الباب السادس

أخلاقيات الطوارئ والكوارث والإغاثة والعمل التطوعي

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات الطوارئ والكوارث والإغاثة والعمل التطوعي». 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 الرابع والثلاثون

أخلاقيات الطوارئ والكوارث والإغاثة والعمل التطوعي

معايير الرعاية في الأزمات • واجب الحضور وحدود الخطر على الممارس • العمل التطوعي الصحي والممارسة خارج الترخيص • الإغاثة الدولية والمبادئ الإنسانية وحماية العمل الطبي في النزاعات • الحج والحشود في السياق السعودي • 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 والجراحة والعناية المركزة والرعاية الأولية، والتمريض والإسعاف، وقادة المنشآت وغرف العمليات، والفرق التطوعية والإغاثية، والعاملون في الخدمات الصحية للحج • الفصل الأم لـ: أخلاقيات الكوارث والإغاثة (معايير الرعاية في الأزمات، وواجب الحضور والخطر الشخصي على الممارس، والعمل التطوعي الصحي والممارسة خارج الترخيص، والمبادئ الإنسانية بقراري الجمعية العامة للأمم المتحدة 46/182 و58/114، وحماية العمل الطبي في النزاعات المسلحة، والحج والحشود)، ونظام العمل التطوعي، وتنظيم هيئة الهلال الأحمر السعودي ونظام شارته، ونظام الدفاع المدني • يحيل إلى: الفصول 4، 5، 7، 9، 10، 12، 32، 33، 35، 37، 38، 41، 42 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

الطب في الأحوال المعتادة يقوم على أن يُبذل لكل مريض أقصى ما يمكن. أما في الكارثة فالموارد أقل من الحاجة، والوقت أضيق، والمعلومة ناقصة، والخطر يمتد إلى المعالِج نفسه. فتتحول قاعدة العمل إلى أكبر نفع ممكن لأكبر عدد ممكن بما هو متاح. وليس هذا تخفيفًا للأخلاق، بل تغيير في موضعها: فالكارثة تغيّر ما هو ممكن، ولا تغيّر ما هو صواب.

ويعالج الفصل بنموذج الأركان الأربعة خمس مسائل هي مادته الأصيلة: متى وكيف يُعلن الانتقال إلى معايير الرعاية في الأزمات وما الذي لا يتغير فيها؛ وواجب الممارس في الحضور وحدوده حين يتهدده الخطر، وما تدين به المؤسسة له في المقابل؛ والعمل التطوعي الصحي وأحكامه وضوابطه، ومنها الممارسة خارج الترخيص؛ والإغاثة الدولية ومبادئها الإنسانية وحياد الطبيب في النزاعات؛ والحج والحشود بوصفها الصورة السعودية الأخص للباب. أما معايير الفرز وتوزيع الموارد الشحيحة ففصلها الأم الفصل 37، وأحكام الأوبئة والحجر في الفصل 35.

وينتهي الفصل إلى أن أكثر الإخفاق لا يقع لحظة الحدث بل قبله: في خطة لم تُختبر، ومعايير لم تُعلن، وتدريب لم يُجر. وأن واجب الحضور حقيقي غير مطلق، يقابله واجب مؤسسي أقوى في الحماية. وأن التطوع فضل عظيم لا يُسقط معيار الكفاءة ولا شرط الترخيص ولا واجب التسجيل. وأن الحياد شرط بقاء الخدمة لا موقف سياسي، فالجريح يعالَج لأنه جريح. وأن التصريح في الحج تنظيم لسلامة الجميع، لكنه لا يُسقط حق المخالف في الإسعاف.

الكلمات المفتاحية: الكوارث والطوارئ؛ معايير الرعاية في الأزمات؛ واجب الحضور؛ حماية العاملين الصحيين؛ العمل التطوعي الصحي؛ الترخيص المهني؛ المبادئ الإنسانية؛ الحياد الطبي؛ القانون الدولي الإنساني؛ الحج والحشود؛ هيئة الهلال الأحمر السعودي؛ نظام العمل التطوعي.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

تُعرّف الكارثة بأنها اختلال جسيم في أداء مجتمع ما، بأي حجم، ينشأ عن تفاعل حدث خطِر مع ظروف التعرض والهشاشة والقدرة، ويؤدي إلى خسائر بشرية أو مادية أو اقتصادية أو بيئية؛ وقد يعجز المجتمع المنكوب عن مواجهتها بموارده فيحتاج إلى عون خارجي [1]. فالمعيار الفارق إذن ليس حجم الحدث، بل اختلال التوازن بين الاحتياج والموارد. وخذ مثلًا يفهمه كل من عمل في الأطراف: حادث حافلة في مركز صحي طرفي قد يكون كارثة، وحادث أكبر منه في مدينة مجهزة لا يكون.

وتجتمع في المملكة ثلاثة عوامل تنقل هذا الباب من النظر إلى العمل. أولها الحشود الضخمة في الحج والعمرة؛ وقد بلغت وفيات موسم حج 1445هـ (2024م) 1301 حالة، كان 83% منها من غير الحاصلين على تصريح، وكثير منهم سار مسافات طويلة تحت شمس شديدة [2]. وثانيها موقعها الإقليمي الذي جعلها بلد استقبال ومصدر إغاثة في آن واحد. وثالثها بنية تطوعية صحية واسعة، منها برنامج «سواعد الصحة» الذي استقطب أكثر من ألف ممارس صحي متطوع لخدمة الحجاج في موسم واحد [3]. ولذلك بُني إطار نظامي يتوزع فيه الاختصاص بين الدفاع المدني وهيئة الهلال الأحمر السعودي ووزارة الصحة والجهات الأخرى.

CC BY-NC-ND 4.0

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

معـايير الرعايـة في الأزمـات. أهم مـا كُتب فيهـا إطـار معهـد الطب الأمـريكي (2012م)، وخلاصته أن الانتقال من الرعاية المعتادة إلى الطارئة ثم إلى رعاية الأزمات يجب أن يكون منظمًا معلنًا، لا ارتجالًا تحت الضغط، وأن يُحدَّد مسبقًا من يملك إعلانه ومتى ينتهي [4].

الكـوارث والصـحة العامـة. يـرى النـاس في الكارثـة الجـرحى تحت الأنقـاض، ولكن مراجعـة منشورة في مجلة نيو إنجلند الطبية بيّنت أن كثيرًا من عبء الكوارث والنزاعات على الصـحة يقـع بعد الحدث، بانهيار خدمات الماء والإصحاح والرعاية الأولية وانقطـاع علاج الأمـراض المزمنـة [5]. فالجراحة ضرورية، لكن الماء النظيف قد يُنقذ أكثر.

المعايير التشغيلية للعمل الإنساني. نقلت ثلاث وثـائق الإغاثـة من اجتهـاد حسـن النيـة إلى مهنـة قابلـة للقيـاس والمسـاءلة: دليـل «إسـفير» للمعـايير الإنسـانية الـدنيا [6]، وتصـنيف فـرق الطوارئ الطبية ومعاييرها الدنيا لمنظمة الصحة العالمية [7]، وإرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات في الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في الطوارئ [8].

الأخلاقيات المهنية والعدالة الإجرائية. قررت الجمعية الطبية العالميـة أن أخلاقيـات المهنـة في النزاعات المسلحة هي نفسها في السلم، لا تتبدل بتبدل الحـال [9]، وأكـدت الجمعيـة العامـة في روتردام (أكتوبر 2026م) ذلك في «إعلان روتردام بشأن الحيـاد الطـبي»، فـدعت إلى حمايـة العاملين الصحيين والمرضـى في النزاعـات، وإلى تحقيـق مسـتقل في انتهاكـات القـانون الـدولي الإنساني الماسة بالرعاية الصحية، وإلى تعيين مقـرر خـاص أممي لحمايـة الصـحة في النزاعـات [34]، وعالجت في بيانها عن الكوارث (آخـر مراجعـة 2017م، وأُرشـف سـنة 2023م) رعايـة من تجاوزت حالتهم الإسعاف، وتصوير المصابين، وحماية الأطباء [10]. وقدّم دانيلز إطـار «المسـاءلة من أجل المعقولية» بشروطه: العلنيـة، ومعقوليـة الأسـباب، وقابليـة الطعن والمراجعـة، وضـمان التطبيق [11]؛ وهـو أقـرب مـا في الفكـر الغـربي إلى ضـبط الفقـه الـتزاحمَ بمرجّحـات معلنـة لا بالتشهي.

طب الحشود. وللحشود أمراضها. عرضت مراجعة في مجلة لانسيت مشكلات الصحة العامة في التجمعـات الدينيـة والرياضـية الكـبرى، ومنهـا الحج: الأمـراض المعديـة، والإجهـاد الحـراري، والإصابات والتدافع، وتفاقم الأمراض المزمنة لدى كبار السن [12].

ما يضيفه الفصل. يغلب على هـذه الأدبيـات أن تعـالج الموضـوع معالجـة تشـغيلية أو فلسـفية منفصلة، ويقل فيهـا حضـور المرجعيـة الشـرعية والسـياق التطـوعي السـعودي. ومن هنـا يضـيف الفصل ثلاثة أمـور: ربـط كـل قاعـدة ميدانيـة بأصـلها الفقهي ونصـها النظـامي؛ ومعالجـة التطـوع الصحي والممارسة خارج الـترخيص في ضـوء نظـامي العمـل التطـوعي ومزاولـة المهن الصـحية؛ وإدخال الحج والحشود بوصفها تطبيقًا سعوديًا أصيلًا لأخلاقيات الكوارث.

المشكلة والسؤال المركزي

المشكلة أن الكارثة تضغط على ثلاثة أشياء معًـا: المـورد، والـوقت، وسـلامة المعـالِج. وتحت هـذا الضغط يُغري المرء أحد خطأين: أن يستمر في منطق الرعايـة المعتـادة بعـد انهيـار المـوارد فعلًا، فيُستنزف المورد في قلة ويموت من كان يمكن إنقاذه؛ أو أن يتـذرع بالكارثـة لتـبرير مـا لا تـبرره، من محاباة وإهمال توثيق وتجاوز اختصاص ومخاطرة بالفريق. ثم يضيف العمل التطوعي والإغاثي خطأً ثالثًا: أن تحل النية الحسنة محل الكفاءة والترخيص والتنسيق، والنية وحدها لا توقف نزفًا.

CC BY-NC-ND 4.0

والسؤال المركزي: كيف يبقى القرار الطبي عادلًا ومأمونًا ومشروعًا حين لا يكفي المتاح للجميع، وحين يتعرض المعالِج نفسه للخطر، وحين يعمل بعيدًا عن مؤسسته أو خارج بلده؟

الأهداف والحدود

ويريد الفصل أن يخرج منه القارئ وقد عرف شروط إعلان معايير الرعاية في الأزمات وما لا يتغير فيها، وحدد مصادر واجب الحضور وحدوده وما يقابله من واجبات المؤسسة، وطبق ضوابط التطوع الصحي وشروطه النظامية، والتزم المبادئ الإنسانية وقواعد الحياد في الإغاثة والنزاعات، وأحسن التصرف في طوارئ الحشود والحج.

ولا يتناول الفصل معايير الفرز ومرجّحات توزيع الموارد الشحيحة وفقه التزاحم وفتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في دورته الطارئة الثلاثين (انظر الفصل 37)، ولا الحجر والإلزام الوقائي وواجب العلاج في الأوبئة (انظر الفصل 35)، ولا أخلاقيات أقسام الطوارئ والعناية المركزة داخل المنشأة (انظر الفصل 33). وأما الإذن في الطوارئ واستثناء المادة التاسعة عشرة فمبسوطان في الفصل 5 (المبحث رابعًا)، وواجب العلاج الإسعافي ورفض الرعاية في الفصل 9 (المبحث رابعًا)، والسر والبيانات في الفصل 7 (المبحث رابعًا)، وحقوق الممارس في بيئة عمل آمنة في الفصل 12 (المبحث أولًا). ونموذج الأركان الأربعة وبواباته الخمس في الفصل 4، فلا حاجة إلى إعادة شرحه هنا.

أولًا: الركن الطبي

1-1 مستويات الاستجابة ومراحل الإدارة

يُفرّق في الاستجابة بين ثلاثة مستويات تختلف أحكامها: الاستجابة داخل المنشأة لتدفق مصابين يفوق طاقتها؛ والعمل الميداني في موقع الحدث؛ والعمل الإغاثي عبر الحدود، الذي يضيف اشتراطات الترخيص والتنسيق مع البلد المضيف.

وتمر إدارة الكارثة بمراحل متصلة لا يصح اختصارها: التخطيط واختبار الخطة بالتمارين، ثم الإعداد والتجهيز والتدريب، ثم الاستجابة، ثم التعافي وإعادة البناء، ثم التقويم وترجمة الدروس إلى تعديل الخطة. ويرى المؤلف، من خبرته الميدانية، أن أكثر الإخفاقات تقع لأن الجهد يتركز في مرحلة الاستجابة وحدها، ولأن الخطة يكتبها أحيانًا من يفتقر إلى الخبرة الميدانية، ويُختار المخططون بالأقدمية لا بالكفاءة، ويغيب فريق تقويم مستقل من المراحل الأولى. وهي ملاحظة إدارية في ظاهرها، أخلاقية في عمقها؛ لأن سوء التخطيط في الكوارث يُترجم إلى أرواح.

1-2 القيادة الميدانية والتقييم السريع

أول ما يُطلب عند الوصول إلى الموقع ليس العلاج بل التقييم؛ فالانخراط المباشر في علاج أول مصاب أشيع خطأ ميداني. ويُقدَّر حجم الحدث، وتُبلَّغ غرفة العمليات، ويُطلب الإسناد مبكرًا.

وتكون القيادة معلومة قبل الحدث لا متنازعًا عليها في أثنائه، بأدوار محددة: قائد الحدث، ومسؤول الفرز، والعلاج، والإخلاء، والتوثيق والاتصال. ويُعاد تقدير المشهد دوريًا؛ فالقائد الذي لا يرفع رأسه عن المريض يفقد الصورة الكاملة. وتضم اللجنة الطبية في خطط الكوارث، بحسب

CC BY-NC-ND 4.0

الحاجة، تخصصات الطوارئ والجراحة والعظام والتخدير والوبائيات والمختبر والتمريض وصحة البيئة، مع ممثل للهلال الأحمر.

1-3 معايير الرعاية في الأزمات

تغيير قاعدة العمل قرار جسيم لا يملكه فرد. ويُشترط لإعلانه خمسة أمور: ثبوت أن الطلب فاق الموارد فعلًا لا توقعًا؛ واستنفاد وسائل توسيع الطاقة من استدعاء الكوادر ونقل المرضى وطلب الإمداد؛ وصدور الإعلان عن جهة مخوّلة؛ ونشر المعايير المتغيرة لمن يطبقها ومن تُطبق عليه؛ وتحديد موعد للمراجعة والعودة إلى المعتاد بزوال السبب [4].

والذي يتغير في رعاية الأزمات هو شكل التنفيذ: نسب التمريض، والأماكن البديلة للرعاية، وبروتوكولات بعض الإجراءات، وترتيب الأولويات. أما الذي لا يتغير أبدًا فخمسة: احترام الكرامة، وتسكين الألم، وعدم التمييز بغير مرجّح طبي، والتوثيق، والصدق مع المرضى وذويهم. ونص بيان الجمعية الطبية العالمية في الكوارث (المؤرشف سنة 2023م) على أن من تجاوزت حالته الإمكانات المتاحة لا يُترك، بل يُعطى ما يلزم من التسكين والمهدئات، ويُبقى معه أحد إن أمكن [10].



شكل: شروط إعلان معايير الرعاية في الأزمات، وما يتغير في التنفيذ وما لا يتغير أبدًا.

1-4 الفرز الميداني: خلاصة وإحالة

الفرز تصنيف المصابين بحسب شدة الإصابة واحتمال الانتفاع وتوافر الموارد، لتحديد من يُعالج أولًا ومن يُنقل ومن يُؤجل. وهو في الكارثة الكبرى يقدّم من ينتفع أكثر بأقل مورد، وقد يؤجل الأشد خطورة إذا كان إنقاذه يستهلك ما يكفي لإنقاذ عدد أكبر. ويُسند إلى أكثر الحاضرين خبرة، ولا ينشغل صاحبه بعلاج فرد، ويُعاد دوريًا؛ فمن صُنّف في الفئة الأشد سوءًا عند نقص الموارد قد يصير أولوية عند وصول الإمداد [10].

ومن أشهر أدوات الفرز الأولي في الإصابات الجماعية خوارزمية START، التي نشأت سنة 1983م في كاليفورنيا، وهي أكثر خوارزميات الفرز استعمالًا في الولايات المتحدة [37]. وتقوم على معايير سريعة لا تحتاج أجهزة: القدرة على المشي، ووجود التنفس التلقائي، ومعدل التنفس فوق ثلاثين في الدقيقة أو دونها، والتروية بالنبض الكعبري أو زمن امتلاء الشعيرات، والحالة

CC BY-NC-ND 4.0

الذهنية بالقدرة على تنفيذ الأوامر. وتوزع المصابين في أربع فئات: الأخضر لمن إصابته يسيرة لا يُتوقع أن تسوء، ويستطيع غالبًا أن يمشي ويعين نفسه؛ والأصفر لمن إصابته خطيرة لا يُتوقع أن تسوء كثيرًا في ساعات، فيحتمل نقله التأخير؛ والأحمر لمن يحتاج تدخلًا ونقلًا فوريين لاضطراب مجرى الهواء أو التنفس أو الدوران؛ والأسود لمن لا يُرجى بقاؤه بالنظر إلى شدة إصابته والرعاية المتاحة، وله التسكين والرعاية التلطيفية لا الترك [37]. ولا تُطبق الخوارزمية إلا بالتدريب عليها وبحسب الخطة المعتمدة، وتُعاد في كل محطة؛ فهي فرز أولي لا حكم نهائي.

ومن أخطائه الميدانية: الانجذاب إلى الأعلى صوتًا أو الأكثر نزفًا، مع أن الأخطر قد يكون صامتًا، وإهمال إعادة الفرز، وتطبيق منطق الكارثة في حادث عادي، والعكس الأخطر: الاستمرار في منطق الرعاية المعتادة بعد انهيار الموارد. أما مرجّحات التوزيع ومعاييره المستبعدة، والفرق بين التخصيص الابتدائي ونزع مورد ثبت حق المريض فيه، وفتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في دورته الطارئة الثلاثين (1–4 شعبان 1441هـ / 25–28 مارس 2020م)، فموضعها الفصل 37.

1-5 البيئات الخطرة واستمرارية الخدمات

لكل نوع من المخاطر تدبيره. فالمخاطر البنيوية لا يدخل معها الفريق موقعًا قبل أن تصرح فرق الإنقاذ بتأمينه. والكيميائية والإشعاعية والبيولوجية تستلزم إزالة التلوث قبل النقل؛ لأن إدخال مصاب ملوث يحول المستشفى نفسه إلى موقع كارثة. والمعدية تُدار بالفرز والعزل ومعدات الوقاية لا بالامتناع عن العلاج (انظر الفصل 35). والأمنية تُدار بالتنسيق مع الجهات المختصة. والنفسية والإرهاقية هي الأكثر إغفالًا.

والقاعدة الجامعة: سلامة المنقِذ أولًا، ثم الفريق، ثم المصاب. وليست أنانية، بل ترتيب عملي؛ فالمنقِذ المصاب يتحول من مورد إلى عبء.

وتُدرج في خطة الاستجابة من أول يوم استمرارية الخدمات الحيوية: الماء والإصحاح، وغسيل الكلى، وأدوية الأمراض المزمنة، ورعاية الحمل والولادة، والتحصين [5]. فقد تنقذ صهاريج المياه ومرافق الإصحاح في المخيم أرواحًا أكثر من غرفة عمليات إضافية. وتُحمى المنشأة الصحية نفسها من أن تصير ضحية باختبار مولدات الطوارئ وخطط الإخلاء الداخلي دوريًا.

1-6 الحشود والحج

تجمع الحشود الكبرى مخاطر لا تجتمع في غيرها: كثافة بشرية في مساحة وزمن محدودين، وحرارة شديدة، ومشي طويل، ونسبة عالية من كبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة، وتنوع في اللغات والخلفيات الصحية، وقابلية لانتشار العدوى [12]. ويتقدم في الحج الإجهاد الحراري وضربة الشمس، وتفاقم أمراض القلب والتنفس والسكري، والإصابات، وخطر التدافع.

وأظهر موسم حج 1445هـ أن الخطر الأكبر وقع على من تجاوزوا المسار المنظم: فقد كان 83% من المتوفين من غير الحاصلين على تصريح، وقدمت الجهات الصحية في الموسم نفسه أكثر من 465 ألف خدمة علاجية، منها نحو 141 ألفًا لغير المصرّح لهم [2]. فالمنظومة عالجت المخالف لأنه مريض، مع أن مخالفته كانت من أسباب الخطر.

ومن الدروس الطبية لطب الحشود: أن الوقاية أنفع من العلاج، بالتوعية وتنظيم أوقات الحركة وتوفير الظل والماء؛ وأن ضربة الشمس حالة إسعافية مقدمة يبدأ فيها التبريد في الموقع دون

CC BY-NC-ND 4.0

انتظار النقل؛ وأن تحديد نقاط الإسعاف ومسارات الإخلاء مسبقًا أهم من زيادة الأسرّة وحدها. واشتراطات التحصين ومراقبة العدوى في الحشود موضعها الفصل 35.

1-7 الفرق الميدانية والصحة النفسية والتوثيق

يُبنى تشكيل الفرق على الحاجة الميدانية لا على الحماس ولا على تخصصات المتاحين. والقافلة الاستكشافية التي تُعامَل كأنها علاجية توقظ توقعات لا تستطيع الوفاء بها. ويكون الفريق الوافد مكتفيًا ذاتيًا، مسجلًا لدى الجهة المنسقة، لا يقدم خدمات تتجاوز تصنيفه [7].

والصحة النفسية جزء من الرعاية لا إضافة إليها، لثلاث فئات: المتضررين، وذوي المفقودين، والفريق نفسه. والمقاربة المستقرة هرم من أربع طبقات: خدمات أساسية وأمن بكرامة للجميع، ثم دعم أسري ومجتمعي، ثم دعم مركّز غير متخصص، ثم خدمة نفسية متخصصة لمن يحتاجها [8]. والخطأ الشائع القفز إلى القمة. وأكثر ردود الفعل بعد الكارثة استجابات طبيعية لحدث غير طبيعي، والدعم الأولي إصغاء وأمان ومعلومة صحيحة ولمّ شمل، لا استجواب الناجين عن تفاصيل الصدمة.

والتوثيق أداة سريرية قبل أن يكون إداريًا: بطاقة الفرز تمنع تكرار الفحص وضياع المصاب، وسجل الإخلاء يتيح لمّ شمل الأسر. وتُصمم النماذج قبل الأزمة ويُدرب عليها، ويُعد بديل ورقي لتعطل السجل الإلكتروني برقم مؤقت واحد لكل مصاب لا يتكرر. فما يُكتب من الذاكرة بعد يومين ليس توثيقًا، بل إعادة بناء تقريبية.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 تحول منطق القرار وما لا يتغير

الكارثة لا تلغي المبادئ، وإنما تعيد ترتيبها: تتراجع الاستقلالية نسبيًا، ويتراجع النفع الفردي أمام النفع الكلي، وتتصدر العدالة والمساءلة. ولهذا التحول ثلاثة قيود لا يصح بدونها: أنه مؤقت يزول بزوال الأزمة؛ وأنه محدود بقدر ما يفرضه نقص الموارد فعلًا؛ وأنه لا يمس الحد الأدنى الذي لا يسقط بحال: الكرامة، وتسكين الألم، وعدم التمييز بغير مرجّح، والصدق.

ومن أخطر ما يقع أن يُرفع شعار «هذه كارثة» لتبرير ما لا تبرره: محاباة، أو إهمال توثيق، أو تجاوز اختصاص، أو تجارب علاجية بلا ضوابط. فالكارثة توسّع هامش الاجتهاد، نعم، ولكنها لا تلغي المساءلة.

2-2 واجب الحضور: مصادره وحدوده ودرجاته

على الممارس الصحي واجب استجابة حقيقي، ولكنه ليس مطلقًا. ومصادره أربعة: المهنة التي اختارها وهو يعلم ما فيها من خطر؛ وندرة الكفاءة التي يملكها؛ والثقة والمكانة الاجتماعية التي منحها المجتمع للمهنة؛ والالتزام التعاقدي.

وحدوده أربعة: الخطر الجسيم الذي لا وقاية منه؛ وانعدام الكفاءة في المهمة المطلوبة؛ والالتزامات المتعارضة، كمريض آخر لا بديل له، أو أسرة لا عائل لها غيره؛ والحالة الصحية الخاصة، كالمرض المُضعِف للمناعة، أو الحمل حين يكون الخطر على الجنين معتبرًا.

CC BY-NC-ND 4.0

ويُميَّز بين ثلاث درجات: الاستجابة داخل نطاق العمل، وهي واجب مهني؛ والاستجابة الطارئة لمن يشهد حالة خطرة، وهي واجب مهني ونظامي (انظر المبحث رابعًا)؛ والتطوع للسفر إلى منطقة منكوبة، وهو فضل عظيم لا فرض عين، وقد يصير فرض كفاية (انظر المبحث ثالثًا). ولا تحسبنّ كل إقدام شجاعة؛ فالمخاطرة المحسوبة غير التهلكة، ومناط الفرق تقدير أهل الخبرة للخطر ووسائل الوقاية المتاحة.



شكل: واجب الحضور في الكارثة: مصادره الأربعة، وحدوده الأربعة، ودرجاته الثلاث.

2-3 المعاملة بالمثل: ما تدين به المؤسسة للعاملين

إذا طُلب من الفريق أن يتحمل خطرًا إضافيًا، نشأ في ذمة المؤسسة والمجتمع واجب مقابل؛ فمن طلب البذل لزمه أن يحمي الباذل: معدات وقاية مناسبة مدرَّب عليها، وتدريب مسبق، وتنظيم ساعات يمنع الإرهاق، ودعم نفسي، وحماية من اللوم غير العادل، وتعويض الإصابة المهنية، وأولوية الرعاية عند الإصابة، ورعاية أسرة من يصاب أو يُفقد. ودعا البيان نفسه الحكومات وشركات التأمين إلى تغطية المسؤولية المدنية والأضرار الشخصية للأطباء العاملين في الكوارث، ومنها التأمين على الحياة والعجز لمن يُتوفى أو يُصاب في أثناء الواجب [10].

وليس هذا إحسانًا زائدًا يُتفضَّل به، بل شرط عدالة وفعالية معًا؛ فالمطالبة بالتضحية مع إهمال الحماية تقوض الواجب نفسه. ولا يجوز أن يُحمَّل العاملون خللًا مؤسسيًا: فالعمل بلا معدات وقاية متاحة تفريط من المنشأة، لا بطولة من الممارس. وعند وقوع الضرر يبدأ التحقيق بسؤال «أين فشلت الحواجز؟» لا «من أخطأ؟» (وتفصيل حقوق الممارس في بيئة عمل آمنة في الفصل 12، المبحث أولًا).

2-4 المبادئ الإنسانية والحياد

أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة في قرارها 46/182 (1991م) ثلاثة مبادئ توجيهية للمساعدة الإنسانية: الإنسانية، والحياد، وعدم التحيز [13]. ثم أُضيف مبدأ رابع هو الاستقلال بقرارها 58/114 (2003م) [14، 15]. ومعانيها كما تعرضها الأمم المتحدة [15]:

CC BY-NC-ND 4.0

المبدأ	معناه
الإنسانية	معالجة المعاناة الإنسانية حيثما وُجدت، وحماية الحياة والصحة، وضمان احترام الإنسان
الحياد	ألا ينحاز العامل الإنساني إلى طرف في الأعمال العدائية، ولا يدخل في خلافات سياسية أو عرقية أو دينية أو أيديولوجية
عدم التحيز	أن تُقدَّم المساعدة على أساس الحاجة وحدها، مع أولوية أشد الحالات إلحاحًا، دون تمييز بالجنسية أو العرق أو الجنس أو المعتقد أو الطبقة أو الرأي السياسي
الاستقلال	أن يستقل العمل الإنساني عن الأهداف السياسية أو الاقتصادية أو العسكرية لأي طرف

ويترتب على عدم التحيز نتيجة حاسمة يفهمها كل من عمل في نقطة إسعاف: الطبيب يعالج الجريح لأنه جريح، لا لأنه من جماعته. وبه أخذت مدونة قواعد السلوك للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية في الإغاثة (1994م): تُحسب أولويات المساعدة على أساس الحاجة وحدها، ولا تُستعمل المساعدة لخدمة موقف سياسي أو ديني [16]. وقررت الجمعية الطبية العالمية أنه لا يُفرَّق بين المرضى إلا بالمعطيات السريرية، وأن الطبيب لا يُكرَه على ما يخالف أخلاقيات المهنة [9].

ومن أخطر الانحرافات: ربط المساعدة بولاء أو تغيير معتقد، وتحويل الإغاثة إلى واجهة لغرض آخر، وتوزيع المعونة بحسب النفوذ. وكلها تفسد العمل، وتجعل الفرق هدفًا. فهل يعني الحياد أن يسكت الطبيب عن جريمة؟ لا، وإنما يعني ألا يصير العلاج سلاحًا، وأن تُحال الشهادة إلى القناة المختصة بما لا يضر بالمريض.

2-5 كرامة المتضررين والتصوير

المتضرر يأتيك في أضعف حالاته، وضعفه هذا يفرض حماية مضاعفة: شرح الإجراءات بلغته، والاستئذان ما أمكن، وحفظ الخصوصية بتصميم مسبق للمساحات، واحترام العادات والمعتقدات، وحماية الفئات الأشد ضعفًا من الاستغلال في مواقع الإيواء.

والتصوير من أكثر ما يُساء فيه، والكاميرا في الكوارث أسرع من الاستئذان. وقد نصت مدونة السلوك على أن يُعامَل المتضررون في المواد الإعلامية والإعلانية بوصفهم بشرًا ذوي كرامة لا أشياء بائسة [16]، ونص بيان الجمعية الطبية العالمية المؤرشف على ألا يُصوَّر مريض إلا بموافقته الصريحة [10]. والضابط: لا يُنشر ما يكشف هوية أو عورة أو لحظة انكسار، ولو لغرض حسن كجمع التبرعات، وتشتد الحرمة في الأطفال. وأحكام التصوير في المنشأة وأغراضه الثانوية مبسوطة في الفصل 5 (الحالة 5/4)، والبيانات في الفصل 7.

CC BY-NC-ND 4.0

2-6 الشفافية والصدمة الأخلاقية وأخلاق العطاء

الشفافية شرط مشروعية، لا خيار في طريقة الاتصال: إعلان المعايير قبل التطبيق، وبيان من يقرر، ومسار للمراجعة، وتوثيق كل قرار عالي الأثر، ومراجعة لاحقة تُنشر نتائجها [11]. ويُبلَّغ الأهالي برسالة موحدة صادقة من متحدث واحد، لا بأصوات تتضارب.

والصدمة الأخلاقية، وهي ما يصيب الممارس حين يضطر إلى ما يخالف ضميره، أشد في الكوارث. ويخففها أمران: أن يعرف أن القرار قرار نظام في حالة عجز، لا قراره وحده؛ وأن تُتاح له مراجعة جماعية. فإعلان المعايير مسبقًا، يا أخي، حماية للمرضى من التحكم، وللطبيب من أن يحمل وحده ما لا يطاق.

وليس كل عطاء نافعًا، وإن حسنت نية صاحبه. فيُقيَّم أي عرض أو تبرع عيني بخمسة أسئلة: هل يطابق الحاجة؟ وما جودته وصلاحيته؟ وهل يمكن تشغيله محليًا؟ وما كلفة استدامته؟ وما أثره في السوق والخدمة القائمة؟ فدواء قارب انتهاء صلاحيته، أو جهاز بلا قطع غيار، عبء لا عطاء. ويُقبل الشرط الإداري في التبرع، ولا يُقبل الشرط الذي يحدد المستفيدين بغير الحاجة.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 المقاصد والقواعد الحاكمة

مدار الباب على مقصد حفظ النفس: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾ [المائدة: 32]، فكل نفس تُنقذ غاية في ذاتها. وعلى مقصد الكرامة: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ﴾ [الإسراء: 70]، فالمتضرر ليس رقمًا في إحصاء ولا صورة في حملة تبرع. وعلى العدل والإحسان: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ﴾ [النحل: 90]، فالعدل يضبط التوزيع، والإحسان يضبط طريقة التنفيذ. وأصل تفريج الكرب قوله صلى الله عليه وسلم: «من نفّس عن مؤمن كربة من كرب الدنيا نفّس الله عنه كربة من كرب يوم القيامة... والله في عون العبد ما كان العبد في عون أخيه» [17]، وقوله تعالى: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ﴾ [المائدة: 2].

وتنضبط النوازل بقواعد مقررة [18]:

- **«الميسور لا يسقط بالمعسور»:** أدق قاعدة تصف معايير الرعاية في الأزمات؛ فإذا تعذرت الرعاية المثلى لم يسقط تقديم الممكن منها، ومنه تسكين من تجاوزت حالته الإمكان.
- **«المشقة تجلب التيسير» و«إذا ضاق الأمر اتسع»:** تتسع الرخص بقدر الضيق، وتعود بزواله؛ وهذا عين شرط التوقيت في إعلان معايير الأزمة.
- **«الضرر لا يُزال بمثله»:** فلا يُدفع خطر عن مصاب بإيقاع مثله أو أشد على الفريق.
- **«درء المفاسد مقدَّم على جلب المصالح»:** في منع دخول المواقع غير المؤمَّنة.
- **«تصرف الإمام على الرعية منوط بالمصلحة»:** أساس سلطة الجهات المختصة في إعلان الطوارئ وتوجيه الموارد وتنظيم الحشود.
- **«ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب»:** فوسائل حفظ النفس من تخطيط وتدريب وتجهيز ومخزون واجبة بقدرها.

CC BY-NC-ND 4.0

وقواعد التزاحم والترجيح بين المرضى، كتقديم الأهم فالمهم، والترجيح بالسبق ثم بالقرعة، وقاعدة «الاضطرار لا يُبطل حق الغير» في منع نزع مورد ثبت حق المريض فيه، مبسوطة في الفصل 37.

3-2 الإغاثة فرض كفاية، والإعداد جزء منه

إغاثة المنكوبين فرض كفاية على الأمة: إذا قام به من يكفي سقط عن الباقين، وإذا تركه الجميع مع القدرة أثموا جميعًا، ويتعين على من لا يقوم به غيره (وأصل تعين الطب على الطبيب في الواقعة مبسوط في الفصل 9، المبحث ثالثًا). ويلحق بذلك تعلم مهارات الاستجابة وتجهيز الفرق قبل وقوع الكارثة؛ فالإعداد جزء من الواجب بقاعدة «ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب».

ويظهر بهذا، في اجتهاد المؤلف، أن التقصير المؤسسي في الإعداد، بترك التخطيط وإهمال التدريب والمخزون، تفريط في واجب شرعي تترتب عليه المسؤولية إذا أفضى إلى ضرر كان يمكن منعه. وصور الإسهام لا تنحصر في السفر إلى موقع الكارثة: فمنها التطوع الميداني عبر الجهات المعتمدة، وتوفير الأدوية والمستلزمات بحسب الحاجة المعلنة، والتبرع بالدم بالتنسيق مع الجهات، والدعم النفسي عن بعد، والتدريب، والتبرع المالي للجهات الموثوقة.

3-3 المخاطرة والتهلكة: حد التكليف

التكليف مشروط بالوسع: ﴿لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا﴾ [البقرة: 286]، ومنهي عن ﴿وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ﴾ [البقرة: 195]. فلا يُكلَّف الطبيب بخطر جسيم غالب لا وقاية منه. ومع ذلك فبذل النفس في إنقاذ المعصوم مع غلبة السلامة من أعظم القربات.

ويُبنى على ذلك ثلاثة أحكام: أن دخول موقع غير مؤمَّن قبل التصريح ليس شجاعة، بل إلقاء بالنفس والفريق إلى التهلكة؛ وأن العمل بلا معدات وقاية كانت متاحة تفريط يُسأل عنه من قصّر في توفيرها؛ وأن الامتناع عن رعاية مريض مع توافر الوقاية المعقولة إخلال بواجب الرعاية. ومناط الفرق بين المخاطرة المحسوبة والتهلكة تقدير أهل الخبرة.

3-4 التطوع: مراتب حكمه وضمان المتطوع

يتدرج حكم التطوع الصحي في أربع مراتب: الاستحباب أصلًا؛ وفرض الكفاية عند حاجة المجتمع؛ وفرض العين عند التعين، كأن ينفرد الطبيب بالقدرة على إنقاذ مضطر حاضر؛ والوجوب بالالتزام. ويرى المؤلف أن العمل التطوعي قبل الالتزام به ليس واجبًا، فإذا التُزم به تأكد الوفاء به؛ فمن سجّل نفسه في فريق ثم تخلف بلا عذر أخل بالتزام أنشأه هو، وأربك خطة بُنيت على وجوده.

ويرى المؤلف أن التطوع المنضبط يقوم على سبعة ضوابط: الكفاءة، وعدم التحيز، وعدم الاشتراط، والاستمرارية، والكرامة، والأمانة، واحترام النظام الصحي المحلي. ويقابل ذلك ما يمنع التطوع أو يقيده: الخطر الجسيم الغالب بلا وقاية، وتجاوز الكفاءة، وتضييع واجب متعين أهم. وأصل ضمان من تجاوز علمه قوله صلى الله عليه وسلم: «من تطبب ولا يُعلم منه طب فهو ضامن» [19]. فالتطوع لا يُسقط معيار الجودة، وحسن القصد لا يجبر خلل الصنعة، وقد يكون العمل غير المتقن في موضع الأنفس أشد ضررًا من تركه. ويدخل في ذلك الإخلاص وتجنب الرياء والتصوير الدعائي.

CC BY-NC-ND 4.0

وضمان المتطوع كضمان المأجور: فالتبرع بالعمل لا يرفع المسؤولية عن التعدي أو التفريط أو الخروج عن الأصول العلمية (وتفصيل ضمان الطبيب وشروط انتفائه في الفصل 10، المبحث ثالثًا).

3-5 حماية غير المقاتلين وحياد الطبيب

قررت الشريعة حماية غير المقاتلين قبل الاتفاقيات الحديثة بقرون؛ فقد نهى النبي صلى الله عليه وسلم عن قتل النساء والصبيان، وقال في الأجير الذي لا يقاتل: «لا تقتلن امرأة ولا عسيفًا» [20]. ويُلحق بهم، في اجتهاد المؤلف، المشتغلون بالإسعاف والتطبيب؛ فالاعتداء على الطواقم الطبية ومنشآتها وسيارات الإسعاف عدوان على معصوم، ومنع لواجب شرعي، وإضرار متعدٍّ.

ويلتزم الطبيب من جهته بما يحفظ صفته: لا يشارك في القتال، ولا يستعمل الشارة في غير موضعها، ولا يحوّل المنشأة الطبية إلى غرض غير طبي. فالحماية مشروطة بالتزام الصفة. والجريح يعالَج لأنه جريح؛ فمعالجة جريح الطرف الآخر ليست خيانة، بل مقتضى حفظ النفس المعصومة.

3-6 محظورات لا ترفعها الضرورة، والأمانة، وحرمة الميت

من المحظورات التي لا ترتفع بحال مهما اشتد الضغط: قتل المريض أو التعجيل بموته بدعوى تخفيف المعاناة أو توفير المورد؛ وترك من صُنّف في الفئة الأشد سوءًا بلا تسكين ولا رعاية؛ والتجارب العلاجية غير المعتمدة على المتضررين؛ والاستيلاء على الإمدادات أو تحويل الإغاثة إلى ذي نفوذ؛ والكذب في البيانات أو إخفاء الندرة عن جهة التنسيق؛ وتعريض فريق غير مؤهل لخطر لا يملك أدواته. ومناطها أنها ليست من «الضرر الأخف»، بل مما تعظم مفسدته على كل مصلحة مرجوة.

والمال المرصود للإغاثة أمانة مقيدة بغرضها، ومن قبضه فهو وكيل مقيد لا مالك. والتوثيق من الأمانة لا من الروتين؛ وأصله الأمر بالكتابة في الحقوق: ﴿إِذَا تَدَايَنتُم بِدَيْنٍ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى فَاكْتُبُوهُ﴾ [البقرة: 282]، والحقوق المتعلقة بالأنفس أولى. ويدخل في الأمانة الصدق في التقارير؛ فتضخيم الإنجاز أو كتمان الإخفاق غش في موضع الائتمان.

وللميت في الكوارث حرمته: يُغسَّل ويُكفَّن ويُصلى عليه بحسب الإمكان، فإن تعذر انتُقل إلى البديل بقدر الضرورة، ولا تُدفن الجثامين جماعيًا دون محاولة معقولة لتوثيق الهوية. وأحكام الجثث وتحديد الهوية في الفصل 32.

3-7 الحج: التصريح وحق الإسعاف

أكدت هيئة كبار العلماء، في بيانها المؤرخ 12 شوال 1445هـ ثم في تأكيدها سنة 1446هـ، أن الحج دون تصريح لا يجوز، وأن من حج بلا تصريح آثم، وعللت ذلك بأن التصريح تنظيم يمكّن الجموع الكبيرة من أداء المناسك بسلامة، وبأن الالتزام به طاعة لولي الأمر في المعروف، وبأن ضرر المخالفة يتعدى صاحبها إلى غيره من الحجاج، والضرر المتعدي أعظم إثمًا [21]. وهذا تطبيق مباشر لقاعدة «تصرف الإمام على الرعية منوط بالمصلحة» في طب الحشود.

لكن إثم المخالفة لا يُسقط حق المخالف في الإسعاف. فالحاج غير المصرّح له إذا أصابته ضربة شمس أو أزمة قلبية نفس معصومة مضطرة، يجب إنقاذها بقدر الوسع كغيرها، ولا يُؤخَّر إسعافها

CC BY-NC-ND 4.0

للتحقق من التصريح؛ فحفظ النفس مقدم. والمخالفة شأن جهاتها المختصة، لا دور للفريق الصحي فيها إلا بما يجيزه النظام من إفصاح (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا). وعلى هذا جرت المنظومة الصحية في موسم 1445هـ حين قدمت عشرات الآلاف من الخدمات العلاجية لغير المصرّح لهم [2].

رابعًا: الركن النظامي

4-1 نظام الدفاع المدني وتوزيع الاختصاص

صدر نظام الدفاع المدني بالمرسوم الملكي رقم (م/10) وتاريخ 10/5/1406هـ، ويتكون جهاز الدفاع المدني بموجبه من مجلس الدفاع المدني، والمديرية العامة للدفاع المدني، ولجان الدفاع المدني؛ وتتولى المديرية مواجهة الكوارث وتنسيق عمل الجهات وإغاثة المتضررين والتدريب، ويوزع النظام المسؤولية على الجهات الحكومية والخاصة والأفراد والمتطوعين [22].

ويُبنى عليه ضابط عملي: إدارة الكارثة ليست شأنًا صحيًا خالصًا، والطبيب أو المنشأة لا ينفرد بإعلان حال الكارثة ولا بتنظيم الإخلاء العام ولا بتأمين موقع الانهيار. ودور الفريق الصحي تقديم الأساس الطبي للقرار، وتنفيذ ما يخصه من الخطة، والتنسيق مع الدفاع المدني والهلال الأحمر.

4-2 نظام مزاولة المهن الصحية: واجب المساعدة والترخيص

صدر نظام مزاولة المهن الصحية بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ، وأخص ما فيه بهذا الباب ثلاثة نصوص [23]:

المادة الثامنة (واجب المساعدة):

> «يجب على الممارس الصحي الذي يشهد أو يعلم أن مريضًا أو جريحًا في حالة خطرة أن يقدم له المساعدة الممكنة أو أن يتأكد من أنه يتلقى العناية الضرورية» [23].

وقيدها الدقيق «الممكنة» يوافق قاعدة «لا واجب مع العجز»؛ فهي توجب بذل المتاح بلا مجازفة غير محسوبة، وتجيز أداء الواجب بالتأكد من وصول المصاب إلى من يعالجه. وتفصيلها ولائحتها في الفصل 9 (المبحث رابعًا).

المادة الثانية (الترخيص):

> «يحظر ممارسة أي مهنة صحية، إلا بعد الحصول على ترخيص بذلك من الوزارة» [23].

وتنظم اللائحة التنفيذية في الفقرة (6-2) استقدام الممارس الصحي الزائر بترخيص مؤقت عن طريق مستشفى، لتخصص نادر أو تقنية حديثة، وبإشراف مختص مرافق [23]؛ فليس مسارًا يمارس به الحاج أو الزائر المهنة. فالممارس المرخص في بلد آخر، إذا كان في المملكة زائرًا أو حاجًا، لا يملك ممارسة المهنة فيها استقلالًا ولو تطوعًا. والمادة الثامنة تخاطب الممارس المرخص؛ أما الطبيب غير المرخص في المملكة فواجبه في إسعاف الحاضر شرعي وإنساني، يؤديه بما يؤديه كل قادر من إسعاف أولي وطلب للنجدة حتى تسليم المصاب للفريق المختص، ولا يصير به ممارسًا للمهنة بالمعنى النظامي. ومن أمثلة المسارات المنظمة أن الوزارة اشترطت

CC BY-NC-ND 4.0

في إعلان التعاقد المؤقت لموسم حج 1443هـ سريان التصنيف والتسجيل لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، والتسجيل في قاعدة بيانات الزوار المعتمدة لديها [24].

المادة التاسعة عشرة (الإذن واستثناء الطوارئ): تستثني الحالات الإسعافية التي يتعذر فيها الحصول على الموافقة في الوقت المناسب، وهي سند التدخل في مصاب فاقد للوعي في موقع الكارثة؛ وتفصيلها في الفصل 5 (المبحث رابعًا). والمادة الحادية والعشرون في السر تزداد أهميتها في الكوارث لتداول بيانات المصابين بين جهات متعددة (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا).

4-3 نظام العمل التطوعي والتطوع الصحي

صدر نظام العمل التطوعي بالمرسوم الملكي رقم (م/70) وتاريخ 27/5/1441هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (356) وتاريخ 26/5/1441هـ، وعُدلت بعض مواده بقرار مجلس الوزراء رقم (477) وتاريخ 9/7/1444هـ [25]. ويعرّف الفريق التطوعي بأنه مجموعة من الأفراد يمارسون عملًا تطوعيًا تحت قيادة موحدة، ويُخضع الفرق التطوعية لضوابط ترخيص وتسجيل، ويجعل للمتطوع حقوقًا على الجهة المستفيدة، منها: التدريب في مجال تطوعه، وتوفير ما يلزمه من أدوات ومعدات ولباس، والتنقل والإعاشة إذا عمل خارج مقر إقامته، وعلاج ما يصيبه بسبب العمل التطوعي، وبطاقة تعريف، وشهادة بنوع العمل ومدته [25]. وقد صدر بعد ذلك النظام (القانون) الموحد للعمل التطوعي بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية بالمرسوم الملكي رقم (م/89) وتاريخ 18/3/1448هـ، ونُشر في جريدة أم القرى في 11 سبتمبر 2026م، ونص على أن يحل محل هذا النظام؛ فتُراجع الأحكام المذكورة هنا على نصه الجديد ولائحته عند صدورها [25].

ودلالة ذلك في التطوع الصحي ثلاث: أن العمل الفردي المنفرد خارج الجهات المرخصة مخالف لمقصد النظام ومحفوف بالمخاطر؛ وأن كون العمل بلا أجر لا يجعله بلا مسؤولية، فللمتطوع حقوق وعليه واجبات، وعلى الجهة المستفيدة التزامات في التدريب والحماية والعلاج؛ وأن التوثيق والتسجيل التزام نظامي لا تفصيل إداري.

ويكمل ذلك ما تنظمه وزارة الصحة من برامج التطوع الصحي، ومنها برنامج «سواعد الصحة» لاستقطاب الممارسين الصحيين وتأهيلهم للتطوع في خدمة الحجاج في مكة المكرمة والمشاعر المقدسة والمدينة المنورة ومنافذ الدخول [3]. ويخضع المتطوع الصحي لما يخضع له الممارس المأجور من أحكام الترخيص والاختصاص والسر والمسؤولية [23].

4-4 هيئة الهلال الأحمر السعودي ونظام الشارة

صدر تنظيم هيئة الهلال الأحمر السعودي بقرار مجلس الوزراء رقم (213) وتاريخ 11/7/1432هـ، وعُدل بقرار مجلس الوزراء رقم (722) وتاريخ 3/12/1442هـ [26]. والهيئة تقدم الخدمات الإسعافية الطارئة للمواطنين والمقيمين في الأحوال العادية وفي الكوارث، وتعمل على أساس اتفاقيات جنيف ومبادئ مؤتمرات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الدولية، وتسهم في الخدمات الإسعافية للحج وفي أعمال الإغاثة داخل المملكة وخارجها [26]. فالفرق التطوعية الإسعافية تعمل تحت مظلتها أو بالتنسيق معها.

وصدر نظام استخدام وحماية شارة واسم الهلال الأحمر وما في حكمهما بالمرسوم الملكي رقم (م/7) وتاريخ 6/1/1445هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (904) وتاريخ 30/12/1444هـ [27]. وتنص مادته الرابعة على أن للهيئة استخدام الشارة واسم الهلال الأحمر للدلالة والحماية وفقًا لتنظيمها، «ولا يجوز لأي شخص استخدام أي منهما دون الحصول على ترخيص بذلك من

CC BY-NC-ND 4.0

الهيئة»، ويجيز النظام للخدمات الطبية العسكرية استخدامها، وللمنشآت الطبية المدنية في النزاع المسلح بموافقة وزارة الدفاع [27]. وليست المخالفة شكلية: فالشارة تفقد معناها الحمائي إذا استُعملت اعتباطًا، فتتعرض المنشآت الحقيقية للخطر.

4-5 حماية العاملين وبيانات المصابين

توجب المادة 122 من نظام العمل على صاحب العمل اتخاذ الاحتياطات اللازمة لحماية العمال من الأخطار والأمراض الناجمة عن العمل، وتوفير وسائل الوقاية دون تحميلهم تكلفتها [28]؛ وهي السند النظامي لمبدأ المعاملة بالمثل فيما يدخل في نطاق النظام، وتفصيل الصفة النظامية للعاملين في الفصل 12 (المبحث رابعًا).

ويحكم نظام حماية البيانات الشخصية تداول بيانات المصابين وقوائم الإخلاء والصور وملفات المستفيدين في الفرق التطوعية [29]. فلا تُنشر قوائم المصابين وصورهم إلا بسند نظامي أو موافقة، ويُقتصر في التداول بين الجهات على ما يلزم للرعاية ولمّ الشمل (وتفصيل النظام في الفصل 7، المبحث رابعًا).

4-6 القانون الدولي الإنساني والمعايير الدولية

تشكل اتفاقيات جنيف الأربع لسنة 1949م وبروتوكولاها الإضافيان لسنة 1977م الإطار الحاكم لحماية العمل الطبي في النزاعات، والمملكة طرف في الاتفاقيات، وانضمت إلى البروتوكول الإضافي الأول [30–32]. وأهم قواعدها لهذا الباب:

- الجرحى والمرضى يُحترمون ويُحمون في جميع الأحوال، ويُعالجون دون تمييز ضار، ولا يُسمح بتقديم أحد في ترتيب العلاج إلا لدواعٍ طبية عاجلة (المادة 12 من اتفاقية جنيف الأولى) [30].
- أفراد الخدمات الطبية المخصصون للبحث عن الجرحى ونقلهم ومعالجتهم يُحترمون ويُحمون في جميع الأحوال (المادة 24 من الاتفاقية الأولى) [30].
- لا يُعاقب أحد على قيامه بنشاط طبي يتفق مع آداب المهنة أيًا كان المستفيد منه، ولا يُكرَه العاملون في المهن الطبية على أعمال تنافيها (المادة 16 من البروتوكول الإضافي الأول) [31].

وقد أدان مجلس الأمن في قراره 2286 (2016م) الهجمات على الجرحى والمرضى والعاملين في المجال الطبي ومنشآتهم ووسائل نقلهم في النزاعات المسلحة [33]. وتكمل الصورة الوثائق التشغيلية: مدونة السلوك [16]، ومعايير «إسفير» [6]، وتصنيف فرق الطوارئ الطبية الذي يوجب على الفريق الوافد التسجيل لدى سلطات البلد المضيف والتنسيق معها، والاكتفاء الذاتي، وعدم تجاوز تصنيفه [7]. ويُلاحظ التطابق الكبير بين هذه القواعد والأصول الشرعية المتقدمة؛ فالحماية في الإطارين مشروطة بالتزام الصفة.

4-7 العمل عبر الحدود وحدود المسؤولية في الأزمة

يخضع العمل الإغاثي خارج البلد لثلاث طبقات تُستوفى قبل السفر: قوانين البلد المضيف وأذوناته، ومنها الترخيص المهني؛ والعمل تحت مظلة جهة معتمدة لا بصفة فردية؛ والالتزام بحدود الاختصاص، فلا يمارس الطبيب في المخيم ما لا يمارسه في مقر عمله، ولا تُجرى إجراءات تتطلب متابعة يتعذر تأمينها بعد المغادرة. والمخيم جزء من نظام صحي قائم لا بديل عنه.

CC BY-NC-ND 4.0

وحـدود المسـؤولية: لا ينشـئ وصـف «كارثـة» حصـانة تلقائيـة، ولا يُقـاس أداء منضـبط في أزمـة حقيقية بموارد مثالية لم توجد. والمعيار في اجتهاد المؤلف مراجعة القرار بحسـب مـا كـان متاحًـا ومعلومًا وقته، بسبعة أسئلة: هل اتُّبع البروتوكول؟ وهل فُعّلت حال الأزمة بصلاحية معلومة؟ وهـل استُنفدت البدائل؟ وهل كان الممارس ضمن اختصاصه أو في ضـرورة واضـحة؟ وهـل وثّـق وأعـاد التقييم؟ وهل تجنب التمييز؟ وهل أبلغ عن النقص؟ ويظل الخطأ موجبًـا للمسـؤولية في مواضـع لا يُعذر فيها بالأزمة: الإهمال، وانتحال الكفـاءة، وتجاهـل الوقايـة، والتلاعب بـالفرز، وإخفـاء المـورد، وانتهاك السر (وتفصيل أركان المسؤولية في الفصل 10).

وتقرر اتفاقيات جنيف أن الجرحى يتلقون الرعاية دون تمييز مجحف، ولا تبرَّر الأولويـة إلا لأسـباب طبية عاجلة؛ وأن الوحدات الطبية ووسائط النقل والأفراد الطبيين يُحمون.

وأصل هـذا البنـاء كلـه مشـهد واحـد. ففي 24 يونيـو 1859م التقت في سـولفرينو قـوات فرنسـا وسردينيا بقيادة نابليون الثالث بالجيش النمساوي، فقُتل نحـو سـتة آلاف، وجُـرح أو فُقـد أكـثر من خمسة وثلاثين ألفًا، وتُرك كثير منهم بلا رعاية. وشهد ذلك السويسري هنري دونان، فكتب «ذكـرى سولفرينو» ونشره على نفقته سنة 1862م، داعيًا إلى منظمة محايدة غير متحيزة لحماية جـرحى الحرب ومساعدتهم، وإلى جمعيات إغاثة تطوعية، وإلى مبدأ دولي تقوم عليه؛ فكانت دعوته أصـل اللجنة الدولية للصليب الأحمر وجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنيـة، وأصـل اتفاقيـات جنيف [36]. وفي القصة درس للتطوع الصحي: أن الرحمة الفردية بدايـة، ولا تـدوم إلا إذا صـارت تنظيمًا وقواعد.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 الخطوات الأولى عند الحدث

1. أمّن نفسك وفريقك أولًا، ولا تدخل موقعًا لم يُصرَّح بتأمينه.
2. قدّر حجم الحدث قبل مباشرة أول مريض.
3. أبلغ غرفة العمليات، واطلب الإسناد مبكرًا.
4. حدد الأدوار: قائد الحدث، والفرز، والعلاج، والإخلاء، والتوثيق والاتصال.
5. افرز بمعايير معلنة، وأعد الفرز دوريًا (انظر الفصل 37).
6. استنفد وسائل توسيع الطاقة، ولا تعلن معايير الأزمة منفردًا.
7. وثّق في أثناء العمل لا بعده.
8. راجع الصورة الكاملة دوريًا، وبلّغ الأهالي برسالة موحدة من متحدث واحد.

5-2 مستويات القرار في الأزمة

المستوى	ما يقرره
الممارس عند المصاب	الفرز الفردي، والإجراء العاجل، والتوثيق
قائد الحدث	توزيع الفرق، وترتيب الإخلاء، وطلب الإسناد
المنشأة أو لجنة الأزمة	إعلان معايير الرعاية في الأزمات وإنهاؤها، وبروتوكول التخصيص، وقرارات المورد

CC BY-NC-ND 4.0

المستوى	ما يقرره
	الشحيح
الجهة المختصة (الدفاع المدني ومن في حكمه)	إعلان حال الكارثة، والإخلاء العام، وتأمين المواقع، وتوجيه الموارد

والقاعدة: لا يُرفع القرار إلى أعلى مما يلزم، ولا يُتخذ في مستوى أدنى مما يستحق.

5-3 الحد الأدنى لحوكمة الفريق التطوعي الصحي

يُستوفى قبل الانطلاق لا بعده:

1. جهة منظمة مرخصة، وتسجيل الفريق والمتطوعين، وقيادة موحدة، ومهمة مكتوبة [25].
2. التحقق من ترخيص كل عضو في البلد الذي يعمل فيه، ومن كفاءته في المهمة المسندة إليه [23].
3. مسح احتياج سابق تُبنى عليه الخطة، بدل بنائها على تخصصات المتاحين.
4. التأمين والتدريب ومعدات الوقاية على مسؤولية الجهة [25].
5. الاكتفاء الذاتي في الإقامة والغذاء والتنقل، والتنسيق مع الجهة المحلية [7].
6. سجل للأدوية والمعدات مع مراجعة الصلاحية.
7. مسار إحالة ومتابعة، وتسليم كل مستفيد ملخصًا طبيًا مكتوبًا.
8. آلية للشكاوى، ومراجعة بعد العمل، ودعم نفسي للمتطوعين أنفسهم.

5-4 الحد الأدنى للتوثيق في الأزمة

العنصر	الغرض
الهوية أو رقم مؤقت واحد لا يتكرر	منع ضياع المصاب وتكرار الإجراءات
وقت الوصول وفئة الفرز وإعادته	متابعة التدهور وتبرير الأولوية
الإصابات والإجراءات والأدوية	استمرارية الرعاية ومنع الجرعات المكررة
وجهة الإخلاء ووقته	لمّ شمل الأسر وتتبع المرضى
أساس أي قرار تخصيص ومن اتخذه	المساءلة والمراجعة اللاحقة
إعلان حال الأزمة ومن أعلنه، وحالات نقص المعدات المبلَّغة	حماية الممارس من تحمل خلل مؤسسي

ويُفرَّق بين سجلات مختلفة الغرض والصلاحية: السجل السريري، والتقرير المجمع للقيادة، وسجل المفقودين والوفيات، وملف الأدلة على الانتهاكات بسلسلة حيازته، والمادة الإعلامية التي لا تُستعمل فيها هوية المريض إلا بموافقته [29].

5-5 بعد الحدث

مراجعة منظمة تفحص التخطيط والاتصال والفرز والإمداد والتوثيق وحماية العاملين، مفصولة عن التحقيق في المسؤولية الفردية، تبدأ بسؤال «أين فشلت الحواجز؟» قبل «من أخطأ؟»؛ ودعم نفسي ومعالجة للصدمة الأخلاقية، خصوصًا لمن نفذ قرارات فرز صعبة؛ ومصارحة المتأثرين عند

CC BY-NC-ND 4.0

وقوع ضرر؛ وترجمة النتائج إلى تعديل في الخطة والتدريب والمخزون لا إلى تقرير يُحفظ؛ وتكريم العاملين ورعاية أسر من أُصيب أو فُقد.

5-6 جدول مرجعي للنصوص

النص	الرقم والتاريخ	موضوعه في هذا الفصل
نظام الدفاع المدني	م/10 وتاريخ 10/5/1406هـ	مجلس الدفاع المدني والمديرية واللجان؛ إدارة الكوارث
نظام مزاولة المهن الصحية	م/59 وتاريخ 4/11/1426هـ	واجب المساعدة (م 8)، الترخيص (م 2)، الإذن (م 19)، السر (م 21)
نظام العمل التطوعي	م/70 وتاريخ 27/5/1441هـ	الفريق التطوعي وتسجيله وحقوق المتطوع
تنظيم هيئة الهلال الأحمر السعودي	قرار مجلس الوزراء 213 وتاريخ 11/7/1432هـ	الإسعاف والإغاثة في السلم والكوارث
نظام استخدام وحماية شارة واسم الهلال الأحمر	م/7 وتاريخ 6/1/1445هـ	منع استخدام الشارة دون ترخيص
نظام العمل	م/51 وتاريخ 23/8/1426هـ	وقاية العاملين (م 122)
نظام حماية البيانات الشخصية	م/19 وتاريخ 9/2/1443هـ	بيانات المصابين وصورهم
اتفاقيات جنيف وبروتوكولاها	1949م و1977م	حماية الجرحى والطواقم والمنشآت الطبية
قرارا الجمعية العامة للأمم المتحدة	46/182 (1991م) و58/114 (2003م)	المبادئ الإنسانية
قرار مجلس الأمن	2286 (2016م)	حماية الرعاية الصحية في النزاعات

سادسًا: الحالات التطبيقية

الحالات الأربع نماذج تعليمية مركبة، لا سجلات مرضى محددين.

الحالة الأولى: ثمانية مصابين حرجين وثلاثة أسرّة عناية بعد زلزال

الوقائع. زلزال في منطقة جبلية، ومستشفى عام طرفي يستقبل في ساعتين عشرات المصابين، منهم ثمانية يحتاجون إلى تنفس اصطناعي، وليس في العناية إلا ثلاثة أسرّة شاغرة. والطرق إلى المدينة الكبرى مقطوعة مؤقتًا، والإخلاء الجوي لم يُتح بعد. ويقترح الطبيب المناوب «أن يعمل كل طبيب بما يراه»، ومدير المستشفى غائب، وأهالي المصابين يتجمهرون عند باب الطوارئ.

CC BY-NC-ND 4.0

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مصابون في خطر داهم، ووقت ضيق. الأمن: المبنى سليم بحسب الدفاع المدني، وتجمهر الأهالي يحتاج تنظيمًا. القدرة على القرار: أكثر المصابين الحرجين غير قادرين. صاحب الصفة: لجنة الأزمة في المنشأة في إعلان معايير الأزمة، والجهات المختصة في الإخلاء. السؤال المطلوب تقريره: هل تُعلن معايير الرعاية في الأزمات، ومن يعلنها، وما الذي لا يتغير بعد إعلانها؟

الركن الطبي. يُعيَّن أكثر الحاضرين خبرة مسؤولًا عن الفرز، ويُستنفد كل ما يوسع الطاقة: أجهزة التخدير في غرف العمليات، وأجهزة النقل، واستدعاء الكوادر، وطلب الإخلاء. فإن بقي العجز فعليًا بعد ذلك كله، صار الانتقال إلى رعاية الأزمات لازمًا [4]. ومن لم يُخصَّص له جهاز لا يُترك، بل يُعطى أكسجينًا وتسكينًا ومراقبة، ويُعاد تقييمه عند كل تغير في الموارد [10].

الركن الأخلاقي. أن يُترك كل طبيب يجتهد وحده معناه قرارات متضاربة، وتمييز خفي، وصدمة أخلاقية يحملها كل فرد. وإنما العدل هنا إجرائي أولًا: معايير مكتوبة معلنة، وقرار جماعي، ومراجعة دورية، وصدق مع الأهالي [11]. والكرامة والتسكين لا يسقطان عن أحد، أيًّا كان.

الركن الفقهي. «الميسور لا يسقط بالمعسور»، فإذا تعذر الجهاز لم يسقط التسكين والرعاية؛ و«إذا ضاق الأمر اتسع» بقدر الضيق وزمنه [18]. وتقديم من يُرجى انتفاعه، وعدم نزع جهاز عمن ثبت حقه فيه، مبسوطان في الفصل 37.

الركن النظامي. تُبلَّغ غرفة العمليات والدفاع المدني، ويُنسَّق الإخلاء مع الهلال الأحمر [22، 26]. والتدخل الإسعافي في المصاب فاقد الوعي سنده استثناء المادة التاسعة عشرة (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا).

القرار المهني الموزون. يستدعي المناوب لجنة الأزمة أو من ينوب عن المدير بحسب خطة الطوارئ، فتعلن معايير الرعاية في الأزمات كتابةً لمدة محددة، وتسمي مسؤول الفرز، وتطبق بروتوكول التخصيص المعتمد، وتنشئ منطقة رعاية تلطيفية لمن لم يُخصص له جهاز، دون مساس بالكرامة والتسكين والتوثيق والصدق، ولا نزع جهاز من مريض ثبت حقه فيه؛ لأن العجز فعلي بعد استنفاد البدائل، والقرار الجماعي المعلن أعدل وأحمى من الاجتهاد الفردي. ويُعاد النظر إذا وصل الإخلاء الجوي أو أجهزة إضافية، فيُعاد الفرز فورًا، ويُنهى الإعلان حين تكفي الموارد.

الدرس. حين لا يكفي المتاح للجميع، فالعدل في إجراء معلن مؤقت يحفظ لكل مصاب كرامته وتسكينه، لا في اجتهاد فردي تحت الضغط.

الحالة الثانية: طلب دخول موقع انهيار غير مؤمَّن بلا معدات وقاية

الوقائع. انهيار جزئي لمبنى صناعي، ورائحة نفاذة يُشتبه في أنها تسرب كيميائي. ويصل فريق إسعاف من مستشفى قريب بلا معدات وقاية تنفسية، وفرق الدفاع المدني لم تصرح بعد بتأمين الموقع. وذوو العمال المحتجزين يصرخون على الطبيب قائد الفريق أن يدخل فورًا، ويتهمه بعضهم بالجبن، ثم يتصل مسؤول إداري في المستشفى طالبًا «التصرف حتى لا تُنشر صور تأخر الفريق».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: محتجزون مصابون خلف منطقة خطر. الأمن: الموقع غير مؤمَّن، ومصدر التلوث مجهول، ولا وقاية. القدرة على القرار: الطبيب قادر، والمحتجزون غير متاحين.

CC BY-NC-ND 4.0

صاحب الصفة: الدفاع المدني في تـأمين الموقـع والـدخول، والفريـق الصـحي في الرعايـة خـارج منطقة الخطر. السؤال المطلوب تقريره: هل يدخل الفريق، وإن لم يدخل فما الذي يجب عليه؟

الركن الطبي. دخول الموقع بلا وقاية يحول الفريق من مورد إلى ضـحايا، ونقـل مصـاب ملـوث دون إزالة التلوث ينقل الخطر إلى المستشفى فيعطله. وإنما النـافع طبيًـا: نقطـة فـرز واسـتقبال في منطقة آمنة، وتجهيز منطقة إزالة التلوث، وإنذار المستشفى، ودعم فني لفرق الإنقاذ.

الركن الأخلاقي. واجب الحضور حقيقي، ولكن حده الخطـر الجسـيم الـذي لا وقايـة منـه. فهـل يكون الامتناع عن الدخول هنا تخليًا؟ لا، بل هو تطبيق لترتيب السلامة: المنقِذ فالفريق فالمصـاب. والضـغط الإعلامي ليس مرجّحًـا أخلاقيًـا، وتعـريض الفريـق لتجنب صـورة سـيئة اسـتعمال للبشـر وسيلة لسمعة المؤسسة.

الركن الفقهي. ﴿وَلَا تُلْقُـوا بِأَيْـدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَـةِ﴾ [البقـرة: 195]، و«الضـرر لا يُـزال بمثلـه»، و«درء المفاسـد مقـدم على جلب المصـالح» [18]. ويبـذل الفريـق الميسـور من موقـع آمن، فلا يسقط الواجب بل ينتقل إلى صورته الممكنة.

الركن النظامي. تأمين الموقع والدخول إليـه اختصـاص الـدفاع المـدني [22]. وواجب الطـبيب في المادة الثامنة «المساعدة الممكنة» أو التأكد من تلقي المصاب العناية [23]. وتوفـير وسـائل الوقاية واجب صاحب العمل [28].

القرار المهني الموزون. لا يدخل الفريـق قبـل تصـريح الـدفاع المـدني، بـل يقيم نقطـة فـرز واستقبال في المنطقة الآمنة، وينسق مع فرق الإنقاذ لاستلام المصابين بعـد إزالـة التلـوث، وينـذر المستشفى، ويطلب معـدات الوقايـة وفريقًـا مختصًـا، ويبقى عـاملًا عنـد حـد الخطـر؛ لأن الخطـر جسيم ومجهول ولا وقاية منه، ودخول الفريق يضـاعف الضـحايا ولا ينقـذ أحـدًا. واسـتُبعد الـدخول استجابة لضغط الأهالي أو الإدارة لأنه تهلكة. ويُعاد النظر إذا صرّح الدفاع المـدني بتـأمين الموقـع، أو وصلت معدات وقاية مناسبة مع تدريب عليها، فيجوز الدخول بقدر ما يؤمنه.

الدرس. الطبيب مطالَب بالبذل لا بالفناء؛ ومن عجز عن الـدخول لم يعجـز عن الرعايـة عنـد حـد الخطر. ونظيرها في باب العدوى، حين تغيب الأقنعة التنفسية المناسبة في قسم الطوارئ، الحالة 35/3 (الفصل 35).

الحالة الثالثة: طبيب حاج غير مرخص في المملكة يريد إسعاف مصابين بالإجهاد الحراري

الوقائع. يوم شديد الحر في المشاعر المقدسة، يسقط فيه عدد من الحجاج قرب مخيم، أحدهم فاقد للوعي حار الجلد، ولم يصل فريق الإسـعاف بعـد. وبين الحجـاج طـبيب طـوارئ مـرخص في بلده، جاء حاجًا لا ضمن بعثة، فيبدأ الإسـعاف، ثم يقـترح على مسـؤول المخيم أن يفتح في خيمتـه «عيادة تطوعية» يصرف فيها أدوية حملهـا معـه طـوال أيـام التشـريق. وأحـد المصـابين لا يحمـل تصريح حج، ويرفض النقل إلى المستشفى خوفًا من العقوبة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: اشتباه ضربة شمس، وهي حالة إسـعافية مقدمـة. الأمن: الموقـع آمن مع الازدحام. القدرة على القرار: فاقد الوعي غير قادر، والحاج الرافض يبدو قادرًا لكن خوفه يؤثر في قراره. صاحب الصفة: الفريـق الإسـعافي الرسـمي في الرعايـة، ووزارة الصـحة والهيئـة السعودية للتخصصات الصحية في الترخيص. السؤال المطلـوب تقريـره: مـا الـذي يجـوز للطـبيب الحاج أن يفعله، وما الذي لا يجوز، وكيف يُعامَل المصاب غير المصرح له؟

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الطبي. ضربة الشمس تُعالج بالتبريد الفوري في الموقع، مع تأمين مجرى الهـواء وطلب الإسعاف؛ ولا يُنتظر النقل لبدء التبريد. والإجهاد الحراري من أبرز مشكلات الحج، ويشتد مع طـول المشي وكبر السن والأمراض المزمنـة [12]. وأمـا صـرف الأدويـة أيامًـا بلا سـجل ولا متابعـة، ولا معرفة بما يتلقاه المريض من الفرق الرسمية، فيعرّض الحجاج لتداخلات دوائية وتأخر في الإحالة، وإن حسنت النية.

الركن الأخلاقي. إسعاف المصاب الحاضر واجب إنساني ومهني على كـل قـادر. ولكن الكفـاءة وحدها لا تكفي للممارسة المنظمة؛ فالترخيص ضمانة للمجتمع بأن من يعالجـه معـروف الكفـاءة، خاضع للمساءلة، مندمج في منظومة إحالة. وعدم التحيز يقتضي أن يُسعف غير المصـرح لـه كمـا يُسعف غيره، وأن يُطمأن بصدق إلى أن أولوية الفريق الصحي علاجه، لا السؤال عن تصريحه.

الركن الفقهي. إسـعاف المضـطر الحاضـر متعين على من قـدر عليـه، وحفـظ النفس مقـدم. ومخالفة الحاج لتصريح الحج إثم في ذاته [21]، لكنها لا تُسقط عصمة نفسه ولا حقـه في الإنقـاذ. وتنظيم ممارسة المهنة بالترخيص من تصرف ولي الأمر المنوط بالمصلحة [18]، والتزامـه طاعـة في المعروف. ومن مارس خارج ما يُعرف به من علم ضمن [19].

الركن النظامي. المـادة الثانيـة تحظـر ممارسـة المهنـة إلا بـترخيص، والمـادة الثامنـة تخـاطب الممارس المرخص [23]؛ فلا تُنشئ على الطبيب الحاج واجبًا نظاميًا، ولا يمنحـه إسـعاف الحاضـر صـفة الممـارس. ومسـار الـترخيص المـؤقت للممـارس الزائـر في اللائحـة (6-2) مقصـور على مستشفى وتخصص نادر أو تقنية حديثة، فلا ينطبق عليه [23]. وللعمل الصحي في الحج مسـارات منظمة، منها التعاقد الموسمي بشرط التصنيف والتسجيل [24]، وبرامج التطوع الصـحي [3]. ولا نص متحققًا يوجب على الفريق الصحي الإبلاغ عن الحاج غـير المصـرح لـه، والأصـل السـر (انظـر الفصل 7، المبحث رابعًا).

القرار المهـني المـوزون. يواصـل الطـبيب الإسـعاف الأولي والتبريـد حـتى وصـول الفريـق الرسمي، ويسلمه المصاب مع ملخص شفهي لما فُعل ووقته، ثم يتوقف، ويعتـذر عن فتح «عيـادة تطوعية» أو صرف الأدوية أو اتخاذ قرار علاجي ممتـد، ويرشـد الحجـاج إلى أقـرب مركـز صـحي، ويُقنَع الحاج غير المصرح له بالنقل مع بيان أن الأولوية لعلاجه، ولا يُبلَّغ عن مخالفته؛ لأن الإسـعاف الأولي حتى التسليم واجب شرعي وإنساني على كـل قـادر، أمـا الممارسـة المسـتمرة فممارسـة للمهنة بلا ترخيص. واستُبعد جعل التصريح شرطًا للإسعاف لأنه تقديم للمخالفة على حفظ النفس. ويُعاد النظر إذا كان الطبيب ضمن بعثة أو برنامج صحي معتمد، فيعمل في حدود مـا أُذن لـه فيـه؛ وإن أصـر الحـاج القـادر على رفض النقـل بعـد الطمأنـة الصـادقة، احتُـرم رفضـه ووُثّـق، وأُعطي إرشادات التبريد والعلامات المنذرة، وأُبلغ الفريق الميداني لمتابعته.

الدرس. في الحشود يُسعف كل قادر من في خطر حـتى يسـلّمه إلى المختص، ولكن الممارسـة المنظمة لا تقوم إلا بترخيص؛ ومخالفة المريض لا تُسقط حقـه في الإنقـاذ ولا في السـر. ومـا بعـد الاستقرار لمن لا يحمل وثائق نظامية في الحالة 38/4 (الفصل 38).

الحالة الرابعة: جهة مسلحة تطلب تقديم مقاتليها واستعمال سيارة الإسعاف في مهمة إغاثية

الوقائع. فريق طبي إغاثي تـابع لجهـة معتمـدة، يعمـل في منطقـة نـزاع مسـلح خـارج المملكـة، بتنسيق مع السلطات الصحية المحلية. ويصل إلى نقطتـه الطبيـة جـرحى من الطـرفين ومـدنيون. فيطلب قائد مسلح من الطرف المسيطر أن يُقدَّم مقـاتلوه في العلاج مهمـا كـانت إصـاباتهم، وأن

CC BY-NC-ND 4.0

تُستعمل سيارة الإسعاف ذات الشارة «مرة واحدة» لنقل ذخيرة، ويلمح إلى أن رفض الطلب سيعني منع الفريق من العمل.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: جرحى بإصابات متفاوتة الخطورة. الأمن: تهديد ضمني للفريق. القدرة على القرار: قائد الفريق قادر، والجرحى متفاوتون. صاحب الصفة: قائد الفريق والجهة المنظمة في قرارات الفريق، والمعايير الطبية وحدها في ترتيب العلاج. السؤال المطلوب تقريره: كيف يُرتَّب العلاج، وهل يُقبل استعمال سيارة الإسعاف لغير غرضها؟

الركن الطبي. يُرتَّب العلاج بشدة الإصابة وإلحاح الحاجة وحدها، بفرز معلن يُطبَّق على الجميع. وأي تقديم لغير سبب طبي يؤخر من هو أحوج، فيزيد الوفيات القابلة للمنع؛ فثمن المحاباة هنا أرواح.

الركن الأخلاقي. عدم التحيز يقتضي أن تكون المساعدة على أساس الحاجة وحدها، والحياد يمنع الانحياز إلى طرف [15، 16]. فلا يُفرَّق بين المرضى إلا بالمعطيات السريرية، ولا يُكرَه الطبيب على ما يخالف أخلاقيات المهنة [9]. وأما نقل الذخيرة، ولو مرة واحدة، فيهدم الحماية التي تقوم عليها الشارة كلها، ويعرض كل سيارات الإسعاف والطواقم للاستهداف.

الركن الفقهي. الجريح يعالَج لأنه جريح، ومعالجة جريح الطرف الآخر مقتضى حفظ النفس المعصومة. والطبيب يحفظ صفته فلا يشارك في القتال ولا يستعمل وسائله فيه؛ فالحماية مشروطة بالتزام الصفة. وتعريض الطواقم والجرحى للاستهداف ضرر متعدٍّ لا يُرتكب لدفع ضرر أخف.

الركن النظامي. لا يُسمح بتقديم أحد في ترتيب العلاج إلا لدواعٍ طبية عاجلة (المادة 12 من اتفاقية جنيف الأولى) [30]، ولا يُكرَه العاملون الطبيون على أعمال تنافي آداب المهنة (المادة 16 من البروتوكول الأول) [31]، وقد أدان مجلس الأمن الاعتداء على الرعاية الصحية في النزاعات [33]. واستعمال الشارة في غير موضعها ممنوع أيضًا في النظام السعودي [27].

القرار المهني الموزون. يرفض قائد الفريق الطلبين بهدوء وحزم، ويشرح أن الفرز الطبي يطبق على الجميع ومنهم مقاتلو الطرف المسيطر، وأن سيارة الإسعاف لا تنقل إلا المرضى والطواقم، ويبلّغ الجهة المنظمة فورًا عبر القناة الآمنة، مع قبول التنسيق الضروري في الوصول والأمن دون تواطؤ في الأعمال العدائية؛ لأن الحياد وعدم التحيز شرط بقاء الخدمة وسلامة الفريق، لا موقف سياسي. واستُبعد نقل الذخيرة «مرة واحدة» لأنه يسقط الحماية عن الجميع. ويُعاد النظر إذا صار التهديد خطرًا جسيمًا حالًّا على الفريق، فتقرر الجهة المنظمة التعليق أو الانسحاب المؤقت مع ترتيب تسليم المرضى، لا قبول الطلب.

الدرس. الحياد ليس امتناعًا عن الموقف، بل التزام صارم بأن الحاجة وحدها ترتب العلاج، وأن وسائل الطب لا تصير أبدًا أدوات حرب.

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
ثمانية مصابين حرجين وثلاثة أسرّة عناية بعد زلزال	تعلن لجنة الأزمة معايير الرعاية في الأزمات كتابةً لمدة	العجز فعلي بعد استنفاد البدائل، والقرار الجماعي	وصل الإخلاء الجوي أو أجهزة إضافية فيُعاد الفرز فورًا، ويُنهى

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	محددة، وتسمي مسؤول الفرز، وتطبق بروتوكول التخصيص المعتمد، وتنشئ منطقة رعاية تلطيفية، دون نزع جهاز ممن ثبت حقه فيه	المعلن أعدل وأحمى من الاجتهاد الفردي	الإعلان حين تكفي الموارد
طلب دخول موقع انهيار غير مؤمَّن بلا معدات وقاية	لا يدخل الفريق قبل تصريح الدفاع المدني، بل يقيم نقطة فرز واستقبال في المنطقة الآمنة، وينذر المستشفى، ويطلب معدات الوقاية، ويبقى عاملًا عند حد الخطر	الخطر جسيم ومجهول ولا وقاية منه، ودخول الفريق يضاعف الضحايا ولا ينقذ أحدًا	صرّح الدفاع المدني بتأمين الموقع، أو وصلت معدات وقاية مناسبة مع تدريب عليها، فيجوز الدخول بقدر ما يؤمنه
طبيب حاج غير مرخص في المملكة يريد إسعاف مصابين بالإجهاد الحراري	يواصل الإسعاف الأولي والتبريد حتى وصول الفريق الرسمي ويسلمه المصاب ثم يتوقف، ولا يفتح عيادة تطوعية ولا يصرف أدوية؛ ولا يُبلَّغ عن الحاج غير المصرح له	الإسعاف الأولي حتى التسليم واجب شرعي وإنساني على كل قادر، أما الممارسة المستمرة فممارسة للمهنة بلا ترخيص	كان الطبيب ضمن بعثة أو برنامج صحي معتمد فيعمل في حدود ما أُذن له؛ وإن رفض الحاج القادر النقل احتُرم رفضه ووُثّق
جهة مسلحة تطلب تقديم مقاتليها واستعمال سيارة الإسعاف في مهمة	يرفض قائد الفريق الطلبين بهدوء وحزم، ويُطبَّق الفرز الطبي على الجميع، ولا تنقل سيارة الإسعاف إلا المرضى والطواقم، ويبلّغ الجهة المنظمة فورًا عبر القناة الآمنة	الحياد وعدم التحيز شرط بقاء الخدمة وسلامة الفريق، لا موقف سياسي	صار التهديد خطرًا جسيمًا حالًّا على الفريق، فتقرر الجهة المنظمة التعليق أو الانسحاب المؤقت مع ترتيب تسليم المرضى، لا قبول الطلب

مواقف متكررة

مخيم طبي تطوعي خارج البلاد يقترح عمليات تحتاج متابعة أسابيع، وتصوير المرضى لحملة تبرعات، وأولوية لأهل القرية المضيفة. فتُحصر الإجراءات فيما يكتمل

CC BY-NC-ND 4.0

خلال وجود الفريق، أو ما رُتبت متابعته كتابةً مع جهة محلية، ويُسلَّم كل مريض ملخصًا طبيًا مكتوبًا [7]. وتُبنى الخطة على مسح للاحتياج، لا على تخصصات من حضر. ويُرفض تفضيل فئة بالاستضافة؛ فالخدمة بالحاجة وحدها [15، 16]. ويُمنع التصوير الترويجي دون إذن، وما يكشف هوية أو عورة، وتشتد الحرمة في الأطفال [10، 16]. الضابط: المخيم جزء من نظام صحي قائم، ونقل المعرفة إلى الكوادر المحلية هدف لا نشاط هامشي.

أطباء بمبادرة شخصية يصلون إلى منطقة منكوبة بلا جهة ولا تسجيل، ومعهم أدوية قاربت انتهاء صلاحيتها. فيُوجَّهون إلى التسجيل لدى الجهة المنسقة والعمل تحت مظلة معتمدة، أو إلى صور الإسهام الأخرى من التجهيز والتدريب والتمويل؛ فليس كل خير يكون بالحضور. الضابط: الفريق غير المسجل وغير المكتفي ذاتيًا يستهلك موارد المنكوبين فيصير العون عبئًا [7]، والتطوع المنظم شرط نظامي لا تفضيل إداري [25].

طلب سحب جهاز تنفس من مريض لمصلحة مريض أرجى شفاءً. وهنا يُفصل بين سؤالين: هل ثبت انعدام جدوى الجهاز لهذا المريض نفسه بقرار جماعي؟ وهل غيره أرجى منه؟ فالأول حكم على حالة المريض، والثاني نزع حق ثابت لمصلحة غيره، وبينهما فرق كبير. وقد منعت فتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في دورته الطارئة الثلاثين (2020م) نزع الأجهزة عن مريض يُعالَج بها لمصلحة مريض جاء بعده. الضابط: التخصيص الابتدائي غير النزع اللاحق؛ وتفصيل المسألة ونص الفتوى في الفصل 37، وإنهاء التدخل عديم الجدوى في الفصلين 41 و 42.

ممرضة حامل تُستدعى إلى وحدة مرضى بعدوى شديدة الخطورة في أثناء كارثة. فيُقدَّر الخطر بحسب العامل الممرض وفعالية الوقاية المتاحة، فتُعفى من المخالطة المباشرة عند الخطر المعتبر، وتُسند إليها مهام بديلة من الإشراف والتدريب والتنسيق، ويُعالج نقص الكوادر بخطة تدوير، لا بتحميل الأضعف عبء الجميع. الضابط: الحمل من حدود واجب الحضور، و«الضرر لا يُزال بمثله» [18]؛ وأحكام العدوى وحماية الفريق في الأوبئة في الفصل 35.

إصابات يُشتبه أنها ناتجة عن تعذيب لدى جريح في منطقة نزاع. والأولوية للعلاج والتسكين، ثم يأتي توثيق مهني يصف ما يُرى وصفًا موضوعيًا دون استنتاج جازم، ويُحفظ في ملف محمي بسلسلة حيازة، ويُحال إلى القناة المختصة عند الإمكان، دون نشر إعلامي ولا تسليم لطرف قد يضر بالمريض [29]. الضابط: سلامة المريض مقدمة، والطبيب لا يُكرَه على إعطاء معلومات تضر بالجرحى [31]؛ وفحص الموقوف وتوثيق الإيذاء المنسوب إلى جهة الضبط في الحالة 32/3 (الفصل 32).

تعطُّلُ السجل الإلكتروني وتعدد بطاقات المريض. يُفعَّل فورًا البديل الورقي المعد مسبقًا، فلهذا أُعدّ، ويُعتمد رقم مؤقت واحد لكل مصاب لا يُعاد إصداره، وتُراجع الحالات المكررة وتُصحح السجلات، ويُصارح المتأثرون بما جرى وما اتُّخذ لتداركه. والضابط: تكرار الهوية خطر سريري مباشر — جرعات مكررة وقرارات على ملف ناقص — و«الميسور لا يسقط بالمعسور»: تعذر النظام الإلكتروني لا يسقط أصل التوثيق، بل ينقله إلى البديل.

طبيب أسرة في موقع زلزال يحتاج مريضه وصولًا وريديًا مركزيًا لم يُجره منذ سنوات، والتحويل يستغرق ساعات. يُبحث أولًا عن بديل أقل خطرًا يحقق الغاية، وعن أكفأ الحاضرين، وعن استشارة عن بعد من مختص. فإن انعدم البديل وكان التأخير أخطر من الإجراء، أجراه بأحذر طريقة يتقنها، ووثّق غياب البديل وسبب القرار. الضابط: الضرورة توسع الممكن ولا تسقط الأمانة، والمراجعة بعدها بما كان متاحًا ومعلومًا وقته (المطلب 4-7).

CC BY-NC-ND 4.0

منسق إغاثة يطلب أن يُكتب «الجوع» وحده سببًا للوفاة لأغراض حملة إعلامية. تُكتب الشهادة بالسبب الحقيقي كما ثبت للطبيب، بتسلسله من السبب المباشر إلى السبب الأصلي: فإن كان سوء التغذية الشديد هو الأصل كُتب، وإن كان مرضًا آخر أو اجتمعا كُتب ذلك. الضابط: الشهادة الطبية أمانة لا أداة حملة، وتحريفها لخدمة قضية عادلة يهدم صدقية التوثيق الذي تقوم عليه القضية نفسها (المطلب 5-4).

متطوع غير صحي في مخيم يصرف أدوية من الصيدلية الميدانية للمراجعين. يُوقف ذلك فورًا؛ فوصف الدواء وصرفه عمل مهني لا يُمارس إلا بترخيص [23]، وتُغلق الصيدلية إلا بإشراف مختص وسجل للصرف، ويُعاد إسناد المتطوع إلى مهام في نطاقه كالتنظيم والإرشاد. الضابط: نية الخير لا تنشئ صلاحية (المطلب 5-3).

باحثون يريدون جمع عينات دم من سكان مخيم للاجئين في أثناء أزمة. يُشترط أن يكون للبحث قيمة لهؤلاء السكان أنفسهم، وأن تراجعه لجنة أخلاقيات مستقلة يُشرك فيها المجتمع المعني، وألا يُربط بالحصول على الغذاء أو العلاج، وأن يكون أي تعويض بقدر لا يدفع المحتاج إلى قبول ما لا يقبله غيره؛ وهذا ما يتسق مع الإرشادات الأخلاقية الدولية في إشراك المجتمع وفي البحث زمن الكوارث وتفشي الأمراض [35]. الضابط: الحاجة تضاعف واجب الحماية ولا تسقطه، وأحكام البحث الطبي مبسوطة في الفصل 48.

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. الكارثة تغيّر ما هو ممكن ولا تغيّر ما هو صواب؛ فهي تعيد ترتيب المبادئ مؤقتًا وبقدر ما يفرضه نقص الموارد فعلًا، دون مساس بالكرامة والتسكين وعدم التمييز والصدق والتوثيق.
2. الانتقال إلى معايير الرعاية في الأزمات قرار مؤسسي معلن مؤقت، مشروط بعجز فعلي بعد استنفاد البدائل، ولا يملكه فرد [4]؛ وهو تطبيق لقاعدتي «الميسور لا يسقط بالمعسور» و«إذا ضاق الأمر اتسع» [18].
3. واجب الحضور حقيقي غير مطلق؛ فالمادة الثامنة توجب على الممارس المرخص «المساعدة الممكنة» [23]، والشريعة تنهى عن التهلكة، والمؤسسة مدينة للعاملين بالحماية والتدريب والتعويض [10، 28].
4. التطوع الصحي يتدرج حكمه من الاستحباب إلى الوجوب بالالتزام، ولا يُسقط معيار الكفاءة ولا ضمان المتعدي [19]، وقد جعله نظام العمل التطوعي عملًا منظمًا بحقوق وواجبات [25].
5. الترخيص شرط الممارسة المنظمة ولو تطوعًا [23، 24]، ويبقى على كل قادر، شرعًا ومروءة، إسعاف من في خطر حتى تسليمه للمختص.
6. المبادئ الإنسانية ثلاثة أقرها القرار 46/182 وأُضيف الاستقلال بالقرار 58/114 [13–15]؛ ويوافقها في الشريعة أن الجريح يعالَج لأنه جريح، وأن حماية الطبيب مشروطة بالتزام صفته [20، 30، 31].

CC BY-NC-ND 4.0

7. في الحج، التصريح تنظيم شرعي ونظامي لسلامة الحشود [21]، ومخالفته لا تُسقط حق المخالف في الإسعاف والعلاج [2].

التوصيات

للممارس: أن يعرف موقعه في خطة الطوارئ قبل الحدث، وأن يقدّم التقييم على العلاج عند الوصول، وألا يدخل موقعًا غير مؤمَّن، وأن يوثق في أثناء العمل وأن يوثق نقص المعدات، وألا يمارس خارج ترخيصه إلا إسعافًا حاضرًا حتى التسليم، وألا يصوّر المتضررين لغير غرض علاجي.

للمنشأة والجهات المنظمة: أن تعتمد كل منشأة خطة طوارئ مختبرة بتمارين دورية، وبروتوكولًا مكتوبًا لإعلان معايير الأزمة يحدد من يعلنها ومتى تنتهي؛ وأن توفر معدات الوقاية والتدريب عليها وتأمين العاملين؛ وأن تشرك أصحاب الخبرة الميدانية في التخطيط مع فريق تقويم مستقل؛ وأن تشترط الجهات التطوعية تسجيل الفرق والتحقق من ترخيص الأعضاء ومسح الاحتياج قبل أي مهمة؛ وأن تُكثّف في مواسم الحج التوعية بالوقاية من الحر ونقاط الإسعاف، وتضمن علاج كل مصاب بلا اشتراط للتصريح.

للتعليم والبحث: أن تُدرج أخلاقيات الكوارث والتطوع والقانون الدولي الإنساني في مناهج العلوم الصحية وبرامج الإقامة، وأن تُدرَّب الفرق على الفرز بالمحاكاة، وأن تُجرى دراسات سعودية عن الصدمة الأخلاقية لدى العاملين في الكوارث والحج، وعن أثر التطوع الصحي المنظم في نتائج الرعاية.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فأخلاقيات الكوارث ليست استثناءً من الأخلاق، بل امتحان لها؛ فالمبادئ التي تقال في الرخاء إنما تُختبر حين يقل المتاح ويشتد الضغط. وأكثر إخفاقات الاستجابة لا تقع لحظة الحدث، بل قبله بسنوات: في خطة كُتبت بلا خبرة، أو تدريب لم يُجرَ، أو معايير لم تُعلن حتى جاءت الأزمة، فصار كل طبيب يجتهد وحده أمام المصاب. فالجاهزية عمل أخلاقي، لا إداري فقط. وأخطر ما يهدد العمل الإنساني ليس نقص الموارد، بل أن يفقد معناه: أن يتحول إلى واجهة لغرض آخر، أو إلى صور تُجمع بها التبرعات على حساب كرامة أصحابها، أو إلى تفضيل بالانتماء بدل الحاجة.

والقرار الصحيح يجمع الدقة الطبية في تقدير الجدوى، والحس الأخلاقي في حفظ الكرامة وعدل التوزيع، والضابط الشرعي في حدود التكليف وحفظ النفس، والالتزام النظامي بما تقرره الجهات المختصة والمواثيق المعتبرة. ويبقى المعنى الجامع، يا أخي الطبيب، أنك في الكارثة مطالَب بالبذل لا بالفناء، وبالعدل لا بالتساوي الشكلي، وبالصدق لا بالطمأنة الكاذبة؛ وأن من عجز عن إنقاذ الجميع لم يعجز عن إكرام الجميع.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الشروط الخمسة لإعلان معايير الرعاية في الأزمات؟ وما الذي لا يتغير بعد إعلانها؟ واربط ذلك بقاعدة «الميسور لا يسقط بالمعسور».
2. عدّد مصادر واجب الحضور وحدوده. ومتى يصير امتناع الطبيب عن دخول موقع خطر أداءً للواجب لا تركًا له؟

CC BY-NC-ND 4.0

3. ما الذي تـدين بـه المؤسسـة للعـاملين إذا طلبت منهم تحمـل خطـر إضـافي؟ ومـا السـند النظامي لذلك في نظام العمل؟
4. بيّن مراتب حكم التطوع الصحي، ووجه ضمان المتطوع المتعدي، وما أضافه نظـام العمـل التطوعي من حقوق للمتطوع.
5. طبيب مرخص في بلده أدى الحج، وشهد انهيار حاج بضربة شمس. ما الذي يجوز له نظامًا وشرعًا، وما الذي لا يجوز؟ واستند إلى المـادتين الثانيـة والثامنـة من نظـام مزاولـة المهن الصحية.
6. ما المبادئ الإنسانية التي أقرها القرار 46/182، وما الذي أضافه القرار 58/114؟ وكيـف يلتقي مبدأ عدم التحيز بأصل «الجريح يعالَج لأنه جريح»؟
7. طلب منـك طـرف مسـلح نقـل ذخـيرة في سـيارة إسـعاف «مـرة واحـدة». حلـل الطلب بالأركان الأربعة، مع بيان أثر ذلك في حماية الشارة.
8. كيف يُوفَّق بين قول هيئة كبار العلمـاء بـإثم الحج بلا تصـريح ووجـوب إسـعاف الحـاج غـير المصرح له؟

المراجع

[1] United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). Terminology: Disaster. Geneva: UNDRR; 2017. تاريخ الاطلاع: 30 سبتمبر 2026م. undrr.org

[2] Al Arabiya English. Saudi health minister says 1,301 died during Hajj, 83 pct were without permits. 23 June 2024. english.alarabiya.net

[3] وزارة الصـحة. (سـواعد الصـحة) يسـتقطب الممارسـين الصـحيين للتطـوع لخدمـة ضـيوف الرحمن. المركز الإعلامي، 9/12/1440هـ (10/8/2019م). moh.gov.sa

[4] Institute of Medicine. Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. Washington, DC: The National Academies Press; 2012. doi:10.17226/13351

[5] Leaning J, Guha-Sapir D. Natural disasters, armed conflict, and public health. N Engl J Med. 2013;369(19):1836–42. doi:10.1056/NEJMra1109877

[6] Sphere Association. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. 4th ed. Geneva: Sphere Association; 2018. spherestandards.org

[7] World Health Organization. Classification and Minimum Standards for Emergency Medical Teams. Geneva: WHO; 2021. who.int

[8] Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC; 2007. interagencystandingcommittee.org

[9] World Medical Association. WMA Statement in Times of Armed Conflict and Other Situations of Violence (formerly “Regulations”). Adopted Havana

CC BY-NC-ND 4.0

1956; last revised by the 74th WMA General Assembly, Kigali, October 2023. wma.net

World Medical Association. WMA Statement on Medical Ethics in the [10] Event of Disasters. Adopted Stockholm 1994; revised 2006 and Chicago 2017; archived by the 74th WMA General Assembly, Kigali, October 2023. wma.net

Daniels N. Accountability for reasonableness. BMJ. [11] 2000;321(7272):1300–1. doi:10.1136/bmj.321.7272.1300

Memish ZA, Steffen R, White P, Dar O, Azhar EI, Sharma A, et al. Mass [12] gatherings medicine: public health issues arising from mass gathering religious and sporting events. Lancet. 2019;393(10185):2073–84. doi:10.1016/S0140-6736(19)30501-X

United Nations General Assembly. Resolution 46/182: Strengthening of [13] the coordination of humanitarian emergency assistance of the United Nations. 19 December 1991. undocs.org

United Nations General Assembly. Resolution 58/114: Strengthening of [14] the coordination of emergency humanitarian assistance of the United Nations. 17 December 2003. undocs.org

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [15] (OCHA). OCHA on Message: Humanitarian Principles. New York: OCHA; 2022. icvanetwork.org

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; ICRC. [16] Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organisations (NGOs) in Disaster Relief. Geneva; 1994. ifrc.org

[17] صحيح مسلم، كتاب الذكر والدعاء والتوبة والاستغفار، باب فضل الاجتماع على تلاوة القـرآن وعلى الذكر، ح 2699. sunnah.com

[18] السيوطي، جلال الدين عبد الرحمن بن أبي بكـر. الأشـباه والنظـائر في قواعـد وفـروع فقـه الشافعية. ط1. بيروت: دار الكتب العلمية؛ 1403هـ (1983م). shamela.ws

[19] سنن أبي داود، كتاب الديات، باب فيمن تطبب ولا يُعلم منـه طب فـأعنت، ح 4586؛ وسـنن النسائي، كتاب القسامة، باب صفة شبه العمد، ح 4830؛ وسنن ابن ماجه، كتـاب الطب، بـاب من تطبب ولم يعلم منه طب، ح 3466. وحسّنه الألباني. sunnah.com

[20] صحيح البخاري، كتاب الجهاد والسير، باب قتل النساء في الحرب، ح 3015 (النهي عن قتـل النساء والصبيان)؛ وسنن أبي داود، كتاب الجهاد، باب في قتل النسـاء، ح 2669 («لا تقتلن امـرأة ولا عسيفًا»). sunnah.com

[21] صحيفة عكاظ. «كبار العلماء» تجدّد التأكيد: من حج دون تصريح.. آثم. 1 ذو القعدة 1446هـ / 28 أبريل 2025م (تجديدًا لبيان الهيئة الصادر في 12/10/1445هـ). okaz.com.sa

[22] نظام الدفاع المدني، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/10) وتاريخ 10/5/1406هـ. انظر: البنك المركزي السعودي، دليل الأنظمة. rulebook.sama.gov.sa؛ وموسوعة سعوديبيديا، نظام الدفاع المدني في المملكة. saudipedia.com

[23] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م). هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa؛ واللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصحة. moh.gov.sa؛ والنصوص المقتبسة في هذا الفصل من الإصدار الثالث للنظام ولائحته، وزارة الصحة، 1440هـ (2019م). moh.gov.sa

[24] وزارة الصحة. فتح التسجيل للمشاركة في موسم حج 1443هـ: الشروط والمتطلبات. 18/9/1443هـ (19/4/2022م). moh.gov.sa

[25] نظام العمل التطوعي، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/70) وتاريخ 27/5/1441هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (356) وتاريخ 26/5/1441هـ، والمعدَّل بقرار مجلس الوزراء رقم (477) وتاريخ 9/7/1444هـ؛ وقد حلّ محله النظام (القانون) الموحد للعمل التطوعي بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/89) وتاريخ 18/3/1448هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (260) وتاريخ 12/3/1448هـ. جريدة أم القرى، 11/9/2026م. uqn.gov.sa. انظر: موسوعة سعوديبيديا، نظام العمل التطوعي. saudipedia.com؛ ونص النظام. nezams.com

[26] تنظيم هيئة الهلال الأحمر السعودي، الصادر بقرار مجلس الوزراء رقم (213) وتاريخ 11/7/1432هـ، والمعدَّل بقرار مجلس الوزراء رقم (722) وتاريخ 3/12/1442هـ. جريدة أم القرى. uqn.gov.sa؛ وموسوعة سعوديبيديا، هيئة الهلال الأحمر السعودي. saudipedia.com

[27] نظام استخدام وحماية شارة واسم الهلال الأحمر وما في حكمهما، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/7) وتاريخ 6/1/1445هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (904) وتاريخ 30/12/1444هـ. جريدة أم القرى. uqn.gov.sa؛ ونص النظام. uqn.gov.sa

[28] نظام العمل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/51) وتاريخ 23/8/1426هـ، مع تعديلاته، المادة 122. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

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

[30] اتفاقية جنيف الأولى لتحسين حال الجرحى والمرضى بالقوات المسلحة في الميدان، 12 أغسطس 1949م، المادتان 12 و24. اللجنة الدولية للصليب الأحمر، قاعدة بيانات القانون الدولي الإنساني. ihl-databases.icrc.org

[31] البروتوكول الإضافي الأول إلى اتفاقيات جنيف المتعلق بحماية ضحايا المنازعات الدولية المسلحة، 8 يونيو 1977م، المادة 16. اللجنة الدولية للصليب الأحمر، قاعدة بيانات القانون الدولي الإنساني. ihl-databases.icrc.org

CC BY-NC-ND 4.0

Accession of the Kingdom of Saudi Arabia to Protocol I. International [32] Review of the Red Cross. 1987. international-review.icrc.org

United Nations Security Council. Resolution 2286 (2016) on the [33] protection of the wounded and sick, medical personnel and humanitarian personnel in armed conflict. 3 May 2016. undocs.org

World Medical Association. WMA Declaration of Rotterdam on Medical [34] Neutrality. Adopted by the WMA General Assembly, Rotterdam, October 2026. wma.net; see also: British Medical Association. BMA backs World Medical Association Declaration of Rotterdam on medical neutrality. 10 October 2026. bma.org.uk

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). [35] International ethical guidelines for health-related research involving humans. 4th ed. Geneva: CIOMS; 2016 (Guideline 7: Community engagement; Guideline 20: Research in disasters and disease outbreaks). cioms.ch

International Committee of the Red Cross. Solferino and the International [36] Committee of the Red Cross [feature]. Geneva: ICRC; 24 June 2009. icrc.org/eng/resources/documents/feature/2010/solferino-feature-240609.htm

U.S. Department of Health and Human Services, Chemical Hazards [37] Emergency Medical Management (CHEMM). START adult triage algorithm (and text version). تاريخ الاطلاع: 7 نوفمبر 2026م. chemm.hhs.gov/startadult.htm