الباب السادس

أخلاقيات طب الطوارئ والتخدير والعناية المركزة

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات طب الطوارئ والتخدير والعناية المركزة». 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 الثالث والثلاثون

أخلاقيات طب الطوارئ والتخدير والعناية المركزة

الإذن في الإسعاف بين التعذر والرفض • المريض مجهول الهوية • الهياج والتقييد ودفع الاعتداء • الإذن بالتخدير والوعي أثناء التخدير • أوامر عدم الإنعاش حول العملية • القبول في العناية المركزة وقرار الأسرة • 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 السادس: الطوارئ والصحة العامة والعدالة • الجمهور المقصود: أطباء الطوارئ والتخدير والعناية المركزة، وفرق التمريض والإسعاف والأمن في هذه الأقسام، ومديرو المنشآت الصحية، وأعضاء لجان الأخلاقيات • الفصل الأم لـ: تطبيق الإذن في الحالات الإسعافية، والمريض مجهول الهوية، والتقييد والتهدئة في الطوارئ والعناية المركزة، والإذن بالتخدير، والوعي أثناء التخدير، وأوامر عدم الإنعاش أثناء العملية، والقبول في العناية المركزة • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 7، 8، 9، 10، 12، 13، 15، 19، 27، 34، 37، 40، 41، 42، 45 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

خلاصة الفصل

يدرس هذا الفصل أخلاقيات ثلاثة أقسام يجمعها ضيق الوقت وضعف المريض: الطوارئ، والتخدير، والعناية المركزة. فكثيرًا ما يصل المريض فاقد الوعي، أو مجهول الهوية، أو تحت أثر صدمة أو نقص أكسجة أو تسمم أو هذيان، أو يدخل غرفة العمليات فيُسلم بدنه ووعيه لفريق لا

CC BY-NC-ND 4.0

يراه. والفكرة الحاكمة أن الاستعجال يختصر إجراءات القرار ولا يسقط الحقوق؛ فـالمطلوب أقـل اختصـار آمن: إنقـاذ سـريع، وفحص واقعي للقـدرة على القـرار، ومعلومـة مركـزة، وتـدخل بقـدر الضرورة، ثم إخبار وتوثيق ومراجعة.

ويبني الفصل على تأصيل الإذن في الفصل 5، ولا يعيده، بل ينزله على الإسعاف: فالمادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية تجـيز التـدخل الفـوري بشـرط تعـذر الموافقـة في الـوقت المناسب، لا بمجرد رفض المريض القادر؛ ورفض الولي أو المريض القادر له مسـار آخـر مبسـوط هناك. ثم يعالج المريض مجهول الهوية بتعريف مـؤقت آمن ومصـالحة محكومـة للسـجل، والهيـاج بتقييد متناسب يبدأ بعلاج السبب وينتهي بفـك مبكـر، والتخـدير بـإذن مسـتقل وصـدق بعـد الـوعي العارض أثناءه، وأمر عدم الإنعاش في غرفة العمليات بإعادة نظر مطلوبة لا بتعليق آلي، والقبــول في العناية المركزة بمعايير طبية معلنة لا بالقدرة المالية.

وينتهي الفصل إلى أن أكـثر أخطـاء هـذا البـاب تنشـأ من الخلـط بين متقـابلات: العجـز والـرفض، والهوية والأهلية، والقيد والعقوبة، والفرز المعتـاد والنـدرة المعلنـة، وعـدم الإنعـاش وعـدم العلاج. ويقدم أدوات عملية، وأربع حالات محللة بنموذج الأركان الأربعة، ومواقف متكررة بجواب مختصر.

الكلمات المفتاحية: طب الطوارئ؛ الإذن في الحالات الإسعافية؛ القدرة على القرار؛ المــريض مجهول الهوية؛ التقييد؛ أخلاقيات التخدير؛ الوعي أثناء التخدير؛ عدم الإنعاش أثناء العمليـة؛ القبـول في العناية المركزة؛ الفقه الطبي؛ النظام السعودي.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

يعرف كل من وقف في قسم الطوارئ ليلة واحدة أن الطوارئ والتخدير والعناية المركـزة يجتمـع فيها ما يتفرق في غيرها: خطـر قـريب، ووقت قصـير، ومـريض قـد لا يسـتطيع الكلام عن نفسـه، وأسرة قلقة أو غائبة، وفريق يعمل تحت ضغط الأعداد. وهنا تتحـول الأسـئلة الأخلاقيـة من نقـاش هادئ إلى قرار في دقائق: هـل أنبّب هـذا المـريض الـذي يقـول «لا»؟ هـل أنقـل الـدم لمصـاب لا أعرف اسمه؟ هل أقيد مريضًا يسحب قسطرته؟ هل يبقى أمر عدم الإنعاش ساريًا تحت التخدير؟

وفي المملكة يزيد الازدحام هذه الضغوط، ومن رأى ممرات الطوارئ ممتلئة بالأسرّة عرف ذلــك. فقد خلصت مراجعـة منهجيـة سـعودية منشـورة سـنة 2023م لأسـباب ازدحـام أقسـام الطـوارئ وعواقبه وحلوله إلى أنه يؤخر التشخيص والعلاج ويخفض جودة الرعاية، وربطته بنتائج أسوأ وزيادة الوفيات [1]. ودلالة ذلك الأخلاقية مباشرة: تخفيف الازدحـام وتحسـين الفـرز واجب سـلامة يمس حفظ النفس، تتحمله المنشأة قبل الممارس الفرد.

ويقصد الفصل بـ**الإذن العاجل** إذنًا مختصـرًا يؤخـذ من مـريض قـادر بمعلومـة مركـزة، وبــ**تعذر الإذن** عجز المريض عن القرار مع غياب من يمثلـه في وقت لا يحتمـل الانتظـار، وبــ**التقييد** كـل وسيلة جسدية أو دوائية أو مكانية تحد حركة المريض بغـير إرادتـه، وبــ**إعادة النظر المطلوبـة** مراجعة أمر عدم الإنعاش مع المريض أو ممثله قبل التخدير بدل تعليقه آليًا.

جدول: فروق تمنع الخطأ في الطوارئ والتخدير والعناية المركزة

CC BY-NC-ND 4.0

المفهوم	ما يختلف عنه	الأثر العملي
إذن عاجل مختصر	علاج بلا إذن	القادر تعطى له معلومة مركزة ويطلب اختياره؛ ولا يترك الحوار لمجرد ضيق الوقت.
تعذر الإذن في الوقت المناسب	رفض مريض قادر	الاستثناء يعمل مع العجز والخطر الزمني معًا، لا مع رفض صحيح.
هوية مجهولة	أهلية غائبة	قد يكون المجهول واعيًا قادرًا، وتبقى له السرية والاحترام والتعريف الآمن.
تقييد علاجي	دفاع عن النفس	الأول جزء من خطة رعاية؛ والثاني رد متناسب على اعتداء وشيك، وقد يجتمعان دون أن يختلطا.
تهدئة علاجية	قيد دوائي	الغاية والجرعة والمراقبة تحدد الوصف؛ والدواء لمجرد ضبط الحركة تلزمه ضوابط التقييد.
فرز معتاد	فرز عند ندرة معلنة	الأول يرتب سرعة الوصول؛ والثاني يعيد توزيع مورد شحيح بعد تفعيل رسمي.
عدم محاولة الإنعاش	عدم العلاج	الأمر يخص الإنعاش القلبي الرئوي عند التوقف؛ وبقية العلاجات تقرر كل منها على حدة.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

والأدبيات في محاور الفصل متوزعة، وهذا أهمها. ففي الإنعاش، تقرر إرشادات جمعية القلب الأمريكية لسنة 2025م أن الأصل عند عدم اليقين أن يُبدأ الإنعاش، مع مواصلة التعرف إلى رغبة المريض [2]. وفي التخدير، وضعت الجمعية الأمريكية لأطباء التخدير مبادئ أخلاقية للممارسة، ومعايير لتقييم ما قبل التخدير، وإرشادات لأوامر عدم الإنعاش حول العملية ترفض التعليق الآلي [3–5]. ثم كشفت مراجعة منهجية لتواصل طبيب التخدير مع المريض أن الحديث يغلب عليه التخطيط والإجراءات، وقلّما يسأل عن قيم المريض [6]. ووثق المشروع الوطني الخامس للتدقيق في بريطانيا تجربة المرضى مع الوعي العارض أثناء التخدير، وما يتركه في نفوسهم من أثر [7].

CC BY-NC-ND 4.0

وفي التقييد، تشترط إرشادات المعهد الوطني البريطاني للصحة والرعاية التناسب، والأقل تقييدًا، وأقصر مدة، وتمنع أن يُستعمل عقوبة [8]. وفي العناية المركزة، تنظم إرشادات جمعية طب الرعاية الحرجة القبول والفرز والخروج، والرعاية المتمحورة حول الأسرة [9، 10]، ويعالج البيان المشترك لجمعيات العناية المركزة طلبات العلاج «الذي قد يكون غير مناسب» [11]. وأما في السياق السعودي، فقد رصدت دراسة على أطباء الطوارئ والعناية المركزة فجوة بين العلم بسياسة عدم الإنعاش وقراءتها [12].

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصل هذه المحاور في إطار واحد، فيربط كل مسألة بنصها السعودي وحكمها الفقهي، ويفصل ما هو خاص بالطوارئ والتخدير والعناية المركزة عما محله فصل آخر. فهو ينزل الإذن على الإسعاف ويحيل تأصيله إلى الفصل 5، ثم يبسط، بوصفه فصلها الأم، مسائل المريض مجهول الهوية، والتقييد، والتخدير، وأوامر عدم الإنعاش حول العملية، والقبول في العناية المركزة؛ ويحيل الفرز العام وتوزيع الموارد إلى الفصل 37، والعنف ضد الممارسين إلى الفصل 12، والإنعاش وسياسته الوطنية إلى الفصل 41.

المشكلة والسؤال المركزي

المشكلة أن الاستعجال يغري باختصار كل شيء، والعجلة تختصر الأشياء والناس معًا: فيُعامل الرفض عجزًا، والمجهول فاقد حقوق، والقيد وسيلة راحة، والتخدير ملحقًا بإذن الجراحة، وأمر عدم الإنعاش إما منعًا لكل علاج وإما أمرًا لا يُراجع حول الإجراء. والسؤال المركزي: **كيف يتخذ الفريق في دقائق قرارًا ينقذ ما يمكن إنقاذه، ويحترم إرادة المريض المعتبرة، ويقيد الضرورة بقدرها، ويشرح نفسه في السجل وفي الحوار؟**

الأهداف والحدود

ويريد الفصل أن يخرج منه القارئ وقد عرف كيف يميز بين تعذر الإذن ورفضه في الإسعاف، وكيف يطبق مسارًا آمنًا للمريض مجهول الهوية، ويدير الهياج بتدخل متدرج متناسب، ويأخذ إذن التخدير ويتعامل مع الوعي العارض أثناءه بصدق، ويعيد النظر في أمر عدم الإنعاش قبل العملية، ويطبق معايير القبول في العناية المركزة بعدل.

ولا يعيد الفصل تأصيل الإذن والولاية والقرارين 67 (5/7) و184 (10/19) والمادة التاسعة عشرة (انظر الفصل 5)، ولا واجب العلاج الإسعافي ومنع المطالبة المالية قبله (انظر الفصل 9)، ولا العنف ضد الممارسين (انظر الفصل 12)، ولا القدرة على القرار والدخول الإلزامي (انظر الفصل 27)، ولا الكوارث (انظر الفصل 34)، ولا توزيع الموارد الشحيحة (انظر الفصل 37)، ولا التوجيهات المسبقة (انظر الفصل 40)، ولا الإنعاش والفتوى 12086 (انظر الفصل 41)، ولا الجدوى (انظر الفصل 42)، ولا موت الدماغ (انظر الفصل 45).

أولًا: الركن الطبي

1-1 الاستقرار أولًا والتواصل معه

الأولوية الأولى تثبيت مجرى الهواء والتنفس والدوران، وإيقاف النزف والاختلاج، وتسكين الألم. لكن التثبيت والتواصل يسيران معًا متى أمكن. فيقال للمريض بعبارة قصيرة: ما نظن أنه يحدث،

CC BY-NC-ND 4.0

وما الإجراء المقترح، وأخطر نتيجة للتأخير، والبديل الواقعي، ثم يطلب منه أن يعيد ما فهمه. وفي الخطر الشديد قد تكفي ثلاث جمل، لكن لا يسقط الحوار كله لأن الوقت ضيق.

ويفصل الفريق من البداية سؤالين: ما الذي لا يحتمل التأخير الآن، وما الذي يمكن تأجيله حتى يستعيد المريض قدرته أو يحضر من يمثله؟ فاستثناء الطوارئ يغطي الحد الضروري الأقل توسعًا، لا كل ما قد يفيد لاحقًا (انظر الفصل 5، المبحث أولًا، المطلب 1-4).

1-2 القدرة على القرار في الطوارئ

معيار القدرة وتقويمها مبسوطان في الفصل 27 (المبحث أولًا، المطلب 1-2). وما يخص الطوارئ أمران: أنها قدرة وظيفية تقاس لهذا القرار في هذه اللحظة، وأنها متقلبة بتقلب الحالة. فقد يوافق المصاب على إيقاف نزف بسيط، ولا يقدر على رفض تنبيب منقذ بسبب نقص الأكسجة.

ويجب تصحيح الأسباب القابلة للعكس قبل الحكم بالعجز: نقص سكر الدم، ونقص الأكسجة أو التروية، والألم، والهذيان، والتسمم، والانسحاب، وحاجز اللغة، وضعف السمع أو البصر. ولا يجعل الخوف أو الرفض أو الاختيار الديني غير المعتاد المريض عاجزًا تلقائيًا.

والانطباع السريع وحده لا يكفي. ففي دراسة على 303 مرضى مسنين في قسم طوارئ، وصل 8.3% منهم بهذيان، ولم يتعرف أطباء الطوارئ على 76% من هذه الحالات [13]. لذلك يفيد فحص مختصر منظم للانتباه والوعي والفهم، مع إعادة التقييم بعد الإنعاش أو زوال المسكر. وإذا اجتمع الشك مع خطر لا ينتظر، أجري الحد المنقذ القابل للمراجعة، ثم أعيد القرار فور تحسن المريض.

جدول: القدرة على القرار والإجراء الصحيح في الطوارئ

الحالة	الإجراء الصحيح	خطأ شائع
واعٍ قادر يوافق	إذن عاجل مركز، ثم توثيق ما شرح وما قبل.	الاكتفاء بتوقيع غير مقروء بلا حوار.
واعٍ قادر يرفض	التأكد من الفهم والأسباب والبدائل، واحترام الرفض مع خطة أمان.	اعتبار الرفض نفسه دليلًا على العجز.
قدرة مشكوك فيها ويمكن الانتظار قليلًا	علاج السبب، والاستعانة بمترجم، وطلب رأي أقدم، وإعادة التقييم.	القفز إلى الأسرة أو الشرطة بدل تقويم القدرة.
فاقد القدرة وخطر لا يحتمل التأخير	الحد الضروري الأقل توسعًا، مع بحث متواز عن ممثل وتوثيق التعذر.	إجراء كل ما قد يفيد مستقبلًا تحت عنوان الطوارئ.

1-3 المريض مجهول الهوية

يتطلب العلاج الآمن فصل سؤالين: كيف أنقذ المريض الآن، وكيف أمنع خطأ الهوية؟ فعدم معرفة الاسم لا يؤخر الإنقاذ، ولا يبرر ضعف التعريف. وتجيز معايير اللجنة المشتركة الأمريكية لسلامة

CC BY-NC-ND 4.0

المرضى إعطاء فاقد الوعي أو من تعذر التعرف عليه معرِّفًا مؤقتًا مقرونًا برقم سجل، على أن يجري التعريف الرسمي في أقرب وقت، ويستبدل المعرف الدائم بالمؤقت بعد ثبوته؛ ولا يصلح رقم الغرفة معرِّفًا [14].

والخطر الأكبر عند تعدد المجهولين، وعند الانتقال من الهوية المؤقتة إلى الحقيقية. فقد عرض تحليل حالة منشور كيف يؤدي ربط السجل بهوية خاطئة إلى سلسلة أخطاء، أخطرها في نقل الدم العاجل، وكيف ضاعف السجل الإلكتروني فرص ربط بيانات مريض بآخر دون أن يُرى الخطأ؛ وأوصى بإبقاء الاسم المؤقت طوال التنويم وبقائمة تحقق سريرية عند الانتقال [15].

معيار التعريف الآمن: اسم مؤقت فريد، ورقم سجل فريد لا يعاد استعماله، ومعرِّف ثانٍ عند كل دواء أو عينة أو نقل دم أو إجراء، ومصالحة محكومة عند ثبوت الهوية تراجع فيها الحساسية والفصيلة والنتائج والأوامر والأدوية قبل الدمج.

والمجهول ليس فاقد أهلية بالضرورة: فقد يكون واعيًا قادرًا يمتنع عن ذكر اسمه، فيبقى إذنه معتبرًا. وتبدأ محاولة التعرف بالتوازي مع العلاج، عبر الأمن والخدمة الاجتماعية والجهات المختصة، بأقل إفصاح لازم (المطلب 4-4). وخطوات التنفيذ في الأداة 5-3.

1-4 الهياج والتقييد والتهدئة

السلوك الهائج عرض قبل أن يكون مشكلة أمنية. فيبدأ التقييم بنقص الأكسجة، وإصابة الرأس، والهذيان، والألم، والاحتباس البولي، ونقص السكر، والتسمم أو الانسحاب. ثم يقلل الضجيج والجمهور، ويعين متحدث واحد، وتعرض خيارات بسيطة، وتحفظ مسافة آمنة. أما الذهان الحاد وإدارته والدخول الإلزامي فمحلها الفصل 27 (المبحث أولًا، المطلب 1-6).

وتشترط إرشادات المعهد الوطني البريطاني أن يكون التدخل التقييدي متناسبًا مع الخطر، وأقل الخيارات تقييدًا، وألا يستمر أطول من اللازم، وتنهى عن استعماله للعقوبة أو الإيلام أو الإذلال أو فرض السيطرة. وتطلب تجنب إنزال المريض إلى الأرض، فإن لزم فعلى الظهر ما أمكن، ولأقصر مدة إن اضطر إلى وضع الانبطاح، وتمنع أي إمساك يعيق مجرى الهواء أو التنفس أو الدوران بالضغط على القفص الصدري أو الرقبة أو البطن [8].

فإذا بقي خطر قريب، اختار الفريق أقل وسيلة فعالة: مراقبة مكثفة أو مكان آمن، ثم قيد جسدي أو دوائي عند الضرورة. وتحدد غاية الدواء: علاج هذيان أو ذهان أو ألم، أم ضبط خطر سلوكي؛ لأن الجرعة المستعملة لمجرد تقليل الحركة تعامل معاملة القيد وتلزمها ضوابطه ومراقبته. وتفك القيود تباعًا عند زوال السبب، ثم تفحص الإصابات ويشرح ما حدث ويراجع الفريق.

وأما دفع الاعتداء عن النفس أو الغير فيبدأ حين يوجد اعتداء وشيك لا يكفي دفعه بالكلام أو الانسحاب الآمن، ويتوقف فور زواله. والوقاية التنظيمية أجدى من رد الفعل: ففي تقييم لحزمة منخفضة الكلفة في قسمي طوارئ حكوميين بباكستان، شملت تدريبًا على خفض التصعيد والتواصل، وبطاقات تعريف للزوار، وإعلام المراجعين بأوقات الانتظار، انخفضت الحوادث العنيفة بنسبة 12.1% في موقع و50% في الآخر [16]. وهي دراسة سياقية تدعم الوقاية ولا تثبت وحدها حزمة صالحة لكل مستشفى. وحقوق الممارس المعتدى عليه وواجب المنشأة نحوه مبسوطة في الفصل 12.

CC BY-NC-ND 4.0

1-5 التخدير: التقييم والإذن

المريض تحت التخدير في أقصى درجات الاعتماد على أمانة الفريق: لا يـرى من يـدخل، ولا يحمي جسده ولا سره، ولا يستطيع سحب إذنه أثناء الإجراء. ولذلك تقرر مبادئ الجمعية الأمريكية لأطباء التخدير ألا يستعمل الطبيب مهارته لتقييـد مـريض قـادر أو إكراهـه، وأن يـرعى سـلامته الجسـدية والنفسية وراحته وكرامته، ويحفظ سره، وأن يبقى حاضرًا متاحًـا طـوال التخـدير حين يعمـل معـه متدربون أو ممارسون غير أطباء، وأن يخبر المريض بمن سيشارك في تخديره، ويصدق في وصف درجة مشاركته هو [4].

وإذن التخدير ليس ملحقًا إداريًا بإذن العملية. فالدليل السعودي للإذن الطبي يعد إعطاء أي مخدر، وخاصة التخدير العام أو المنـاطقي أو التهدئـة الإجرائيـة، من مواضـع الإذن المكتـوب [17] (انظـر الفصل 5، المبحث رابعًا، المطلب 4-4). وتوجب معايير ما قبل التخدير مراجعة السـجل، ومقابلـة المـريض وفحصـه، وطلب الفحـوص والاستشـارات اللازمـة، والتحقـق من أخـذ الإذن بالتخـدير، والتوثيق [5].

والمشكلة في المضمون لا في الشكل. ففي مراجعة منهجية شملت 12 دراسة و1,284 لقاء بين طبيب التخدير والمـريض قبـل العمليـة، غلب على الحـديث التخطيـط والإجـراءات، وتفـاوت بيـان المخاطر والمنافع، وندر استكشاف قيم المريض وتفضيلاته، ولم يرد الحديث عن المضاعفات بعـد العملية إلا في 46 لقاء (3.6%)، وكثيرًا ما كان فهم المرضى للمخاطر والبدائل ضعيفًا عند قياسه [6]. ودلالة ذلك أن المريض المعرض لتنويم طويل في العناية المركـزة بعـد العمليـة قـد لا يكـون ناقش ما يريده إن طال التنفس الصناعي أو ساءت الحال. فينفع سؤال قصـير عمـا يهم المـريض، وعمن يمثله إن فقد قدرته، بدل الإغراق في قائمة مخاطر.

1-6 الوعي أثناء التخدير

الوعي العارض أثناء التخدير العام أن يدرك المريض شيئًا مما يجري ويتذكره بعـد ذلـك. وقـد قـدر المشروع الوطني الخامس للتدقيق في بريطانيا حدوثـه المبلـغ عنـه بنحـو حالـة في كـل 19,000 تخدير عام، ووجد أن 51% ممن مروا به أصابهم كرب، وأن 41% عانوا أثـرًا سـلبيًا ممتـدًا، وكـان الكرب أشد حين شعر المريض بالشلل بألم أو بغير ألم؛ ورأى أن الشـرح والطمأنـة عنـد الاشـتباه في الوعي أثناء الإجراء قد ينفعان في الحد من الضرر البعيد [7].

وللتخدير بمرخيات العضلات خطر خاص؛ لأن المريض قد يكون واعيًا عاجزًا عن الحركـة والتعبـير. ويترتب على ذلك ثلاثة واجبات: أن يـراعي الفريـق عمـق التخـدير ومراقبتـه في المرضـى الأعلى خطرًا، وأن يتجنب الحـديث المهين أو غـير اللائـق عن المـريض المخـدر، وأن يتعامـل مـع شـكوى الوعي بعد العملية بجدية واحترام وإحالة إلى الدعم النفسي عند الحاجة. وأما الإفصاح عن الـوعي بوصفه حدثًا غير مرغوب فيحكمه ما في الفصل 8.

1-7 عدم الإنعاش حول العملية

في الجراحة تنص السياسة الوطنية لحالات عـدم الإنعـاش على أن الأمـر يعلـق تلقائيًـا في أثنائهـا ويعود نافذًا تلقائيًا بعد 48 ساعة منها، وهـذا حكم نافـذ؛ والحـوار المسـبق مـع المـريض أو ممثلـه توصية أخلاقية تجري داخله لا بديلًا عنه (انظر الفصـل 41، المبحث أولًا). والنص خـاص بالجراحـة، فلا يمد إلى الإجراءات غير الجراحية تحت التخدير أو التهدئـة؛ وفيهـا لا يعلـق الأمـر آليًـا ولا يطبـق

CC BY-NC-ND 4.0

حرفيًا بلا نقاش، ويرجع إلى سياسة المنشأة؛ لأن التخدير يستعمل تدخلات تشبه الإنعاش، كالتنبيب والتهوية والأدوية القابضة للأوعية، وقد يسبب توقفًا قابلًا للعكس. وتقترح إرشادات الجمعية الأمريكية لأطباء التخدير ثلاثة مسارات يختار المريض أو ممثله بينها: محاولة إنعاش كاملة بتعليق الأمر أثناء التخدير وبعده مباشرة؛ أو محاولة محدودة موجهة بالإجراء، يرفض فيها إجراءات بعينها كالضغطات الصدرية أو إزالة الرجفان أو التنبيب؛ أو محاولة محدودة موجهة بالأهداف، يترك فيها للفريق تقدير ما يعالج حدثًا عارضًا قابلًا للعكس دون ما يترك أثرًا دائمًا يرفضه. وتقرر أن السياسات التي تعلق الأمر آليًا قد لا تحفظ حق المريض في تقرير مصيره [3]. وهي مرجع مهني يسترشد به في الحوار وفي الإجراءات غير الجراحية، ولا يقدم على نص السياسة الوطنية في الجراحة.

وليست إعادة النظر طلبًا لإلغاء رغبة المريض، بل مواءمة الخطة مع طبيعة التخدير. ويقترح طرح في مجلة مركز الأخلاقيات الحيوية بكلية الطب في جامعة هارفارد أن يجري هذا الحوار جماعيًا بين المريض وطبيب التخدير والجراح، ليتفق الجميع على معنى الأمر في سياق العملية [18]. ويوثق المسار المختار، والإجراءات المقبولة والمرفوضة، ومن يقرر الاستثناء داخل العملية، ومتى يعود الأمر الأصلي. والأداة 5-5 قائمة لهذا الحوار.



شكل: أمر عدم الإنعاش حول التخدير: الفرق بين الجراحة والإجراء غير الجراحي، وما لا يشمله الأمر.

1-8 الإنعاش عند الغموض في الطوارئ

عند الغموض المفاجئ في الطوارئ، تقرر إرشادات جمعية القلب الأمريكية لسنة 2025م أن الأصل بدء الإنعاش مع مواصلة التعرف إلى رغبة المريض، لأن ضرر عدم البدء غير قابل للاستدراك غالبًا. وتعد من أسباب عدم البدء: أن يعرض الإنعاش المنقذ لخطر جسدي جسيم، أو وجود علامات موضوعية على موت لا رجعة فيه، أو وجود توجيه مسبق صحيح يطلب عدم الإنعاش [2]. والبدء المؤقت لا يلزم بالاستمرار إذا ظهر أمر معتبر أو ثبت أن الإنعاش لا يحقق هدفه. وتفصيل الإنعاش وإيقافه والسياسة الوطنية لعدم الإنعاش في الفصل 41.

CC BY-NC-ND 4.0

1-9 القبول في العناية المركزة والتجربة المحددة المدة

سرير العناية المركزة مورد محدود، وقرار القبول فيه قرار طبي وأخلاقي معًا. وتجعل إرشادات جمعية طب الرعاية الحرجة لسنة 2016م القبول قائمًا على حاجة المريض التي لا تلبى إلا في العناية المركزة، والخبرة المتاحة، وأولوية حالته، والمعايير الموضوعية وقت الإحالة، واحتمال انتفاعه، وتوصي بأن تكون قرارات الفرز صريحة غير متحيزة [9]. وللمملكة معايير وطنية للقبول والفرز في العناية المركزة (المطلب 4-6).

وفي العناية المركزة تتغير التوقعات يوميًا، فيحسن أن يكون العلاج تجربة محددة المدة لا وعدًا مفتوحًا: تحدد غاية قابلة للقياس، كتحسن الدوران أو الوعي أو الفطام من جهاز التنفس، وموعد للمراجعة، وما يعد نجاحًا أو إخفاقًا. فإن تحققت الغاية استمر العلاج، وإن لم تتحقق أعيد الحوار في جدواه (انظر الفصل 42). وأما الفرز عند الندرة المعلنة فمحله الفصل 37.

1-10 الأسرة والوكيل في العناية المركزة

أكثر قرارات العناية المركزة تتخذ مع الأسرة لأن المريض فاقد القدرة. وتوصي إرشادات الرعاية المتمحورة حول الأسرة بلقاءات أسرية منتظمة لتقوية الثقة وتقليل الخلاف، وبإشراك الأسرة في الجولات الطبية، وبإتاحة حضورها أثناء الإنعاش، مع التنبيه إلى أن قوة توصياتها ضعيفة لقلة الأدلة [10].

والقرار عن الغير عبء ثقيل. فقد خلصت مراجعة منهجية لأربعين دراسة شملت 2,854 وكيلًا إلى أن ثلثهم على الأقل عانوا عبئًا انفعاليًا سلبيًا من ضغط وشعور بالذنب وشك، امتد أشهرًا وأحيانًا سنوات، وأن معرفة الوكيل بتفضيل المريض كثيرًا ما خففت هذا العبء [19]. لذلك لا تكفي جملة «الأسرة رفضت» أو «الأسرة تريد كل شيء»: يطلب من الوكيل وصف قيم المريض وما كان سيختاره، وتشرح التوقعات بلغة احتمالية، وتوثق نقاط الاتفاق والخلاف. وتحديد الوكيل والتوجيهات المسبقة مبسوطان في الفصل 40.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 الاستقلالية في زمن قصير

ليست الاستقلالية في الطوارئ حديثًا طويلًا عند السرير، فالوقت لا يسمح بذلك؛ وإنما هي أن يصل المريض إلى معلومة كافية واختيار غير مكره بقدر الوقت المتاح. فإن فهم ووازن ثبت حقه في القبول أو الرفض؛ وإن عجز انتقل القرار إلى توجيهه السابق أو ممثله أو مصلحته الفضلى بأقل توسع (انظر الفصل 5، المبحث ثانيًا).

والافتراض الأخلاقي عند عدم اليقين هو الإنقاذ المؤقت القابل للرجوع، لا الاستيلاء الدائم على القرار. فإذا أفاق المريض أُخبر بما فُعل به ولماذا، وطُلب إذنه في استمرار ما لم يعد عاجلًا. ولا تحسبنّ هذه الشفافية اللاحقة تبريرًا شكليًا، فهي جزء من احترامه.

CC BY-NC-ND 4.0

2-2 الإحسان وعدم الإضرار والكرامة

فالإحسان يطلب علاج الخطر، وعدم الإضرار يحد التدخل بالقدر اللازم ويراقب أضراره. ولهذا كان القيد بلا علاج للسبب إخفاقًا مزدوجًا، وكان منع المسكنات عن مريض عليه أمر عدم إنعاش خلطًا مؤذيًا.

والكرامة تظهر في أفعال صغيرة: تغطية الجسد، وتحديد الحضور، ومنع التصوير، ومخاطبة المجهول باسمه المؤقت باحترام، وألا يُوصف المريض الهائج بوصمة تختزل إنسانيته. وتشتد هذه الواجبات في غرفة العمليات؛ فالمريض المخدر لا يستطيع أن يعترض على كشف عورته فوق الحاجة، ولا على حديث يمسه، ولا على فحص تعليمي لم يأذن فيه (انظر الفصل 15).

2-3 الصدق بعد الإنقاذ وبعد الوعي أثناء التخدير

الصدق لا يُؤجَّل إلى أن يسأل المريض. فمن أُجري له تدخل بلا إذنه في الإسعاف يُخبر بما جرى وسببه فور استعادته قدرته. ومن شكا وعيًا أثناء التخدير فلا يُواجه بالإنكار أو التهوين، بل يُسمع ويُوثَّق كلامه، ويُشرح له ما يُحتمل أنه حدث، ويُعرض عليه الدعم. وكيف يطمئن رجل قيل له إن ما عاشه لم يكن؟ فالتكذيب يضاعف الأثر النفسي الذي وثقه المشروع الوطني الخامس للتدقيق [7].

2-4 العدالة في الطوارئ والقبول في العناية المركزة

العدالة ليست مساواة عمياء، ولا منفعة بلا قيود. ففي الفرز المعتاد يُقدَّم الأشد حاجة أسرع، ويبقى لكل مريض حقه في الرعاية. ولا ينتقل الفريق إلى منطق الندرة، أي تعظيم المنفعة عند عجز حقيقي، إلا بعد إعلان رسمي من صاحب صلاحية وفق خطة المنشأة. وتُستبعد الثروة والتأمين والشهرة والجنسية، ولا يُعتبر العمر أو الإعاقة إلا بقدر أثر سريري ثابت في النتيجة القريبة.

ولا يكفي أن يكون المعيار رقميًا ليكون عادلًا؛ فالأرقام أيضًا قد تظلم. فقد خلصت مراجعة لإرشادات الفرز في العناية المركزة زمن الجائحة إلى توافق على رفض أسبقية الوصول قاعدة أساسية، ورفض سنوات الحياة المعدلة بالجودة معيارًا، وعلى تقديم المآل القريب؛ ونبهت إلى أن العدالة الإجرائية وحدها قد تعيد إنتاج الفوارق البنيوية ضد الفئات المحرومة [20]. وتفصيل الفرز وتوزيع الموارد الشحيحة في الفصل 37.

2-5 حماية الفريق وواجب الاستجابة

واجب علاج الطوارئ قوي، ولكنه ليس مطالبة بالتعرض لخطر غير ضروري. فعلى المنشأة أن توفر التدريب والإنذار والأمن والمعدات وطرق الخروج والدعم النظامي والنفسي. ويجوز للممارس الانسحاب التكتيكي، أو انتظار فريق مؤهل، عندما يكون الاقتراب غير آمن ولا يزيد التأخير ضررًا غير متناسب. فإذا أمكنت رعاية آمنة بعد السيطرة على الخطر وجب استئنافها، بلا انتقام ولا تمييز (انظر الفصل 9، المبحث أولًا، المطلب 1-9، والفصل 12).

CC BY-NC-ND 4.0

2-6 الضيق الأخلاقي والمراجعة بعد الحدث

الإنعاش العنيف، وتقييد مريض خائف، وحرمان شخص من مورد: أمور قد تترك في الفريق ضيقًا أخلاقيًا يحمله أفراده إلى بيوتهم. والوقاية ببروتوكول واضح، وتوزيع للأدوار، وإتاحة للاستشارة الأخلاقية (انظر الفصل 13)، ومراجعة هادئة بعد الحدث تميز الخطأ الفردي من خلل النظام. ولا تُستعمل المراجعة للعقاب الصامت، بل لتصحيح التدريب والتوثيق وبيئة العمل.

تحقيق فقهي لازم: فتوى عدم الإنعاش، وتشخيص الموت الدماغي، وحكم العلاج غير ذي الجدوى، موضوعات متصلة، ولكنها ليست شيئًا واحدًا. فلنُحدَّد حالة المريض والنص المنطبق عليها أولًا، ثم يُنقل الحكم.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 الأصول والقواعد

ينطلق الحكم من حرمة النفس ووجوب صيانتها: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾ [المائدة: 32]، ﴿وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ﴾ [البقرة: 195]، ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ﴾ [النساء: 29]. ويضبط حديث «لا ضرر ولا ضرار» قرارات الإنقاذ والتقييد والفرز [21]. والقواعد الكلية وتعريفاتها محلها الفصل 2، وتنزيلها على هذا الفصل في الجدول الآتي.

جدول: تنزيل القواعد الكلية على الطوارئ والتخدير والعناية المركزة

القاعدة	تنزيلها في الفصل	قيدها
الضرر يزال	علاج النزف والاختناق والخطر السلوكي.	لا يزال ضرر بضرر أكبر يمكن تجنبه.
الضرورات تبيح المحظورات	تدخل عاجل أو كشف أو قيد عند تعذر البديل.	لا تعمل مع مجرد السهولة أو الضغط التشغيلي.
الضرورة تقدر بقدرها	أقل إجراء وأقصر زمن وأضيق إفصاح.	يزول الترخيص بزوال الضرورة.
اليقين لا يزول بالشك	لا تسقط أهلية أو هوية ثابتة بظن غير منضبط.	الظن الطبي الغالب معتبر عند تعذر اليقين.
المشقة تجلب التيسير	اختصار الإذن وقت الخطر وتيسير الوسائل.	التيسير لا يلغي أصل الحق.
التصرف على الرعية منوط بالمصلحة	تفعيل خطة الندرة وسياسة القبول الموحدة.	المصلحة عامة منضبطة، لا امتياز لفئة.

3-2 الإذن في الإسعاف: التعذر والرفض

أصل الإذن وأدلته وقرارات المجامع فيه مبسوطة في الفصل 5 (المبحث ثالثًا، المطلب 3-3). والخلاصة التي ينزلها هذا الفصل ثلاث. الأولى: أن القرار 67 (5/7) قرر أنه «في حالات الإسعاف التي تتعرض فيها حياة المصاب للخطر لا يتوقف العلاج على الإذن» [22]؛ فإذا كان المريض فاقد

CC BY-NC-ND 4.0

الإدراك وخيف على نفسه، كان إنقاذه من حفظ النفس والقيام بالأمانة، مع الاقتصار على الضروري والبحث عن ولي أو من يمثله.

والثانية: أن المريض العاقل مخاطب، وله حرمة وولاية على بدنه ضمن حدود الشرع، فلا تجعل قاعدة الضرورة كل مخالفة منه رفضًا ملغى. وقد قرر القرار 184 (10/19) في المريض كامل الأهلية أن «إعطاء الإذن بعلاجه واجب شرعًا يأثم المريض بتركه»، وأجاز التدخل استنادًا إلى أحكام الضرورة بضمانات ثقيلة، منها تأكيد ثلاثة استشاريين من غير المعالج بمحضر موقع [23]. وتنزيل ذلك في المنشأة السعودية، والراجح فيه عند المؤلف، مبسوط في الفصل 5 (المبحث رابعًا، المطلب 4-5).

والثالثة: أن رفض الولي علاجًا مستعجلًا لناقص الأهلية لا يعتد به، و«ينتقل الحق في الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه من الجهات المختصة في الدولة» [23]. فرفض الولي ليس تعذرًا، والمنشأة تخطر الجهة المختصة ولا تنوب عنها. ومناط هذا كله تحقيق ثلاثة أسئلة: هل الإدراك موجود؟ وهل الخطر محقق أو غالب؟ وهل العلاج نفسه متعين أم له بديل؟

3-3 التقييد ودفع الصائل

يجوز منع من يضر نفسه عند زوال إدراكه، ويجوز دفع الصائل عن النفس والغير، لكن بأخف ما يندفع به الاعتداء. فإذا كفى الابتعاد أو الحاجز أو الأمن لم يجز الأشد، وإذا انتهى الخطر انتهى الدفع. ولا يحمل الإذن بدفع الاعتداء معنى العقوبة؛ إذ تبقى حرمة المريض وحقه في العلاج. ويضمن المتعدي ما جاوز القدر اللازم، والفصل فيه للجهة القضائية المختصة (انظر الفصل 10).

3-4 التخدير: أمانة على بدن لا يدفع عن نفسه

المريض المخدر أمانة كاملة في يد الفريق: بدنه، وعورته، وسره، وقراره. فلا يكشف منه إلا ما تقتضيه الحاجة، ولا يجرى عليه إلا ما أذن فيه أو ما اضطر إليه في أثناء الإجراء بقدر الضرورة. ويشمل الإذن بالتخدير الإذن بما يلزمه عادة، كالتنبيب والقسطرة والمراقبة، لا ما يستقل عنه من فحص تعليمي أو تصوير أو إجراء آخر (انظر الفصل 5، المبحث ثالثًا، المطلب 3-5).

3-5 عدم الإنعاش ومعيار الوفاة

الأصل الفقهي لقرار عدم الإنعاش في المملكة فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم 12086، التي تثبتها السياسة الوطنية لعدم الإنعاش ضمن مراجعها [24]؛ وبسط نصها وتاريخها وصورها في الفصل 41. ويفرق الفصل هنا بين ثلاث مسائل متصلة غير متحدة: عدم الإنعاش لمريض حي لا يجدي فيه، ومعيار الوفاة ورفع الأجهزة بعد تحققها الذي قرره مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 17 (5/3) [25] (انظر الفصل 45)، وحكم العلاج غير المجدي عمومًا (انظر الفصل 42). فلا ينقل حكم إحداها إلى الأخرى قبل تحديد حال المريض والنص المنطبق.

ويتصل بهذا الفصل أمران. الأول: أن أمر عدم الإنعاش لا يسقط سائر الرعاية؛ فالتسكين والأكسجين والتغذية والعلاج النافع باقية. والثاني: أن تعديل الأمر أثناء الإجراء غير الجراحي باتفاق مع المريض لعلاج سبب عارض قابل للعكس داخل في الوفاء بإرادته المعتبرة وعدم الإضرار به، لا نقض لها.

CC BY-NC-ND 4.0

3-6 التزاحم على سرير العناية المركزة

عند تزاحم مرضى على مورد لا يكفيهم جميعًا، يقدم الأشد اضطرارًا أو الأقرب إلى منفعة معتبرة بمعيار طبي صادق، لأن الواجبات إذا لم يمكن جمعها روعي أعظمها مصلحة وأشدها دفعًا للضرر. ولا يفضل غني أو صاحب منصب أو مؤمَّن لذاته. وإذا تساوت الحالات حقيقة بعد الفحص، جاز استعمال القرعة أو قاعدة محايدة معلنة بدل المحاباة. وتفصيل فقه التزاحم في توزيع الموارد، ومنه فتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في دورته الطارئة الثلاثين (1–4 شعبان 1441هـ / 25–28 مارس 2020م)، في الفصل 37.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 نظام مزاولة المهن الصحية

صدر النظام بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ [26]. وتوجب مادته الثامنة على الممارس الذي يعلم بمريض أو جريح في حالة خطرة تقديم المساعدة الممكنة، وتمنع مادته السادسة عشرة الاعتذار عن العلاج في الحالات الخطرة أو العاجلة؛ وبسطهما في الفصل 9 (المبحث رابعًا، المطلب 4-1). وتوجب المادة الخامسة عشرة بذل العناية التشخيصية والاستعانة بمن تستدعي حالة المريض الاستعانة به، وتحفظ المادة الحادية والعشرون سره مع استثناءات محددة (انظر الفصل 7).

والنص الحاكم في الإسعاف المادة التاسعة عشرة، ونصها كاملًا في الفصل 5 (المبحث رابعًا، المطلب 4-2). والذي ينزله هذا الفصل شرطها:

> «… وتعذر الحصول على موافقة المريض أو من يمثله أو ولي أمره في الوقت المناسب — إجراء العمل الطبي دون انتظار الحصول على تلك الموافقة» [26].

فالاستثناء مركب من أمرين معًا: حاجة فورية أو ضرورية لإنقاذ حياة أو عضو أو تلافي ضرر بالغ، وتعذر الموافقة في الوقت المناسب. ولا يدخل فيه رفض بالغ قادر فهم المخاطر؛ فموافقته لم تتعذر بل صدرت إرادته بالرفض. ولا يدخل فيه رفض الولي؛ فمساره القرار 184 (10/19) وإخطار الجهة المختصة (المطلب 3-2). ولذلك يوثق في كل تدخل بلا إذن: الخطر، والوقت المتاح، وسبب العجز، وسبب تعذر الممثل، والإجراء، والمشاركون؛ لا عبارة «حالة طارئة» وحدها.

4-2 الدليل السعودي للإذن الطبي في الإسعاف والتخدير

يجعل الدليل السعودي للإذن الطبي لغياب الولي أو تعذر الوصول إليه مسارين: لجنة إذن تشكلها الإدارة الطبية في غير الطارئ، وتجاوز الإذن في حالات إنقاذ الحياة بشروط، منها عدم وجود ولي أو من يمثله، وإجماع طبيبين مختصين على الأقل على ضرورة التدخل الفوري بعد الكشف على المريض [17]. وهو الإطار العملي للمريض المجهول فاقد الوعي، وبسطه في الفصل 5 (المبحث رابعًا، المطلبان 4-5 و4-6). ويعد الدليل إعطاء المخدر من مواضع الإذن المكتوب (المطلب 1-5).

CC BY-NC-ND 4.0

4-3 التقييد ونظام الرعاية الصحية النفسية

تقرر الفقرة 8 من المادة التاسعة من نظام الرعاية الصحية النفسية حق المريض النفسي في المحافظة على حريته، وألا تقيد بعزله إلا عند حاجة يقررها الطبيب المعالج ولمدة محددة [27]؛ وبسط المادة وشروط الدخول الإلزامي في الفصل 27 (المبحث رابعًا). وهذا النص يخص نطاق الرعاية النفسية، فلا يمد آليًا إلى كل مريض هائج في الطوارئ؛ لكنه يؤكد مبدأ الأقل تقييدًا. أما التقييد بسبب هذيان عضوي أو خطر علاجي فتحكمه سياسة منشأة معتمدة تشترط أمرًا ومراقبة وتوثيقًا، مع إحالة الحالة النفسية إلى النظام المختص عند انطباق شروطه.

4-4 البيانات والتعرف إلى المريض المجهول

يعد نظام حماية البيانات الشخصية البيانات الصحية بيانات حساسة، ويقيد جمعها والإفصاح عنها بالغرض والحد اللازم [28]؛ وبسطه في الفصل 7 (المبحث رابعًا، المطلب 4-2). ومقتضاه في الطوارئ أن التواصل المنضبط مع الجهات المختصة للتعرف إلى فاقد الوعي أو حماية حياته جائز بقدر الحاجة، أما نشر صورته أو بياناته في قناة مفتوحة أو حساب شخصي فممنوع.

4-5 السياسة الوطنية لعدم الإنعاش

تنظم السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش، الصادرة عن المجلس الصحي السعودي، قرار عدم الإنعاش وتوثيقه [24]؛ وبسط شروطها ومن يوقع الأمر في الفصل 41. وما يخص هذا الفصل أن الأمر في غرفة العمليات يحتاج إلى إعادة نظر موثقة وفق سياسة المنشأة (المطلب 1-7)، وأن التطبيق يحتاج إلى تدريب: ففي دراسة على 112 طبيبًا في الطوارئ والعناية المركزة بمركز ثالثي سعودي، علم 96.4% بسياسة المستشفى لعدم الإنعاش، لكن 67% لم يقرؤوها، وكان ضعف فهم المرضى والأسر (51.8%) ونقص التدريب (35.7%) أبرز عوائق الحوار [12].

4-6 معايير القبول في العناية المركزة

تضع معايير وزارة الصحة لفرز البالغين وقبولهم وخروجهم من العناية المركزة (الإصدار 1.1، سبتمبر 2024م) معايير سريرية للقبول والخروج، وتجعل قرار الفرز لأعلى أطباء العناية المركزة المناوبين رتبة، وتطلب تحديد حالة عدم الإنعاش قبل التنويم وأثناءه [29]. ولا يجوز أن تحل الاعتبارات المالية محل هذه المعايير؛ فالعلاج الإسعافي لا يتوقف على الدفع أو التأمين (انظر الفصل 9، المبحث رابعًا، والحالة 9/1)، والموافقة المسبقة للتأمين بعده (انظر الفصل 19).

4-7 المراجع المهنية الدولية وحدها النظامي

إرشادات جمعية القلب الأمريكية، والجمعية الأمريكية لأطباء التخدير، وجمعية طب الرعاية الحرجة، والمعهد الوطني البريطاني، مراجع مهنية معتبرة لتجويد السياسة، لكنها ليست أنظمة سعودية. فينبغي أن تعتمد المنشأة إجراء محليًا يوفق بينها وبين نظام مزاولة المهن الصحية والدليل السعودي للإذن الطبي والسياسة الوطنية لعدم الإنعاش ومعايير الوزارة، ولا تنقل عبارة أجنبية إلى الملف بوصفها حكمًا سعوديًا.

جدول: الحد الأدنى للتوثيق

CC BY-NC-ND 4.0

الموضوع	الحد الأدنى اللازم
الإذن العاجل	الخطر، والوقت المتاح، والقدرة، وما شرح، واختيار المريض، وتعذر الممثل إن وجد.
علاج بلا إذن	سبب العجز والتعذر، والضرر من التأخير، والإجراء الضروري، والمشاركون، والإخبار اللاحق.
مجهول الهوية	المعرف المؤقت، ومحاولات التعرف، والمقتنيات، والإفصاح للجهات، ثم سجل المصالحة.
التقييد	السبب القريب، والبدائل، والنوع والوقت، والأمر، والمراقبة، والإصابات، ووقت الفك، والمراجعة.
إذن التخدير	خطة التخدير وبدائله ومخاطره الجوهرية، ومن سيشارك، وما يهم المريض، ومن يمثله إن فقد قدرته.
الوعي أثناء التخدير	رواية المريض بألفاظه، ووقت الإبلاغ، وما شرح له، والإحالة إلى الدعم.
عدم الإنعاش والتخدير	المسار المختار، والإجراءات المقبولة والمرفوضة، والاستثناءات، ووقت عودة الأمر الأصلي.
القبول في العناية المركزة	معيار القبول، ومن قرر، ووقت التقييم، وحالة عدم الإنعاش، والبديل لمن لم يقبل.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 ثلاثة أسئلة قبل أي تدخل عاجل

1. هل الخطر حقيقي وقريب، وما الضرر المتوقع من الانتظار؟
2. هل المريض قادر لهذا القرار الآن، وهل يمكن الحصول على إذنه أو إذن ممثله دون تعريضه لضرر جسيم؟
3. ما أقل تدخل يحقق هدف الإنقاذ، وما خطة الإيقاف والإخبار والتوثيق وإعادة التقييم؟

قاعدة تشغيلية: كلما اتسع التدخل وقل إمكان الرجوع عنه، زادت الحاجة إلى تحقق أقوى من القدرة والهوية والضرورة والرأي الثاني. وكلما ضاق الوقت، تركزت المعلومة على الخطر الأقرب والبدائل الفعلية دون إسقاط الاحترام.

CC BY-NC-ND 4.0

5-2 مسار الإذن العاجل

1. ثبّت ما لا يحتمل التأخير، ثم افحص القدرة على القرار المحدد، وصحح نقص الأكسجة والألم والسكر والهذيان وحاجز اللغة بقدر الممكن.
2. قدم معلومة مركزة: التشخيص المتوقع، والإجراء، وأخطر نتيجة للتأخير، والبديل الفعلي.
3. إذا وافق المريض فوثّق. وإذا رفض وهو قادر فاحترم الرفض وضع خطة أمان وصعّد إلى الاستشاري. وإذا عجز وتعذر الممثل والخطر لا ينتظر فطبق الحد الضروري.
4. ابحث بالتوازي عن التوجيه السابق أو الممثل، وأعد تقويم القدرة والقرار بعد كل تغير مهم.
5. بعد الإفاقة اشرح ما جرى، وخذ إذنًا جديدًا لكل ما لم يعد عاجلًا.



شكل: مسار الإذن في الحالة العاجلة: من سؤال القدرة إلى الحد المنقذ، ومتى يُعاد القرار.

5-3 مسار المريض مجهول الهوية

1. أنشئ معرفًا مؤقتًا فريدًا وسوارًا، واستعمل معرِّفين قبل كل تدخل.
2. افصل المعلومات المؤكدة عن الظنون، وسجل مصدر كل معلومة.
3. عالج ما لا يحتمل الانتظار، وابدأ بحثًا منضبطًا عبر الأمن والخدمة الاجتماعية والجهات المختصة.
4. احفظ المقتنيات وسلسلة حيازتها، ولا تنشر صورة أو بيانات في قناة غير معتمدة.
5. عند ثبوت الهوية أوقف مؤقتًا الأوامر عالية الخطورة، وراجع التطابق، ثم ادمج السجل بمراجعة مزدوجة.

CC BY-NC-ND 4.0

5-4 مسار الهياج والتقييد

جدول: مراحل إدارة الهياج

المرحلة	إجراء الفريق	معيار التوقف أو التصعيد
وقاية	مكان آمن، ومعلومات عن الانتظار، وتقليل الجمهور، ومخرج واضح، وأمن ظاهر دون استفزاز.	أي علامة خطر وشيك تستدعي دعمًا مبكرًا.
خفض التصعيد	متحدث واحد، ونبرة هادئة، وحدود واضحة، وخيارات واقعية، وعلاج الألم أو الخوف.	إن تراجع الخطر استمر الحوار بلا قيد.
تدخل تقييدي	أقل وسيلة فعالة، وفريق مدرب، وحماية الرأس ومجرى الهواء، وتجنب الانبطاح والضغط على الصدر، وتوقيت ومراقبة.	يفك فور زوال الخطر أو ظهور ضرر.
بعد الحدث	فحص، وشرح، وتوثيق، وإبلاغ، ودعم المعتدى عليه، ومراجعة سبب النظام.	خطة لمنع التكرار ومعالجة السبب السريري.

5-5 قائمة ما قبل التخدير لمريض عليه أمر عدم إنعاش

- هل الأمر صحيح وحديث، وما أهداف المريض من العملية؟
- أي تدخلات التخدير المعتادة تشبه الإنعاش: تنبيب، وتهوية، وأدوية قابضة للأوعية، وإزالة رجفان؟
- أي أسباب للتوقف قابلة للعكس بسبب التخدير أو الجراحة، وما عبء الإنقاذ المتوقع؟
- هل اختير تعليق كامل مؤقت، أم تحديد إجراءات بعينها، أم توجيه بالأهداف والقيم؟
- ما الاستثناءات، ومن يقرر داخل العملية، ومتى يعود الأمر الأصلي؟
- هل اتفق الجراح وطبيب التخدير والطبيب المسؤول، وهل يعرف فريق الإفاقة والعناية المركزة الخطة؟

5-6 ورقة قرار قابلة للتعبئة

الحقل	ما يدون
تعريف الحالة	المشكلة، والمكان، والزمن المتاح، وهوية المريض أو معرفه المؤقت، وصاحب الإذن.
الوقائع الطبية	الخطر، والقدرة، والأسباب القابلة للعكس،

CC BY-NC-ND 4.0

الحقل	ما يدون
	والبدائل، والموارد، والمآل المتوقع.
القيم والاختيار	ما فهمه المريض، وقبوله أو رفضه، وتوجيهاته، وممثله، وما تقوله الأسرة عن قيمه.
الفقه والنظام	القاعدة والنص، وهل الضرورة أو التزاحم أو شروط عدم الإنعاش متحققة.
القرار والمتابعة	الإجراء، والمنفذ، وحدود القيد أو الإفصاح أو الإنعاش، ووقت الإيقاف، والمراجعة اللاحقة.

5-7 إشارات توقف فورية

- مريض قادر يعامل معاملة العاجز لأنه رفض.
- اسم مؤقت مكرر، أو دمج سجل قبل المصالحة.
- تقييد بلا سبب ولا وقت ولا مراقبة، أو قوة تستمر بعد زوال الخطر.
- إذن تخدير يختزل في توقيع الجراح.
- إعلان ندرة بلا تفعيل رسمي، أو أولوية بسبب التأمين أو المكانة.
- أمر عدم إنعاش فهم منعًا لكل علاج، أو علق آليًا في إجراء غير جراحي، أو لم يراجع بعد عودته عقب الجراحة.

سادسًا: الحالات التطبيقية

تحلل الحالات الآتية بنموذج الأركان الأربعة بعد البوابات الخمس (انظر الفصل 4). وأما رفض المنشأة علاج مريض طارئ بسبب الضمان المالي فحالته في الفصل 9 (الحالة 9/1)، وأما اعتداء مرافق على ممرضة في الطوارئ فحالته في الفصل 12 (الحالة 12/2).

الحالة الأولى: مصاب مجهول فاقد الوعي يحتاج جراحة ونقل دم عاجلين

الوقائع. وصل رجل في نحو الثلاثين إلى الطوارئ بعد حادث مروري، ينزف في بطنه، وهو في صدمة دورانية، فاقد الوعي، لا هوية معه ولا مرافق. يحتاج إلى نقل دم وفتح بطن خلال دقائق، ولا يُعرف له توجيه سابق. وفي الساعة نفسها وصل مصاب آخر مجهول من الحادث ذاته.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: نزف مهدد للحياة لا يحتمل الانتظار. الأمن: لا خطر على الفريق، لكن تعدد المجهولين خطر على سلامة التعريف. القدرة على القرار: فاقد الوعي، فلا قدرة الآن. صاحب الصفة: لا ولي ولا ممثل معروف، ولا يمكن انتظار أحد. السؤال المطلوب تقريره: هل يجرى الإنقاذ بلا إذن، وكيف يمنع خطأ الهوية؟

الركن الطبي. يبدأ الفريق بروتوكول النزف والجراحة الضرورية، ويعطي كلًّا من المجهولين اسمًا ورقمًا مؤقتين فريدين، مع معرِّفين قبل الدم والعينات. ويقتصر على ما يوقف النزف ويثبت الحالة، وتؤجَّل الإجراءات غير العاجلة.

الركن الأخلاقي. الإنقاذ المؤقت هنا يخدم مصلحته المفترضة، مع أقل تدخل لازم، وحماية لكرامته وبياناته. ولا يؤخر البحث عن اسمه العلاج، ولا يبرر نشر صورته بحجة التعرف إليه.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الفقهي. حفظ النفس والضرورة يجيزان الإجراء بقدرها، وقد قرر القـرار 67 (5/7) أن العلاج في الإسعاف المهدد للحياة لا يتوقف على الإذن [22]، مـع اسـتمرار البحث عن ولي وعـدم التوسع في غير العاجل.

الركن النظامي. تنطبق المادة التاسعة عشرة: حاجة فورية لإنقاذ الحيـاة، وتعـذر الموافقـة في الوقت المناسب [26]، ويسندها مسار الدليل السـعودي في حـالات إنقـاذ الحيـاة بإجمـاع طبيـبين مختصين [17]. ويقتصر الإفصاح للتعرف على الجهات المختصة بقدر الحاجة [28].

القرار المهني الموزون. يُنقل الدم وتُجرى الجراحة المنقذة فورًا بتعريـف مـؤقت فريـد لكـل مصاب، ويوثق طبيبان مختصان ضرورة التدخل الفوري، ويبدأ البحث عن الهوية والممثل بالتوازي، ويُؤجل ما ليس عاجلًا حتى يستعيد المريض قدرته أو يحضر ممثله؛ لأن الخطر يهدد الحيـاة، والإذن متعذر، والتأخير ضرر لا يُستدرك. واستُبعد دمج سجله فور معرفة اسم محتمل لأنه يعرضه لأخطاء الحساسية والفصيلة. ويُعاد النظر إذا ظهر قبل الإجراء، دون ضرر التأخير، سـوار طـبي موثـوق أو توجيه سابق أو ممثل معتبر.

الدرس. الجهل باسم المريض لا يؤخر إنقاذه، ولا يبرر ضعف التعريف.

الحالة الثانية: مريض بنقص أكسجة شديد يرفض التنبيب

الوقائع. رجل في الخامسة والخمسين، به التهاب رئوي شديد، وتشبع الأكسـجين عنـده منخفض مع الأكسجين عالي التدفق. يقول: «لا أريد الجهاز». وهو قلق متقطع الانتباه، ولا يُدرى أهـو رفض عارض أم قيمة ثابتة عنده. وزوجته في الطريق، ولا توجيه مسبق مكتوب.

البوابات. الاستقرار الإسـعافي: فشـل تنفسـي وشـيك خلال دقـائق إلى سـاعة. الأمن: لا خطـر. القدرة على القرار: مشكوك فيها بسبب نقص الأكسجة وتقلب الانتبـاه. صـاحب الصـفة: المـريض إن ثبتت قدرتـه، وإلا فممثلـه. السـؤال المطلـوب تقريـره: هـل رفضـه معتـبر، أم أن الإذن متعـذر فيجوز التنبيب؟

الركن الطبي. يُعالج نقص الأكسجة بأقصى دعم غير باضع ممكن، ويُقوَّم فهمه وانتباهه وقدرتـه على تقدير احتمال الموت، ويُبحث عن رغبة سابقة له. ويمكن تجربة التهويـة غـير الباضـعة بمهلـة قصيرة محددة إن كانت آمنة.

الركن الأخلاقي. الـرفض ليس دليـل عجـز؛ ولكن القـرار الـذي يصـدر تحت نقص الأكسـجة أو الهذيان قد لا يكون تعبيـرًا عن إرادة صـاحبه. فـإذا وضـح العجـز والخطـر، فـالافتراض إنقـاذ قابـل للمراجعة، لا فرض دائم.

الركن الفقهي. يتحقق مناط العقل والضـرورة. فـإن غـاب الإدراك وخيـف الهلاك جـاز التنـبيب بقدر الحاجة [22]. وإن ثبت العقل والفهم فالإذن واجب عليـه ديانـةً عنـد القـرار 184 (10/19)، وتنزيل التدخل مع رفض القادر في المنشأة السعودية على ما في الفصل 5 [23].

الركن النظامي. الاسـتثناء في المـادة التاسـعة عشـرة يحتـاج إلى تعـذر موافقـة صـحيحة في الـوقت المناسـب [26]. فـالعجز الثـابت يـدخل فيـه، والـرفض القـادر لا يـدخل. ويوثـق التقـويم والأسباب القابلة للعكس والمعلومة ومحاولات الوصول إلى الممثل.

القرار المهني الموزون. يُعطى أقصى دعم غير باضع، ويُعاد تقويم القدرة فورًا بحضور طبيب أقدم، فإن ثبت العجز والخطر لا ينتظر، نُبّب مؤقتًا علاجًـا لحـدث عـارض قابـل للعكس، لا التزامًـا

CC BY-NC-ND 4.0

بكل تدخل لاحق، وأُعيد القرار بعد التحسن مع المريض أو ممثله؛ لأن الخطر وشيك، والقرار المشوب بنقص الأكسجة لا يعد رفضًا صحيحًا. ويُعاد النظر إذا استعاد قدرة واضحة وكرر رفضًا مستنيرًا، فيُحترم رفضه مع خطة تلطيفية وأمان وتصعيد إلى الاستشاري والاستشارة الأخلاقية (انظر الفصل 13)، أو ظهر توجيه مسبق صحيح يرفض التنبيب، فيُعمل به؛ أما رفض الزوجة وهو عاجز فلا يُعتد به في العلاج المنقذ، ويُسلك مسار القرار 184 (10/19) وإخطار الجهة المختصة (المطلب 3-2).

الدرس. الإسعاف يجيز التدخل عند تعذر الإذن، لا عند رفض القادر؛ والفيصل تقويم القدرة، لا مضمون الجواب.

الحالة الثالثة: هذيان وعدوان وسحب للقسطرة في العناية المركزة

الوقائع. مريضة في السبعين، في يومها الثالث بالعناية المركزة بعد جراحة بطنية، أصابها هذيان في الليل، فسحبت القسطرة المركزية، وضربت الممرضة حين حاولت تهدئتها. واجتمع أهلها عند السرير، ومنهم ابنها الذي يثبت ملفها أنه ممثلها، وارتفعت الأصوات، وهياجها يزداد.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: نزف محتمل من موضع القسطرة وخطر سحب أنبوب آخر. الأمن: خطر قريب على المريضة والممرضة. القدرة على القرار: غائبة مؤقتًا بسبب الهذيان. صاحب الصفة: الطبيب المسؤول في القرار العلاجي العاجل، وابنها ممثلًا لها في ما يحتمل الانتظار. السؤال المطلوب تقريره: هل يجوز التقييد، وبأي قدر ولأي مدة؟

الركن الطبي. يُضغط على موضع القسطرة، ويُبحث عن السبب: الألم، ونقص الأكسجة، والاحتباس، والأدوية، والعدوى، ونقص السكر؛ ويُقلَّل الجمع حول السرير، ويُعيَّن متحدث واحد. فإن بقي خطر قريب استُعمل أقل قيد، مع مراقبة وفك مبكر، وتُحدَّد غاية أي دواء مهدئ [8].

الركن الأخلاقي. حماية المريضة والعاملين تبرر تدخلًا متناسبًا، لا عقوبة. وتبقى الرعاية والكرامة بعد الاعتداء، فالمريضة لم تكن تملك أمرها. وتستحق الممرضة فحصًا ودعمًا وإبلاغًا (انظر الفصل 12). وتُخبر الأسرة بسبب الهذيان وبما سيُفعل، بدل إبعادها بلا تفسير.

الركن الفقهي. يجوز منع فاقد الإدراك من إضرار نفسه ودفع الصائل بالأخف، ويتوقف الدفع بزوال الخطر. ولا يجوز الانتقام ولا ترك العلاج، والمريضة غير مؤاخذة على ما صدر منها وهي فاقدة الإدراك.

الركن النظامي. تطبق سياسة التقييد المعتمدة في المنشأة: سبب قريب، وبدائل جربت، وأمر طبي، ووقت، ومراقبة. ولا ينطبق نظام الرعاية الصحية النفسية على هذيان عضوي، لكن مبدأ الأقل تقييدًا الذي يقرره يرشد السياسة [27].

القرار المهني الموزون. يُخرج الزوار غير الضروريين مع بقاء ابنها، ويُعالج السبب القابل للعكس، ويُستدعى فريق مدرب وأمن المنشأة، ويُستعمل قيد مؤقت على المعصمين إن لم يكفِ خفض التصعيد، مع مراقبة التنفس والدوران والأطراف، بأقل وسيلة فعالة لأقصر مدة، بلا انبطاح ولا ضغط على الصدر، مع تقييم متكرر وفك فور زوال الخطر؛ لأن سحب الأنابيب يهدد حياتها والاعتداء يهدد الممرضة، مع فقدها القدرة على القرار. واستُبعدت التهدئة العميقة لإسكاتها لأنها قيد دوائي يزيد الهذيان. ويُعاد النظر إذا تبين أن السلوك مقصود من مريضة قادرة بلا اضطراب عضوي، فيزيد دور الأمن والجهات المختصة، مع بقاء القوة في الحد اللازم واستمرار الرعاية.

الدرس. القيد يقيد الضرورة لا الإنسان؛ يبدأ بعلاج السبب، وينتهي بفك مبكر.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الرابعة: أمر عدم إنعاش قبل تنظير عاجل

الوقائع. مريض في السبعين، به سرطان رئة منتشر، وعليه أمر عدم إنعاش صحيح، يحتاج إلى تنظير هضمي عاجل لإيقاف نزف. يقول إنه يقبل تنبيبًا قصيرًا لأجل التخدير، ولكنه يرفض الضغطات الصدرية، أو إنعاشًا مطولًا يتركه معتمدًا على الأجهزة. والسياسة الوطنية لحالات عدم الإنعاش تعلق الأمر تلقائيًا في الجراحة وتعيده بعد 48 ساعة منها، ولا تنص على التنظير تحت التخدير.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: نزف مستمر يحتاج تدخلًا خلال ساعات. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: قادر. صاحب الصفة: المريض نفسه. السؤال المطلوب تقريره: ما نطاق أمر عدم الإنعاش أثناء التخدير والتنظير؟

الركن الطبي. يفصل طبيب التخدير بين تدخلات روتينية قابلة للعكس، كالتنبيب والأدوية القابضة، وبين توقف لا يريد المريض أن يُنعش منه. وتُقدَّر مخاطر النزف والتخدير وخطة الإفاقة.

الركن الأخلاقي. مدّ التعليق التلقائي المقرر للجراحة إلى تنظير يلغي استقلاليته في غير موضع النص، والتطبيق الجامد للأمر قد يحرمه علاجًا نافعًا؛ فكلا الطرفين خطأ. وإعادة النظر المطلوبة هي التي تحول قيمه إلى تعليمات قابلة للتنفيذ [3، 18].

الركن الفقهي. الأصل الوفاء بإرادته المعتبرة وعدم الإضرار به، مع جواز تدخل مؤقت اتفق عليه لعلاج سبب عارض قابل للعكس. وأمر عدم الإنعاش لا يسقط العلاج النافع (المطلب 3-5).

الركن النظامي. نص السياسة الوطنية في التعليق التلقائي خاص بالجراحة [24]؛ فيحكم التنظير سياسة المنشأة، ويوثق تعديل نطاق الأمر ووقت عودته، وتسترشد الممارسة بإرشادات الجمعية الأمريكية لأطباء التخدير دون عدها نظامًا سعوديًا.

القرار المهني الموزون. يجري حوار مشترك بين المريض وطبيب التخدير والطبيب المعالج والمنظِّر، ويُختار مسار المحاولة المحدودة الموجهة بالإجراء: يُقبل التنبيب والأدوية اللازمة، وتُرفض الضغطات والإنعاش المطول، ويعود الأمر الأصلي عند نقطة إفاقة متفق عليها، كخروجه من غرفة الإفاقة؛ لأن هذا المسار يوفق بين علاج النزف وإرادة المريض المعتبرة. واستُبعد مد التعليق التلقائي المقرر للجراحة إلى التنظير لأن النص خاص بالجراحة. ويُعاد النظر لو كان الإجراء جراحة، فيُعلَّق الأمر تلقائيًا بنص السياسة الوطنية ويعود بعد 48 ساعة منها، أو فقد المريض قدرته وتعذر التأخير، فيُرجع إلى توجيهه الموثق وممثله بتفسير يحفظ أهدافه مع الحد الأدنى من التدخلات الضرورية.

الدرس. في الجراحة يُعلَّق أمر عدم الإنعاش تلقائيًا ويعود بعد 48 ساعة بنص السياسة الوطنية، والحوار يجري في داخل ذلك؛ وأما الإجراء غير الجراحي تحت التخدير فيُعاد النظر فيه، فلا يُعلَّق آليًا ولا يُطبَّق جامدًا.

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
مصاب مجهول فاقد الوعي يحتاج جراحة	يُنقل الدم وتُجرى الجراحة المنقذة فورًا	الخطر يهدد الحياة، والإذن متعذر،	ظهر قبل الإجراء، دون ضرر التأخير،

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
ونقل دم عاجلين	بتعريف مؤقت فريد، ويوثق طبيبان مختصان ضرورة التدخل، ويبدأ البحث عن الهوية والممثل بالتوازي، ويُؤجل ما ليس عاجلًا	والتأخير ضرر لا يُستدرك؛ ودمج السجل فور معرفة اسم محتمل يعرّضه لأخطاء الحساسية والفصيلة	سوار طبي موثوق أو توجيه سابق أو ممثل معتبر
مريض بنقص أكسجة شديد يرفض التنبيب	أقصى دعم غير باضع، وإعادة تقويم القدرة فورًا بحضور طبيب أقدم؛ فإن ثبت العجز والخطر لا ينتظر تُبّب مؤقتًا علاجًا لحدث عارض قابل للعكس، وأُعيد القرار بعد التحسن	الخطر وشيك، والقرار المشوب بنقص الأكسجة لا يعد رفضًا صحيحًا	استعاد قدرة واضحة وكرر رفضًا مستنيرًا فيُحترم مع خطة تلطيفية وأمان وتصعيد؛ أو ظهر توجيه مسبق صحيح يرفض التنبيب فيُعمل به
هذيان وعدوان وسحب للقسطرة في العناية المركزة	يُعالج السبب القابل للعكس، ويُستعمل قيد مؤقت على المعصمين إن لم يكفِ خفض التصعيد، بأقل وسيلة لأقصر مدة، بلا انبطاح ولا ضغط على الصدر، ويُفك فور زوال الخطر	سحب الأنابيب يهدد حياتها والاعتداء يهدد الممرضة، مع فقدها القدرة على القرار؛ والتهدئة العميقة لإسكاتها قيد دوائي يزيد الهذيان	تبين أن السلوك مقصود من مريضة قادرة بلا اضطراب عضوي، فيزيد دور الأمن والجهات المختصة، مع بقاء القوة في الحد اللازم واستمرار الرعاية
مريض عليه أمر عدم إنعاش يحتاج تنظيرًا عاجلًا	حوار مشترك يُختار فيه مسار المحاولة المحدودة الموجهة بالإجراء: يُقبل التنبيب والأدوية اللازمة، وتُرفض الضغطات والإنعاش المطول، ويعود الأمر الأصلي عند نقطة إفاقة متفق عليها	هذا المسار يوفق بين علاج النزف وإرادة المريض المعتبرة؛ والتعليق التلقائي نص خاص بالجراحة	كان الإجراء جراحة فيُعلَّق الأمر تلقائيًا ويعود بعد 48 ساعة منها؛ أو فقد قدرته وتعذر التأخير فيُرجع إلى توجيهه الموثق وممثله

CC BY-NC-ND 4.0

مواقف متكررة

سرير عناية مركزة واحد وضغط مالي. مـريض غـير مـؤمَّن عليـه في صـدمة إنتانيـة، وآخـر مؤمَّن مستقر ينتظر مراقبة بعد إجراء، وموظـف مـالي يطلب إبقـاء السـرير للمـؤمَّن. والجـواب: السرير لمن تستدعيه الحاجة الطبية العاجلة وفق معايير القبول [9، 29]، لا لمن يحمل البطاقـة، مع بديل آمن للمستقر، وتُعالج التغطية خارج قرار الإنقاذ، ويُبلَّـغ عن الضـغط المـالي. وأصـل منـع المطالبة المالية قبل الإسعاف في الفصل 9 (الحالة 9/1)، وتوزيع الموارد في الفصل 37.

مريض يشكو بعد العملية أنه سمع الفريق وشعر بالعجز عن الحركة. والجواب: لا يُنكر عليه ولا يُهوَّن من أمره، بل تُسمع روايته وتُوثَّـق بألفاظـه، ويُخـبر بمـا يُحتمـل أنـه حـدث، ويُراجـع سـجل التخـدير، ويُعـرض عليـه الـدعم النفسـي، وتُبلَّـغ الواقعـة في نظـام سـلامة المرضـى [7]. والإفصاح عن الحدث في الفصل 8.

جرعة تُعطى لمـريض هـائج لتقليـل حركتـه فقـط. والجـواب: هـذه قيـد دوائي، لا تهدئـة علاجية، مهما كان اسمها في الأمر الطـبي؛ فتلزمهـا ضـوابط التقييـد كاملـة: سـبب قـريب موثـق، وبديل جُرِّب، وأمر ومدة، ومراقبة الوعي والتنفس والدوران، وفك مبكر، ومراجعة بعد الحدث. أما إن كان القصد علاج هذيان أو ذهان أو ألم، فالوصف علاجي وتبقى المراقبة.

أسـرة تطلب إنعاشًـا كـاملًا في مـرض نهـائي. والجـواب: يثبت أمـر عـدم الإنعـاش وفـق السياسة الوطنية، وتُصحَّح المفاهيم في لقاء منظم هادئ: فـالقرار يخص الإنعـاش القلـبي الرئـوي وحده، وتستمر المسكنات والأكسجين والعلاج النافع والدعم الروحي والأسـري، ويُعـرض رأي ثـانٍ أو استشارة أخلاقية إذا استمر الخلاف. ويُسمّى العلاج المطلـوب «قـد يكـون غـير مناسـب» عنـد الخلاف القيمي، ويُحصر وصف «عديم الجـدوى» فيمـا لا يحقـق هدفـه الفسـيولوجي [11] (انظـر الفصلين 41 و42).

طبيب منفرد يعلن الندرة ليؤجل مريضًا. والجواب عند المؤلف: لا يملك ذلـك، ولـو صـدقت نيتـه. فالانتقـال إلى منطـق النـدرة لا يصـح إلا بتفعيـل من صـاحب صـلاحية وفـق خطـة المنشـأة المعتمدة، ويبقى الترتيب قبله بالاستعجال السريري وحده. وتفصيل الكوارث ومعـايير الرعايـة في الأزمات في الفصل 34، والفرز عند الندرة في الفصل 37.

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. الاستعجال يختصر إجراءات القرار ولا يسقط الحقوق؛ والمطلوب أقل اختصـار آمن يعقبـه إخبار وتوثيق ومراجعة.
2. استثناء الطوارئ في المادة التاسـعة عشـرة مشـروط بـالخطر وتعـذر الموافقـة معًـا، فلا يشمل رفض المريض القادر، ولا رفض الولي الذي مساره القرار 184 (10/19) وإخطـار الجهة المختصة [23، 26].
3. القـدرة على القـرار في الطـوارئ متقلبـة، والهـذيان يفـوت كثـيرًا؛ إذ لم يتعـرف أطبـاء الطوارئ على 76% من حالاته في دراسة على المسنين [13].

CC BY-NC-ND 4.0

4. المـريض مجهـول الهويـة لـه الحقـوق كلهـا، وسـلامته تتوقـف على معـرف مـؤقت فريـد ومصالحة محكومة للسجل [14، 15].
5. التقييد تدخل علاجي مقيد بالتناسب والأقل تقييدًا وأقصر مدة، ولا يستعمل عقوبة [8].
6. إذن التخدير مستقل ومكتوب، وحوار ما قبل التخدير يغلب عليه الإجـراء على حسـاب قيم المريض [6، 17]؛ والوعي أثناء التخدير نادر لكن أثره النفسي كبير [7].
7. أمر عدم الإنعاش في الجراحة يعلق تلقائيًا ويعود بعـد 48 سـاعة بنص السياسـة الوطنيـة، ويجري الحوار المسبق داخله؛ وفي الإجراء غير الجـراحي تحت التخـدير يحتـاج إلى إعـادة نظر لا إلى تعليق آلي [3، 24].
8. القبول في العناية المركزة قرار طـبي بمعـايير معلنـة لا ماليـة، ويحتـاج تحديـد حالـة عـدم الإنعاش مبكرًا [9، 29].

التوصيات

للممارس: أن يفرق في كل قرار عاجـل بين العجـز والـرفض، ويوثـق الخطـر والـوقت والقـدرة والتعذر، ويستعمل معرِّفين لكل مجهول، ويبدأ الهياج بعلاج سببه، ويأخذ إذن التخدير بنفسه ويسأل عما يهم المريض، ويعيد النظر في أمر عدم الإنعاش قبل كل عملية.

للمنشأة: أن تعتمـد نموذجًـا مختصـرًا للإذن العاجـل يثبت القـدرة والـوقت والتعـذر، وبروتوكـولًا للمريض المجهول بأسماء مؤقتة فريدة ومصالحة مزدوجة، وسياسة للتقييد بأمر ومراقبـة وتـدقيق لكل واقعة، وسياسة لعدم الإنعـاش حـول العمليـة تلغي التعليـق الآلي، ومعـايير قبـول في العنايـة المركزة تفصل القرار الطبي عن المالي، وبرنامجًا لمنع العنف يبدأ بالبيئة والمعلومات والتدريب.

للتعليم والبحث: أن يدرب المقيمون على تقويم القـدرة السـريع وخفض التصـعيد وحـوار عـدم الإنعـاش قبـل العمليـة، وأن تجـرى دراسـات سـعودية على الهـذيان في الطـوارئ، وأخطـاء هويـة المرضى المجهولين، والوعي أثناء التخدير، وتطبيق معايير القبول في العناية المركزة.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فأخلاقيات الطوارئ والتخدير والعناية المركزة لا تطلب من الفريق أن يبطئ الإنقـاذ، بـل أن يجعل السرعة منضبطة. فالتمييز بين العجز والرفض، وبين الهوية والأهليـة، وبين القيـد والعقوبـة، وبين الإذن بالجراحـة والإذن بالتخـدير، وبين عـدم الإنعـاش وعـدم العلاج، يمنـع معظم الانزلاقـات الخطرة. والقرار الجيد هو الذي ينقذ ما يمكن إنقـاذه، ويحفـظ الكرامـة، ويقيـد الضـرورة بقـدرها، ويشرح نفسه في السجل وفي الحوار. فإن أردت الخلاصة يا أخي الطبيب فهي: أنقـذ عنـد التعـذر الحقيقي، واحترم الرفض القادر، وقيد الضرورة لا الإنسان، واقبل في العناية بالحاجـة لا بالمكانـة، واجعل عدم الإنعاش خطة محددة لا عنوانًا للتخلي.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين تعذر الإذن ورفضه في المادة التاسعة عشرة؟ ولمـاذا لا يـدخل رفض الـولي في استثناء الطوارئ؟
2. وصل مريض بنقص أكسجة شديد يرفض التنبيب. ما الخطوات التي تقـوم بهـا قبـل الحكم بقدرته أو عجزه، وبأي ترتيب؟

CC BY-NC-ND 4.0

3. كيف تمنع خطأ الهوية عند وصول مصابين مجهولين من حادث واحد؟ وما الذي تراجعه قبل دمج السجل؟
4. متى تصير الجرعة المهدئة قيدًا دوائيًا؟ وما الضوابط التي تلزمها حينئذ؟
5. لماذا لا يكفي توقيع الجراح إذنًا بالتخدير؟ وما الذي كشفته المراجعة المنهجية لحوار ما قبل التخدير؟
6. قارن بين المسارات الثلاثة لأمر عدم الإنعاش أثناء التخدير. أيها تختار لمريض يقبل التنبيب ويرفض الضغطات، وكيف توثقه؟
7. اشتكى مريض بعد العملية أنه سمع الفريق ولم يستطع الحركة. كيف تتعامل معه أخلاقيًا ومهنيًا؟
8. على أي أساس يقبل المريض في العناية المركزة وفق معايير وزارة الصحة؟ وما الذي لا يجوز أن يدخل في القرار؟

المراجع

[1] Almass A, Aldawood MM, Aldawd HM, et al. A systematic review of the causes, consequences, and solutions of emergency department overcrowding in Saudi Arabia. Cureus. 2023;15(12):e50669. https://doi.org/10.7759/cureus.50669

[2] Elmer J, Atkins DL, Daya MR, Del Rios M, Fry JT, Henderson CM, et al. Part 3: Ethics: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2025;152(16 Suppl 2):S323–S352. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001371

[3] American Society of Anesthesiologists, Committee on Ethics. Statement on Ethical Guidelines for the Anesthesia Care of Patients with Do-Not-Resuscitate Orders. Approved 17 October 2001; reaffirmed 18 October 2023. asahq.org

[4] American Society of Anesthesiologists. Principles for the Ethical Practice of Anesthesiology. Approved 15 October 2003; last amended 15 October 2025. asahq.org

[5] American Society of Anesthesiologists, Committee on Practice Parameters. Basic Standards for Preanesthesia Care. Approved 14 October 1987; last amended 15 October 2025. asahq.org

[6] Tylee MJ, Rubenfeld GD, Wijeysundera D, Sklar MC, Hussain S, Adhikari NKJ. Anesthesiologist to patient communication: a systematic review. JAMA Netw Open. 2020;3(11):2023503. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.23503

[7] Cook TM, Andrade J, Bogod DG, Hitchman JM, Jonker WR, Lucas N, et al. 5th National Audit Project (NAP5) on accidental awareness during general

anaesthesia: patient experiences, human factors, sedation, consent, and medicolegal issues. Br J Anaesth. 2014;113(4):560–74. https://doi.org/10.1093/bja/aeu314

[8] National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10). London: NICE; 2015. nice.org.uk

[9] Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU admission, discharge, and triage guidelines: a framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. Crit Care Med. 2016;44(8):1553–602. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001856

[10] Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. Crit Care Med. 2017;45(1):103–28. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169

[11] Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, et al. An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. Am J Respir Crit Care Med. 2015;191(11):1318–30. https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0924ST

[12] Gouda A, Alrasheed N, Ali A, Allaf A, Almudaiheem N, Ali Y, et al. Knowledge and attitude of ER and intensive care unit physicians toward do-not-resuscitate in a tertiary care center in Saudi Arabia: a survey study. Indian J Crit Care Med. 2018;22(4):214–22. doi:10.4103/ijccm.IJCCM_523_17

[13] Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. Acad Emerg Med. 2009;16(3):193–200. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00339.x

[14] The Joint Commission. Two Patient Identifiers – Understanding the Requirements. Standards FAQ, National Patient Safety Goals; last updated 29 August 2022. From 1 January 2026 the National Patient Safety Goals were replaced by the National Performance Goals, where patient identification falls under “Right patient, right care”. jointcommission.org

[15] Janowak CF, Janowak LM. Misidentifying the unidentified – John Doe and the EHR. AHRQ Patient Safety Network, WebM&M; 30 October 2019. psnet.ahrq.gov

Shaikh S, Shahzad H, Khan M, et al. Effect of low-cost interventions to [16] reduce the incidence of violent events in two public sector tertiary-care emergency departments, Pakistan. East Mediterr Health J. 2022;28(2):144–51. https://doi.org/10.26719/emhj.22.026

[17] 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

Ahsanuddin S. Required reconsideration for the implementation of do not [18] attempt resuscitation (DNAR) orders in the preoperative setting. Bioethics Journal, Center for Bioethics, Harvard Medical School; 1 April 2021. bioethics.hms.harvard.edu

Wendler D, Rid A. Systematic review: the effect on surrogates of making [19] treatment decisions for others. Ann Intern Med. 2011;154(5):336–46. https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-5-201103010-00008

Vinay R, Baumann H, Biller-Andorno N. Ethics of ICU triage during COVID- [20] 19. Br Med Bull. 2021;138(1):5–15. https://doi.org/10.1093/bmb/ldab009

[21] سنن ابن ماجه، كتاب الأحكام، باب من بنى في حقه ما يضر بجاره، ح 2341 («لا ضرر ولا ضرار»)؛ وحسّنه النووي في الأربعين النووية (ح 32) وقال: وله طرق يقوي بعضها بعضًا. sunnah.com

[22] 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

[23] 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

[24] المجلس الصحي السعودي. السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش. 14 جمادى الآخرة 1438هـ (13 مارس 2017م)؛ وتثبت ضمن مراجعها الفقهية فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم (12086) وتاريخ 30/6/1409هـ. moh.gov.sa

[25] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش. الدورة الثالثة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م. 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 الثامنة والخامسة عشرة والسادسة عشرة والتاسعة عشرة والحادية والعشرون. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[27] نظام الرعاية الصحية النفسية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/56) وتاريخ 20/9/1435هـ (17/7/2014م)، ولا سيما المادة التاسعة. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[28] نظـــام حمايـــة البيانـــات الشخصـــية، الصـــادر بالمرســـوم الملكي رقم (م/19) وتـــاريخ 9/2/1443هـ، المعـــدل بالمرســـوم الملكي رقم (م/148) وتـــاريخ 5/9/1444هـ. هيئـــة الخـــبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[29] وزارة الصحة. Adult ICU Triage, Admission, and Discharge Criteria. Version 1.1; September 2024. moh.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0