبة) من آثار ... الحوادث» المنصوص في القرار 173 (11/18) [10]. أما رفع طرف أنف سوي بلا أذى مثبت فتحسيني محض، يدخل في «تغيير شكل الأنف» الممنوع في الفقرة (2) من القرار [10]؛ ولا يجوز إلا بقيود الترجيح في المطلب 3-8 وفتوى اللجنة الدائمة: أذى نفسي مؤثر ثابت بتقدير معتبر، ورجاء النجاح، وانتفاء المضرة الراجحة أو المساوية، «وإلا فلا يجوز» [21]. ولا تحمل الحاجة العلاجية زيادة لا تتوقف عليها، لأن ما أبيح للحاجة يقدر بقدرها.

الركن النظامي. توجب المادة الثامنة عشرة شرح الوضع الجراحي وآثاره، والبند (1/18) بيان المضاعفات [26، 27]. ويمنع البند (1/9) العمل الطبي الذي لا يحقق فائدة للمريض [27]. ويحظر البند (1/10) الإعلان التجاري غير المبني على أسس علمية [27]، ومنه وعد الضمان. وشرط الإعفاء من المسؤولية باطل بنص المادة السابعة والعشرين [26].

CC BY-NC-ND 4.0

القرار المهني الموزون. يُقبل الإصلاح الوظيفي، وإزالة الحدبة إن ثبت أنها أثر الإصابة، بإذن يفصل الجزأين وأهدافهما ومخاطرهما وتكلفتهما ويوثق أن المحاكاة غير ملزمة، بلا وعد بنتيجة ولا تعديل يهدد التنفس أو الدعامة، ولا يُجرى رفع طرف الأنف؛ لأن الوظيفة المختلة والعيب الطارئ ثابتان بالفحص، ورفع الطرف تحسيني محض بلا أذى مثبت. ويُعاد النظر في رفع الطرف إذا ثبت بتقدير نفسي معتبر أذى مؤثر من شكله ورجحت السلامة، بقيود المطلب 3-8.

الدرس. الحاجة العلاجية تبيح ما تتوقف عليه، وما يصلح عيبًا طارئًا، ولكنها لا تصير مظلة لتحسين محض.

الحالة الثانية: فيلر في مركز غير مؤهل أعقبه انسداد وعائي وتهديد للبصر

الوقائع. امرأة عمرها 34 سنة تلقت حقن فيلر للأنف في مركز يروج «للتجميل السريع بلا مخاطر». وأجرى الحقن شخص غير واضح التصنيف، ثم ظهر بعده ألم شديد وابيضاض وتبقع جلدي واضطراب رؤية. فطلب منها المركز «الانتظار وإرسال صورة عبر تطبيق»، ولم تكن ثمة عدة إنقاذ، فوصلت متأخرة إلى طوارئ مستشفى.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: حالة إسعافية تهدد الجلد والبصر • الأمن: لا خطر على الفريق • القدرة على القرار: قادرة • صاحب الصفة: المريضة في علاجها، والجهات المختصة في المساءلة • السؤال المطلوب تقريره: ما واجب الإنقاذ الفوري؟ وكيف توزع المسؤولية بين الحاقن والإعلان والمنتج وتأخر الاستجابة والمنشأة؟

الركن الطبي. تُعامَل العلامات بوصفها انسدادًا وعائيًا محتملًا: فيُوقف أي حقن، ويُفعَّل بروتوكول الطوارئ مع التخصصات المعنية، ولا تنتظر شكوى الرؤية موعد عيادة [12]. ويُجمع اسم المادة والعبوة والكمية والمواضع والتوقيت، وقد يستلزم فيلر حمض الهيالورونيك إذابة عاجلة وفق البروتوكول، مع إحالة عينية فورية.

الركن الأخلاقي. الإنقاذ مقدم على السمعة وعلى النزاع المالي. وعبارة «بلا مخاطر» تضليل أفسد الإذن من أساسه، وتأخير الاستجابة هجر للمريضة. فتُبلَّغ بالمعلوم والمجهول، ولا تُعدَّل السجلات، ولا تُمحى الرسائل (انظر الفصل 8).

الركن الفقهي. اشترط القرار 173 (11/18) الطبيب المختص المؤهل والتبصير الواعي وألا يربو الضرر على المصلحة [10]. وتنطبق موجبات الضمان في القرار 142 (8/15): الجهل، والتغرير، والتقصير؛ وتشارك المنشأة بنص مسؤولية المؤسسة إذا قصرت في التزاماتها [23]. ومن تطبب ولا يُعلم منه طب فهو ضامن [22].

الركن النظامي. يُتحقق من تصنيف الحاقن وامتيازه (المادة التاسعة والبند 2/9) [26، 27]، ومن اعتماد المنتج، ومن صدق الإعلان (المادة العاشرة والبند 1/10) [26، 27]. والجهل ونقص المتابعة من صور الخطأ الموجب للتعويض في المادة السابعة والعشرين [26]، وينظر النزاع أمام القضاء المختص [30].

القرار المهني الموزون. يُجرى إنقاذ عاجل متعدد التخصصات، مع حفظ الأدلة والتوثيق، ثم يُبلَّغ عن المركز إلى الجهة المختصة وفق سياسة المنشأة، دون أن يحكم الفريق في المسؤولية؛ لأن الخطر حالٌّ على البصر والجلد، والخلل نظامي قد يتكرر مع غيرها. ويُعاد النظر في توصيف المسؤولية، لا في واجب الإنقاذ، إذا ثبت أن الحاقن مرخص مؤهل وأن التأخر من المريضة.

CC BY-NC-ND 4.0

الدرس. الإجراء «غير الجراحي» لا يعفي من الاختصاص ولا من عدة الإنقاذ، والإعلان المضلل حلقة في سلسلة الضرر.

الحالة الثالثة: ترميم شق الشفة والأنف عند طفل ووالده يريد «إنهاء كل شيء»

الوقائع. طفل في السابعة لديه شق شفة أُصلح جزئيًا في رضاعته، وبقي معه عدم تماثل في الشفة والأنف، وصعوبة نطق خفيفة، وتنمر في المدرسة. يقترح الفريق خطة مرحلية الآن، وتحسينًا أنفيًا أكبر بعد اكتمال النمو. والأب يريد «إنهاء كل شيء» بعملية واسعة فورية، والطفل خائف من المستشفى، ولكنه يريد أن يتوقف التنمر.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا طارئ • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: الطفل قاصر، ويُسمع رأيه بقدر نضجه • صاحب الصفة: الأب وليًا، مقيدًا بمصلحة الطفل • السؤال المطلوب تقريره: ما الخطة التي تحقق مصلحة الطفل وتوقيت المراحل؟

الركن الطبي. يلزم تقييم متعدد التخصصات (ترميم، وأنف وأذن، وتخاطب، وأسنان وفكين، ودعم نفسي). والتوسع المبكر الذي يضر نمو الأنف أو يستهلك الأنسجة يقلل خيارات المستقبل. والتنمر يُعالج عبر المدرسة والدعم أيضًا؛ فلا يحمل جسد الطفل وحده عبء إنهائه [16].

الركن الأخلاقي. مصلحة الطفل هي المركز. وموافقة الأب لازمة، ولكنها لا تغني عن إشراك الطفل بلغة تناسب عمره، وعن معرفة سبب خوفه، وعن صدق الحديث معه عن الألم.

الركن الفقهي. «الشفة المشقوقة (الأرنبية)» من العيوب الخلقية التي نص القرار 173 (11/18) على جواز إصلاحها إذا أدى وجودها إلى «أذى مادي أو معنوي مؤثر» [10]، والأذى هنا ثابت في النطق والتنمر. ويشهد له حديث عرفجة [19]. وولاية الأب مقيدة بالمصلحة، فلا تسوغ مرحلة أوسع من الدليل.

الركن النظامي. الطفل دون الثامنة عشرة مشمول بنظام حماية الطفل [29]. ويصدر الإذن من الولي وفق المادة التاسعة عشرة [26]، مع توثيق المصلحة والرأي المتعدد والتوقيت. ولا تُجرى مرحلة لا تحقق فائدة للطفل ولو طلبها الولي (1/9) [27]. وتُحمى صور الطفل من أي استعمال تعليمي أو دعائي إلا بإذن مستقل (3/5) [27].

القرار المهني الموزون. تُعتمد الخطة المرحلية التي يوصي بها الفريق، مع إشراك الطفل وتخفيف خوفه، وخطة للتخاطب والتنمر، ومصارحة الأب بأن هذه العملية قد لا تكون الأخيرة؛ لأن مصلحة الطفل في وظيفة النطق والشكل الآن، وفي نمو لا يُستهلك قبل أوانه. واستُبعدت العملية الواسعة الفورية لأنها تضر النمو. ويُعاد النظر في التحسين الأنفي إذا ظهرت حاجة وظيفية عاجلة أو اكتمل النمو المناسب.

الدرس. الولاية في جراحة الطفل ولاية مصلحة وتوقيت، لا ولاية رغبة.

الحالة الرابعة: طلب عملية خامسة مع اشتباه اضطراب تشوه الجسد

الوقائع. امرأة عمرها 31 سنة أجرت أربع عمليات للأنف والذقن خلال ثلاث سنوات، عند أطباء مختلفين. والفحص الحالي ضمن المقبول، مع عدم تماثل طفيف، ولكنها تلتقط عشرات الصور يوميًا، وتقول إن «الجميع يحدق في العيب». وتطلب عملية خامسة عاجلة، وتعرض مبلغًا مضاعفًا، وتلمح إلى التشهير بالجراح إن رفض. والفرز إيجابي لاضطراب تشوه الجسد، مع اكتئاب وأفكار سابقة عن إيذاء النفس بلا خطة حالية.

CC BY-NC-ND 4.0

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا طارئ جراحي، لكن يلـزم تقـييم عاجـل لخطـر إيـذاء النفس • الأمن: تلميح بالتشـهير لا يمس سـلامة الفريـق الجسـدية • القـدرة على القـرار: قـادرة مبـدئيًا، والاضطراب يمس تقـديرها لهـذا الطلب بعينـه • صـاحب الصـفة: المريضـة • السـؤال المطلـوب تقريره: هل الاحترام يكون بإجراء التعديل، أم بالرفض والإحالة؟

الركن الطبي. العمليات المتكررة ترفع صـعوبة التشـريح وتخفض احتمـال النفـع، وقـد لا يكـون «العيب» المدرك قابلًا للتصحيح أصلًا. ونتيجة الفرز، مع نمـط الانشـغال والتكـرار، تسـتلزم تقييمًـا نفسيًا مختصًا [4، 5]، وتُقيَّم أفكار الإيذاء فورًا. ولا يصح أن تُوعد بتحسن نفسي لا يدعمه الدليل [3].

الركن الأخلاقي. الاستقلالية تتطلب قدرة على تقدير العواقب، لا مجرد إصرار. وحين يـرجح أن الجراحة تغذي دائرة المرض، يكون الرفض عين الإحسان. فيُشرح لهـا أن معاناتهـا حقيقيـة، ولكن علاجها غالبًا ليس في غرفة العمليات. والقرار لا يُشترى بالمال، ولا يتغير بالتهديد، ولا تُهجر هي بلا مسار رعاية.

الركن الفقهي. لا تثبت الحاجة المعتبرة بشـدة الرغبـة إذا نشـأت عن تصـور مرضـي وغلب أن يزيد التدخل الضرر؛ فتنخرم ضوابط القرار 173 (11/18) في المصلحة المعتـبرة وعـدم رجحـان الضرر [10]، وقيد «رجاء النجاح» في فتوى اللجنة الدائمة [21]. وبيـع أمـل يعلم الطـبيب ضـعفه من التغرير [23].

الركن النظامي. يمنع البند (1/9) كل عمل طبي لا يحقق فائـدة للمـريض ولـو لم يـترتب عليـه ضرر [27]. وتوثق الملاحظات بموضـوعية ويحفـظ سـرها، وتعـرض إحالـة نفسـية، ويفعـل مسـار الطوارئ النفسية عند خطر وشيك (انظر الفصل 27). ويدار تهديد التشهير عبر القنوات النظاميـة للمنشأة دون إفشاء بياناتها.

القرار المهني الموزون. تُرفض العملية الخامسة في الـوقت الحاضـر، لا حكمًـا دائمًـا عليهـا، ويُجرى تقييم سلامة نفسية عاجل، ثم إحالة محترمة لمختص الصحة النفسية مع بقاء باب الرعايـة غير الجراحية مفتوحًا؛ لأنه لا منفعة مرجـوة، والضـرر النفسـي والجسـدي راجح. واسـتُبعد التنفيـذ مقابل المبلغ المضاعف لأنه استغلال. ويُعاد النظر إذا ثبت اسـتقرار نفسـي موثـق، وتوقـع واقعي، وعيب قابل للإصلاح، ومنفعة تفوق الخطر، ويُفضَّل رأي مستقل ثانٍ.

الدرس. حين يكون الطلب عرضًا لمرض، فالرفض المسبَّب مع الإحالة هو الرعاية.

مواقف متكررة

حامل قادرة ترفض قيصرية عاجلة. الجـواب: هـذه هي الحالـة 23/1 في فصـلها الأم (انظـر الفصـل 23، المبحث سادسًـا). وخلاصـتها أن اسـتثناء المـادة التاسـعة عشـرة معلـق على تعـذر الموافقة، لا على رفضها [26]، وأن القرار 184 (10/19) حسم الصورة بإسقاط رفض الـزوجين أو أحدهما للقيصرية الضـرورية، ونقـل الحـق إلى ولي الأمـر أو من ينيبـه [25]؛ فتُخطـر المنشـأة الجهة المختصة نظامًا، ولا تنصّب نفسها نائبًا عنها (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا).

جراح يتنقل بين غرفتين. الجـواب: الـتزامن في المراحـل الحرجـة ممنـوع، والتـداخل جـائز بإعلام المـريض مسـبقًا، ووجـود جـراح متـاح فـورًا، وسياسـة مكتوبـة، ويُتجنب في المرضـى ذوي الخطورة العالية [7]. وضابطه أن مسؤولية الجراح الأساسـي الشخصـية لا تُفـوَّض [9]، وأن الإذن الذي أُعطي لشخص معين لا ينتقل إلى غيره بلا علم المريض.

CC BY-NC-ND 4.0

أول عملية بتقنية جديدة. الجواب: لا تُجرى قبل منح امتيازها كتابيًا، وتُجرى الحالات الأولى بإشراف خبير حاضر، ويُفصَح للمريض عن جدة التقنية. وضابطه البند (2/9) [27]، وأثر منحنى التعلم في النتائج [6]. فإن كانت العملية غير مسبوقة أصلًا، فهي ابتكار يحتاج مراجعة مستقلة (انظر الفصل 49).

تغيير لون العين في عين سليمة. الجواب: يُرفض زرع القزحية التجميلي رفضًا مسببًا موثقًا. وضابطه أن سلسلة فرنسية سجلت مضاعفة في 92.3% من العيون التي توافرت متابعتها، ونُزعت الزرعة في 81.5% منها [14]؛ فينخرم شرطا القرار 173 في المصلحة المعتبرة وألا يربو الضرر [10]، ويمنع النظام طرق العلاج غير المعترف بها علميًا [26]. والبديل عدسات ملونة موصوفة طبيًا.

بالغ كامل الأعضاء يطلب جراحة تحويل الجنس. الجواب: تُرفض الجراحة، ويُعرض عليه تقييم نفسي ورعاية محترمة لمعاناته. وضابطه قرار المجمع الفقهي الإسلامي في تحريم تحويل من كملت أعضاء ذكورته أو أنوثته [11]، والبند (1/9) [27]. ويُلحق المؤلف بها العلاج الهرموني بقصد التحويل، اجتهادًا بعلة القرار. ويختلف عن ذلك اضطراب التمايز الجنسي، فيُعالج بفريق متعدد التخصصات بما يزيل الاشتباه.

أبناء يطلبون فتح بطن أبيهم المحتضر. مريض بسرطان منتشر في أيامه الأخيرة أصابه انسداد معوي خبيث قدّر الفريق أن الجراحة لن ترفعه وأنها ستطيل احتضاره وتؤلمه، ويطلب أبناؤه «عملية تفتح الانسداد»، وقد قال لهم جراح في منشأة أخرى إنه سيجريها. الجواب: تُرفض الجراحة رفضًا رحيمًا مسببًا موثقًا، ويُلقى الأبناء مع فريق الرعاية التلطيفية، وتُعرض خطة لتخفيف القيء والألم والعطش مع حضور الأسرة، ويُتاح رأي جراح ثانٍ إن طلبوه، ولا يُشهَّر بالزميل أمامهم بل يُتواصل معه مهنيًا، ويُرفع الخلاف المستمر إلى لجنة الأخلاقيات. وضابطه أن الجراحة هنا لا تحقق هدفًا علاجيًا مشروعًا، والبند (1/9) يمنع ما لا فائدة فيه للمريض [27]، وأن ترك ما لا ينفع من العلاج لا يعني ترك الرعاية (انظر الفصل 42، المبحث ثالثًا، والفصل 43).

إصابة القناة الصفراوية في استئصال المرارة بالمنظار، وفي التقرير «بلا مضاعفات». الجواب: الإصابة تقع في نحو 3 من كل 1000 عملية [48]، فهي مضاعفة معروفة؛ لكن كونها معروفة لا يحسم أنها لم تكن قابلة للمنع. فإذا تبين أن الجراح قطع البنى قبل تحقيق «المنظر الحرج للسلامة»، ولم يتوقف للتأكد منه، ولم يلجأ حين تعذر إلى بديل أسلم كاستئصال المرارة الجزئي أو التحول إلى الجراحة المفتوحة، فقد خالف ما تقترحه الإرشادات متعددة الجمعيات [48، 49]. ويُحال المريض فورًا إلى جراح ذي خبرة في إصلاح هذه الإصابات، ويُفضل مركز كبدي صفراوي متعدد التخصصات، وهي توصية قوية في الإرشادات نفسها [49]. ويُفصح للمريض بالوقائع المعروفة الآن، ويُعتذر له، ويُخبر أن المراجعة هي التي ستحدد هل كان يمكن منعها، بلا تهوين ولا تحميل للمقيم أمامه؛ وخطوات ذلك ونظيرها في إصابة الحالب في الفصل 8 (المطلب 1-7، والحالة الثالثة). ويُصحح التقرير بإضافة مؤرخة موقعة تبين ما اكتُشف ومتى، لا بمحو ما كُتب. وضابطه البند (1/18) في بيان المضاعفات [27].

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
رجل بانسداد أنفي	نقبل الإصلاح	الوظيفة المختلة	ثبت بتقدير نفسي

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
بعد إصابة يطلب معه تصغير الحدبة ورفع طرف الأنف	الوظيفي وإزالة الحدبة إن ثبت أنها أثر الإصابة، بإذن يفصل الجزأين بلا وعد بنتيجة، ولا نجري رفع الطرف	والعيب الطارئ ثابتان بالفحص، ورفع الطرف تحسيني محض بلا أذى مثبت	معتبر أذى مؤثر من شكل الطرف ورجحت السلامة، بقيود المطلب 3-8
فيلر في مركز غير مؤهل أعقبه انسداد وعائي وتهديد للبصر	إنقاذ عاجل متعدد التخصصات مع حفظ الأدلة والتوثيق، ثم إبلاغ الجهة المختصة عن المركز وفق سياسة المنشأة، دون أن يحكم الفريق في المسؤولية	الخطر حالٌّ على البصر والجلد، والخلل نظامي قد يتكرر مع غيرها	ثبت أن الحاقن مرخص مؤهل وأن التأخر من المريضة؛ فيتغير توصيف المسؤولية لا واجب الإنقاذ
طفل بشق شفة أُصلح جزئيًا، ووالده يريد «إنهاء كل شيء» بعملية واسعة فورية	نعتمد الخطة المرحلية التي يوصي بها الفريق، مع إشراك الطفل وتخفيف خوفه، وخطة للتخاطب والتنمر، ومصارحة الأب بأنها قد لا تكون الأخيرة	مصلحة الطفل في وظيفة النطق والشكل الآن، وفي نمو لا يُستهلك قبل أوانه	ظهرت حاجة وظيفية عاجلة، أو اكتمل النمو المناسب للتحسين الأنفي
طلب عملية خامسة مع فرز إيجابي لاضطراب تشوه الجسد	نرفض العملية الخامسة في الوقت الحاضر، ونجري تقييم سلامة نفسية عاجلًا وإحالة محترمة، ويبقى باب الرعاية غير الجراحية مفتوحًا	لا منفعة مرجوة، والضرر النفسي والجسدي راجح	ثبت استقرار نفسي موثق، وتوقع واقعي، وعيب قابل للإصلاح، ومنفعة تفوق الخطر، ويُفضَّل رأي مستقل ثانٍ

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. اسم الإجراء لا يحدد حكمه؛ فالتدخل يصنف في ست درجات، ويرتفع عبء الإثبات ويضيق هامش الخطر كلما كان العضو سليمًا والغرض تحسينيًا.

CC BY-NC-ND 4.0

2. انطباع الجراح وحده يفوّت أكثر حالات اضطراب تشوه الجسد [4]، والنسبة في دراسة سعودية بلغت 19.2% [5]؛ والمكاسب النفسية للتجميل متواضعة قصيرة المدى وضعيفة الدليل [3].
3. أجاز القرار 173 (11/18) الجراحة التجميلية الضرورية والحاجية، وقيد إصلاح العيوب الخلقية بـ«أذى مادي أو معنوي مؤثر»، ومنع تغيير الخلقة السوية للهوى والتقليد والتدليس، ونهى عن «الدعايات التسويقية المخالفة للحقائق» [10].
4. الإذن الجراحي يشمل من سيجري العملية؛ فالجراح الغائب تغرير يفسد الإذن، والتزامن في المراحل الحرجة غير مقبول، والتداخل مشروط بالإعلام والجراح المتاح [9]، ويُتجنب في المرضى ذوي الخطورة العالية [7].
5. منحنى التعلم حقيقة تؤثر في النتائج البعيدة [6]، وضبطه بالتدرج والإشراف والامتياز المكتوب (2/9) [27]، والإفصاح عن الخبرة يلزم متى كان مؤثرًا في القرار.
6. فرّق المجمع الفقهي الإسلامي بين تحويل من كملت أعضاء جنسه، وهو محرم، وتصحيح من اجتمعت فيه العلامتان، وهو علاج [11].
7. يمنع النظام العمل الطبي الذي لا يحقق فائدة (1/9)، والإعلان التجاري غير المبني على أسس علمية (1/10) [27]، ويبطل شرط الإعفاء من المسؤولية [26].

التوصيات

للممارس: أن يبدأ بالمشكلة لا بالمنتج، وأن يستعمل فرزًا نفسيًا موجزًا عند العلامات، وأن يسمي في الإذن الجراحَ المسؤول والمشاركين، وألا يجري عملية خارج امتيازه المكتوب، وأن يفصح عن جدة التقنية عليه، وأن يرفض الوعد بالنتيجة، وأن يقول «لا» مسببة حين تكون الجراحة استجابة تجارية لا رعاية.

للمنشأة: أن تعتمد تصنيفًا موحدًا للتدخل يظهر على طلب العملية ونموذج الإذن؛ وأن تضع «بوابة استطباب» قبل التسعير والحجز؛ وأن تكتب سياسة للجراحات المتداخلة تحدد المرحلة الحرجة لكل عملية وتمنع تزامنها، وتستثني المرضى ذوي الخطورة العالية من التداخل؛ وأن تبرز الامتيازات كتابيًا وتربطها بنتائج مدققة؛ وأن توقف العبارات الإعلانية المضللة، وتفصل إذن الصور، وتعتمد بروتوكولات إنقاذ الفيلر والحساسية والنزف.

للتعليم والبحث: أن يُدرَّب الجراحون على التحقق من الفهم والمحاكاة قبل الحالات الأولى؛ وأن تُجرى دراسات سعودية طولية لأسباب الطلب والرضا والندم ومعدلات المراجعة؛ وأن يُقدَّر انتشار اضطراب تشوه الجسد بأدوات عربية متحقق من صدقها؛ وأن تُبنى سجلات للمضاعفات بحسب الإجراء والمادة ونوع الممارس؛ وأن تُجرى بحوث مشتركة بين الجراحين والفقهاء في حدود الحاجة النفسية المعتبرة والتقنيات الجديدة.

ثامنًا: الخاتمة

لا تُقاس أخلاق الجراحة بجمال الصورة بعد أسبوع، بل بجودة الطريق إليها، وبما يبقى بعد أن تختفي الصورة من المنصة. فالقرار السليم يحترم رغبة الإنسان من غير أن يستغلها، ويستعمل مهارة اليد من غير أن يجعلها حجة، ويَصدُق المريضَ في من سيجري عمليته وفي خبرته بها، ويستحضر النص الشرعي والنظامي بحروفه لا بأسمائه.

CC BY-NC-ND 4.0

وبعد، فحين تلتقي الأركان الأربعة يصبح الرفض أحيانًا علاجًا، والتأجيل حماية، والإحالة أمانة، والقبول المشروط طريقًا إلى منفعة حقيقية. ووراء كل طلب تجميل إنسان يبحث عن شيء، قد لا يكون في غرفة العمليات.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. عدّد درجات التدخل الست، وبيّن كيف يتغير عبء الإثبات وسقف الخطر المقبول بينها.
2. ما معنى شرط «إذا أدى وجودها إلى أذى مادي أو معنوي مؤثر» في القرار 173 (11/18)؟ وطبقه على طلب إزالة إصبع زائدة لرضيع ووحمة صغيرة في الظهر عند بالغ.
3. فرّق بين الجراح الغائب والجراحة المتزامنة والجراحة المتداخلة، وبيّن حكم كل منها وسنده.
4. جراح أتم تدريبه يستعد لإجراء أول عملية له بتقنية جديدة. ما الذي يوجبه البند (2/9) من اللائحة؟ ومتى يلزمه الإفصاح للمريض؟
5. قارن بين فتوى اللجنة الدائمة في تصغير الأنف والفقرة (2) من القرار 173 (11/18) التي تمنع «تغيير شكل الأنف». كيف يُجمع بينهما؟
6. ما الفرق في قرار المجمع الفقهي الإسلامي بين تحويل الجنس وتصحيحه؟ وما دور الفريق متعدد التخصصات في الحالات الملتبسة؟
7. مركز تجميل ينشر صور «قبل وبعد» لمريضاته مع عبارة «نتيجة مضمونة بلا مخاطر». حلل الإعلان بالبندين (1/10) و(3/5) من اللائحة وتوصية القرار 173 (11/18).
8. لماذا لا تكون الحالة الرابعة (العملية الخامسة) احترامًا للاستقلالية لو نُفذت؟ وما الشروط التي تعيد فتح الطلب الجراحي؟

المراجع

International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). ISAPS [1] International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2024. 2025. isaps.org

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et [2] al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360(5):491–9. doi:10.1056/NEJMsa0810119

Garbett K, Paraskeva N, White P, Lewis-Smith H, Smith H, Anquandah J, et [3] al. The psychosocial outcomes following cosmetic surgery are largely unknown: a systematic review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2025;104:282–97. doi:10.1016/j.bjps.2025.03.013

Joseph AW, Ishii L, et al. Prevalence of body dysmorphic disorder and [4] surgeon diagnostic accuracy in facial plastic and oculoplastic surgery clinics. JAMA Facial Plast Surg. 2017;19(4):269–74. doi:10.1001/jamafacial.2016.1535

CC BY-NC-ND 4.0

Mortada H, Seraj H, Bokhari A. Screening for body dysmorphic disorder [5] among patients pursuing cosmetic surgeries in Saudi Arabia. Saudi Med J. 2020;41(10):1111–20. doi:10.15537/smj.2020.10.25380

Vickers AJ, Bianco FJ, Serio AM, Eastham JA, Schrag D, Klein EA, et al. The [6] surgical learning curve for prostate cancer control after radical prostatectomy. J Natl Cancer Inst. 2007;99(15):1171–7. doi:10.1093/jnci/djm060

Sun E, Mello MM, Rishel CA, et al. Association of overlapping surgery with [7] perioperative outcomes. JAMA. 2019;321(8):762–72. https://doi.org/10.1001/jama.2019.0711

General Medical Council. Guidance for doctors who offer cosmetic [8] interventions. London: GMC; in effect from 1 June 2016 (updated 13 December 2024). تاريخ الاطلاع: 30 سبتمبر 2026م. gmc-uk.org

American College of Surgeons. Statements on Principles. Revised April 12, [9] 2016; ولا سيما البنود الخاصة بمسؤولية الجراح الأساسي والعمليات المتزامنة والمتداخلة وإعلام المريض بالمشاركين في عمليته. facs.org

[10] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 173 (11/18) بشأن الجراحة التجميلية وأحكامها. الدورة الثامنة عشرة، بوتراجايا، 24–29 جمادى الآخرة 1428هـ / 9–14 يوليو 2007م. iifa-aifi.org

[11] المجمع الفقهي الإسلامي برابطة العالم الإسلامي. قرار بشأن تحويل الذكر إلى أنثى وبالعكس. الدورة الحادية عشرة، مكة المكرمة، 1409هـ. منشور في مجلة البحوث الإسلامية، العدد 49، ص 371؛ منقول في: موقع الإسلام سؤال وجواب، الفتوى رقم 328322. islamqa.info

U.S. Food and Drug Administration. Dermal Fillers (Soft Tissue Fillers). [12] Content current as of 07/06/2023. fda.gov

U.S. Food and Drug Administration. Things to Consider Before Getting [13] Breast Implants. Content current as of 03/08/2023. fda.gov

Chehab H, Gatinel D, Baudouin C, Muraine M, Hoffart L, Rozot P, et [14] al. Complications of cosmetic iris implants: French series of 87 eyes. J Cataract Refract Surg. 2020;46(1):34–9. https://doi.org/10.1097/j.jcrs.0000000000000032

Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, Aminian A, Angrisani L, Cohen RV, et [15] al. 2022 American Society of Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. Surg Obes Relat Dis. 2022;18(12):1345–56. https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.08.013

American Society of Plastic Surgeons. Briefing Paper: Plastic Surgery for Teenagers. تاريخ الاطلاع: 30 سبتمبر 2026م. plasticsurgery.org [16]

World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics. Adopted by the 3rd General Assembly, London, October 1949; last revised by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, October 2022. wma.net [17]

[18] 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

[19] سنن أبي داود، كتاب الخاتم، باب ما جاء في ربط الأسنان بالذهب، ح 4232 (وحسّنه الألباني)؛ وجامع الترمذي، كتاب اللباس، باب ما جاء في شد الأسنان بالذهب، ح 1770. sunnah.com

[20] صحيح البخاري، كتاب اللباس، باب المتفلجات للحسن، ح 5931؛ وأخرجه في كتاب التفسير، سورة الحشر (ح 4886) بلفظ «والموتشمات»؛ وصحيح مسلم، كتاب اللباس والزينة، باب تحريم فعل الواصلة والمستوصلة والواشمة والمستوشمة والنامصة والمتنمصة والمتفلجات والمغيرات خلق الله، ح 2125. sunnah.com

[21] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. فتوى في إجراء عملية لتصغير الأنف. فتاوى اللجنة الدائمة، المجموعة الأولى، ج 25، ص 59؛ منقولة في: موقع الإسلام سؤال وجواب، الفتوى رقم 119278. islamqa.info

[22] حديث «من تطبب ولا يُعلم منه طب فهو ضامن»: سنن أبي داود، كتاب الديات، باب فيمن تطبب ولا يُعلم منه طب فأعنت، ح 4586؛ وسنن النسائي، كتاب القسامة، باب صفة شبه العمد، ح 4830؛ وسنن ابن ماجه، كتاب الطب، باب من تطبب ولم يعلم منه طب، ح 3466. sunnah.com

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

[24] 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

[25] 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

[26] 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 السابعة والتاسعة والعاشرة والثامنة عشرة والتاسعة عشرة والسادسة والعشرون والسابعة والعشرون. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[27] وزارة الصحة. نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية. الإصدار الثالث. الرياض: وزارة الصحة؛ 1440هـ (2019م)؛ ولا سيما اللوائح 3/5 و1/9 و2/9 و1/10 و1/18. وأما نسخة الوزارة فصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ. scfhs.org.sa

CC BY-NC-ND 4.0

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

[29] نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتـاريخ 3/2/1436هـ، والمعـدَّل بالمرسـوم الملكي رقم (م/72) وتـاريخ 6/8/1443هـ، ولا سـيما المـادة الأولى. هيئـة الخـبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[30] وكالة الأنباء السعودية. نقل اختصاصات الهيئات الصحية الشرعية إلى القضـاء. الريـاض، 10 جمادى الأولى 1444هـ / 4 ديسمبر 2022م. spa.gov.sa

[31] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 251 (13/25) بشأن الحكم الشـرعي في تحويـل الجنس. الـدورة الخامسـة والعشـرون، جـدة، 29 رجب – 3 شـعبان 1444هـ / 20–23 فـبراير 2023م. iifa-aifi.org

[32] المركز السعودي لسلامة المرضى. سياسـة الإبلاغ عن الأحـداث الجسـيمة والتعامـل معهـا (Sentinel Event Reporting and Management Policy). الإصدار الأول، النافذة من 1 يناير 2025م؛ ولا سيما البنود 3-4 و4-5 و4-6 و5-1-2، والملحق 1 (قائمة الأحداث الجسـيمة الـواجب الإبلاغ عنهـا). تـاريخ الاطلاع: 7 نوفمـبر 2026م. https://resources.spsc.gov.sa/SERMP-V1.pdf

[33] The Joint Commission. Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, and Wrong Person Surgery: Mark the procedure site. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; منقول في: Site marking Q&A. Outpatient Surgery Magazine (AORN), November 2008. aorn.org

[34] The Joint Commission. Preventing unintended retained foreign objects. Sentinel Event Alert, Issue 51; 17 October 2013. jointcommission.org

[35] Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. N Engl J Med. 2003;348(3):229–35.

[36] NHS England. Never Events framework: 2024 consultation findings. London: NHS England; 2025. تـاريخ الاطلاع: 7 نوفمـبر 2026م. https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-insight/revised-never-events-policy-and-framework/2024-consultation-findings/

[37] Ministry of Health. CBAHI Lauds Kingdom Hospitals Compliance with National Essential Safety Requirements. Riyadh: MOH Media Center; 22 November 2018. https://www.moh.gov.sa/en/ministry/mediacenter/news/pages/news-2018-11-22-001.aspx

[38] Chow WB, Rosenthal RA, Merkow RP, Ko CY, Esnaola NF. Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient: a best practices

CC BY-NC-ND 4.0

guideline from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program and the American Geriatrics Society. J Am Coll Surg. 2012;215(4):453–66. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.06.017

Schwarze ML, Bradley CT, Brasel KJ. Surgical "buy-in": the contractual [39] relationship between surgeons and patients that influences decisions regarding life-supporting therapy. Crit Care Med. 2010;38(3):843–8. https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181cc466b

Taylor LJ, Nabozny MJ, Steffens NM, Tucholka JL, Brasel KJ, Johnson SK, et [40] al. A framework to improve surgeon communication in high-stakes surgical .decisions: best case/worst case. JAMA Surg. 2017;152(6):531–8

Schnatz P, Boardman LA; American College of Obstetricians and [41] Gynecologists, Committee on Gynecologic Practice. ACOG Committee Opinion No. 795: Elective female genital cosmetic surgery. Obstet Gynecol. 2020;135(1):e36–e42. doi:10.1097/AOG.0000000000003616

American College of Surgeons. Statement on the Aging Surgeon. [42] Revised; approved by the Board of Regents February 2024; published 9 April 2024. تـــــــــــــــــــــــــاريخ الاطلاع: 7 نوفمـــــــــــــــــــــــــــــــــبر 2026م. /https://www.facs.org/about-acs/statements/aging-surgeon

Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, [43] et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. N Engl J Med. 2002;346(15):1128–37. doi:10.1056/NEJMsa012337

Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, [44] et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. N Engl J Med. 2002;347(2):81–8. doi:10.1056/NEJMoa013259

Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical [45] complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg. 2004;240(2):205–13. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae

Brand RA. Ernest Amory Codman, MD, 1869–1940. Clin Orthop Relat Res. [46] 2009;467(11):2763–5. doi:10.1007/s11999-009-1047-8

Royal College of Surgeons of England. Good Surgical Practice. Domain 1, [47] .1.3: Record your work clearly, accurately and legibly. London: RCS England تـــــــاريخ الاطلاع: 7 نوفمـــــــــبر 2026م. https://www.rcseng.ac.uk/standards-and- /research/gsp/domain-1/1-3-record-your-work-clearly-accurately-and-legibly

Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). [48] The SAGES Safe Cholecystectomy Program: Strategies for minimizing bile

duct injuries — adopting a universal culture of safety in cholecystectomy. تاريخ الاطلاع: 7 نوفمبر 2026م. https://www.sages.org/safe-cholecystectomy-program/

[49] Brunt LM, Deziel DJ, Telem DA, Strasberg SM, Aggarwal R, Asbun H, et al. Safe cholecystectomy multi-society practice guideline and state of the art consensus conference on prevention of bile duct injury during cholecystectomy. Ann Surg. 2020;272(1):3–23. doi:10.1097/SLA.0000000000003791

[50] Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA; International Consensus Conference on Intersex. Consensus statement on management of intersex disorders. Pediatrics. 2006;118(2):e488–500. doi:10.1542/peds.2006-0738

[51] Lee PA, Nordenström A, Houk CP, Ahmed SF, Auchus R, Baratz A, et al. Global disorders of sex development update since 2006: perceptions, approach and care. Horm Res Paediatr. 2016;85(3):158–80. doi:10.1159/000442975

[52] Acimi S. Surgical, patient, and parental considerations in the management of children with differences of sex development. Front Pediatr. 2019;7:316. doi:10.3389/fped.2019.00316