الباب السادس

أخلاقيات رعاية الفئات الهشة والمتنوعة

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات رعاية الفئات الهشة والمتنوعة». 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 الثامن والثلاثون

أخلاقيات رعاية الفئات الهشة والمتنوعة

الهشاشة علاقة لا صفة • كبار السن: سوء المعاملة والقرار عنهم ودور الرعاية • ذوو الإعاقة: التيسير وعدم التمييز • العمالة الوافدة وحاجز اللغة والترجمة • المريض بلا هوية أو تأمين بعد الاستقرار • التمييز في الرعاية • 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: الأطباء والتمريض في الطوارئ والأقسام الداخلية والرعاية الأولية وطب الشيخوخة والتأهيل، والأخصائيون الاجتماعيون، ومنسقو خدمات الترجمة وتجربة المريض، ومديرو المنشآت، وأعضاء لجان الأخلاقيات • الفصل الأم لـ: أخلاقيات رعاية الفئات الهشة (كبار السن وسوء معاملتهم والقرار عنهم وإيداعهم دور الرعاية؛ وذوو الإعاقة والترتيبات التيسيرية؛ والعمالة الوافدة والمهاجرون وحاجز اللغة والترجمة؛ والمريض بلا هوية أو تأمين بعد الاستقرار؛ والتمييز في الرعاية)، ونظام حقوق كبير السن ورعايته، ونظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ولائحته التنفيذية، والقراران 113 (7/12) و213 (9/22)، وتشديد عقوبة الإيذاء الواقع على كبير السن وذي الإعاقة بالمرسوم الملكي (م/72) • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 13، 19، 25، 26، 27، 32، 33، 35، 37، 40، 41، 42، 44 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

لا تنشأ الهشاشة الطبية من صفة ثابتة في الإنسان، بل من علاقة بين حالـه ومتطلبـات البيئـة من حوله. فقد يكون الشخص قادرًا مستقلًا، ثم تجعلـه نوبـة هـذيان، أو حـاجز لغـوي، أو فقـر، أو فقـد للأسرة، أو خوف من فقد العمل، أكثر تعرضًا لسـوء الفهم أو الإكـراه أو تـأخر العلاج. وقـد تجتمـع الأسباب في مريض واحد: مسنة مصابة بضعف إدراكي، لا تملك مالها، ويتكلم عنهـا ابنهـا. لـذلك لا يسأل الفصل: «إلى أي فئة ينتمي المريض؟»، بـل: مـا العـائق الـذي يضـعف صـوته أو وصـوله أو سلامته، وما التيسير المعقول الذي يعيد إليه قدرته على الاختيار والانتفاع العادل؟

ويعالج الفصل هذا السؤال بنموذج الأركان الأربعة. ففي الركن الطبي يـبين كيـف يُكتشـف العـائق قبـل وصـف المـريض بأنـه «غـير متعـاون»، ويعـرض علامـات سـوء معاملـة المسـن، والحجب التشخيصي لدى ذوي الإعاقة، وأثر المـترجم المحـترف في سـلامة الرعايـة. وفي الـركن الأخلاقي يوازن بين الحماية والاستقلال المدعوم، ويمـيز المسـاواة من الإنصـاف، ويضـبط التمييـز الصـريح والخفي. وفي الركن الفقهي يؤصل لكرامة الإنسان والعدل مع المختلف، ويعرض القرارين 113 (7/12) في حقوق المسنين و213 (9/22) في حقوق ذوي الإعاقـة. وفي الـركن النظـامي يبسـط نظام حقوق كبير السن ورعايته، ونظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ونظام الحمايـة من الإيـذاء بعد تعديله، وحقوق المريض في الطوارئ بصرف النظر عن القدرة على الدفع.

وينتهي الفصل إلى أن أكثر الأخطاء تكرارًا خمسـة: إسـقاط الأهليـة بـالعمر أو التشـخيص، وجعـل القريب أو المشرف مترجمًا وصاحب قرار، ونسبة كـل عـرض جديـد إلى الإعاقـة، وإلغـاء الخدمـة لعدم تهيئة المكان بدل تكييفه، والاكتفاء بالمساواة الشكلية حيث يقتضي الإنصاف تيسيرًا إضـافيًا. والقاعدة الجامعة: لا نعالج «فئة»، بل شخصًا ذا حقـوق وقيم وسـياق، ونزيـل مـا يمكن إزالتـه من العوائق قبل أن نستبدل صوته أو نضيّق خياراته.

الكلمات المفتاحيـة: الفئـات الهشـة؛ كبـار السـن؛ إسـاءة معاملـة المسـن؛ دور الرعايـة؛ ذوو الإعاقـة؛ الترتيبـات التيسـيرية؛ الحجب التشخيصـي؛ العمالـة الوافـدة؛ المـترجم الطـبي؛ الاتجـار بالأشخاص؛ المريض غير المؤمَّن؛ التمييز في الرعاية؛ الإنصاف الصحي؛ نظام حقوق كبـير السـن؛ نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

يُقصد بالفئـات الهشـة هنـا الأشـخاص الـذين يزيـد احتمـال تعرضـهم للضـرر أو الإقصـاء أو ضـعف التمثيل، بسبب عامل صحي أو وظيفي أو اجتماعي أو نظامي أو لغوي أو ثقـافي. ويتنـاول الفصـل خمس دوائر: كبار السن، وذوي الإعاقة، والعمالة الوافدة والمهاجرين ومن يواجهـون حـاجز اللغـة، والمرضى بلا هوية أو تأمين، والتمييز في الرعاية بوصفه خطـرًا يمس الجميـع. وأمـا الطفـل فأمّـه الفصل 25، والمريض النفسي فاقد القدرة أمّه الفصل 27، والموقوف أمّه الفصل 32.

والهشاشة علاقية ومتغيرة ومتقاطعة. فانظر إلى المبنى غير المهيأ كيف يحول صعوبة الحركة إلى حرمان، وإلى المعلومة المعقدة كيف تحول الإعاقة الذهنيـة البسـيطة إلى إقصـاء من الإذن، وإلى الخوف من فقد الإقامة كيف يحول مرضًا قابلًا للعلاج إلى طارئ. ويعـني التقـاطع أن اجتمـاع أكـثر

CC BY-NC-ND 4.0

من عائق قد يضاعف الخطر، لا أن يضيف بعضه إلى بعض فحسب. ولا يراد بالمصطلح وصم الشخص بالضعف، ولا افتراض فقد أهليته؛ والأدق أن يقال: شخص في وضع يقتضي حماية أو تيسيرًا إضافيًا. وعلى هذا المعنى تجعل المادة الثامنة من الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان احترام الضعف البشري والسلامة الشخصية مبدأً مستقلًا، وتربطه بالكرامة لا بالوصاية [1].

ويتميز السياق السعودي بثلاثة أمور. أولها أن المنظم أفرد لكبير السن ولذي الإعاقة نظامين حديثين، صدر الأول سنة 1443هـ والثاني سنة 1445هـ، فانتقلت رعايتهما من باب الإحسان إلى باب الحق النظامي [2، 3]. وثانيها أن عددًا كبيرًا من المرضى عمال وافدون تتفاوت لغاتهم وتغطيتهم التأمينية، وقد يقف بينهم وبين الطبيب صاحب عمل أو مشرف. وثالثها أن الأسرة الممتدة حاضرة بقوة في القرار الصحي، وهي مورد دعم عظيم، ولكنها قد تتحول إلى سلطة بديلة عن مريض قادر.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

التحيز العمري. قدّر التقرير العالمي لمنظمة الصحة العالمية عن التحيز العمري (2021م) أن واحدًا من كل شخصين في العالم يحمل مواقف عمرية تمييزية تجاه كبار السن، ونبه إلى أثر ذلك في قرارات الوصول إلى العلاج [4].

إساءة معاملة المسن. جمعت مراجعة منهجية وتحليل تلوي 52 دراسة من 28 بلدًا، فقدّرت أن 15.7% من كبار السن في المجتمع تعرضوا لصورة من الإساءة في السنة السابقة؛ أكثرها الإساءة النفسية (11.6%)، ثم المالية (6.8%)، ثم الإهمال (4.2%)، ثم البدنية (2.6%) [5]. والأرقام من بيئات مختلفة، فلا تُنقل إلى المملكة تقديرًا محليًا، ولكنها تنبهك إلى أن الإساءة شائعة، وأن أكثرها لا يُرى في الجسد، فلا تبحث عنها في الكدمات وحدها.

الإعاقة والإنصاف الصحي. قدّر التقرير العالمي لمنظمة الصحة العالمية عن الإنصاف الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة (2022م) أن نحو 1.3 مليار إنسان، أي قرابة واحد من كل ستة، يعيشون مع إعاقة معتبرة، وأن بعضهم يموت أبكر من غيره بما قد يبلغ عشرين عامًا لأسباب أكثرها قابل للتجنب، كالمواقف السلبية وصعوبة المعلومات والنقل والكلفة [6].

المهاجرون وحاجز اللغة. يقرر التقرير العالمي لمنظمة الصحة العالمية عن صحة اللاجئين والمهاجرين (2022م) أن صحة المهاجر تتشكل بظروف الرحلة والعمل والسكن والوصول إلى الخدمة، لا بـ«ثقافته» وحدها [7]. وانتهت مراجعة منهجية شملت 28 دراسة إلى أن المترجمين المحترفين يرتبطون بتواصل أفضل ورضا أعلى ونتائج سريرية أحسن، مقارنة بالمترجم العارض أو غياب الترجمة، وأنهم يقربون جودة الرعاية مما يتلقاه المتحدث بلغة الطبيب [8].

الاحتياجات الاجتماعية. راجعت دراسة منهجية 67 دراسة لسبعة وثلاثين برنامجًا تعالج الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية للمرضى، فوجدت أن أكثرها قاس الإجراءات والمحددات الاجتماعية، وأن نتائج الصحة والاستخدام والكلفة جاءت متباينة، مع ضعف منهجي في كثير منها [9].

الثقافة. وفي سنة 1998م اقترح مقال مؤسس الانتقال من «الكفاءة الثقافية» بوصفها قائمة معارف عن الشعوب إلى «التواضع الثقافي» بوصفه التزامًا دائمًا بالمساءلة الذاتية وتصحيح اختلال القوة بين الطبيب والمريض [10].

CC BY-NC-ND 4.0

ما يضيفه الفصل. أكثر الدراسات تتناول فئة واحدة، أو تقف عند الإطار الحقوقي الدولي. ويضيف الفصل ثلاثة أمور: سؤالًا واحدًا جامعًا عن «العائق» يغني عن قوائم الفئات، وقراءة مترابطة للأنظمة السعودية الخاصة بكبير السن وذي الإعاقة والإيذاء مع قرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي، وأدوات عملية تنقل الإنصاف من الشعار إلى الإجراء.

المشكلة والسؤال المركزي

والمشكلة أن الحماية والإقصاء قد يلبسان ثوبًا واحدًا، فلا يفرق بينهما إلا من دقق النظر. فإيداع المسن دار رعاية قد يكون حماية، وقد يكون تخلصًا منه. وقرار «عدم التصعيد» لمريض ذي إعاقة قد يكون تقديرًا سريريًا، وقد يكون حكمًا خفيًا على قيمة حياته. وترك المشرف يترجم للعامل قد يبدو تيسيرًا، وهو في الحقيقة إسكات له.

والسؤال المركزي: كيف يحمي الممارس الشخص الهش من الضرر والاستغلال، من غير أن يسلبه قراره أو يعامله دون غيره؟ والقاعدة التي يدافع عنها الفصل ثلاث وصايا فاحفظها: ادعم القرار قبل أن تستبدله، وكيّف الخدمة قبل أن ترفضها، واسأل عن العائق قبل أن تلوم المريض.

الأهداف والحدود

ويريد الفصل من قارئه أن يميز بين التشخيص والأهلية، وأن يكتشف علامات الإساءة ويتصرف فيها وفق النظام، وأن يستعمل المترجم استعمالًا آمنًا، وأن يصمم خطة خروج قابلة للتنفيذ لمريض بلا هوية أو تأمين، وأن يختبر قراراته في مواجهة التحيز.

ولا يبسط الفصل تقويم القدرة على القرار وأدواته (انظر الفصل 27، المبحث أولًا)، ولا أصول الإذن والولاية (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا)، ولا السر وحدوده (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا)، ولا واجب الإسعاف بصرف النظر عن الكلفة (انظر الفصل 9، المبحث رابعًا)، ولا تعدد الأدوية لدى المسن (انظر الفصل 26، الحالة 26/1)، ولا القرار بالنيابة عن المريض غير الممثَّل (انظر الفصل 40)، ولا معايير الأولوية عند شح الموارد (انظر الفصل 37). ويحيل في فحص الموقوف إلى الفصل 32 (الحالة 32/3).

أولًا: الركن الطبي

1-1 التقييم الشامل: اكتشاف العائق قبل وصف المريض بأنه «غير متعاون»

يجمع التقييم الأولي للمريض الهش سبعة محاور، يتفاوت عمقها بحسب الحال:

1. المشكلة الحادة والأمراض المزمنة، مع البحث عن أسباب قابلة للعكس كالعدوى والجفاف واضطراب الأملاح والألم والآثار الدوائية.
2. الوظائف اليومية والحركة والتوازن والتغذية والحواس والنوم والتحكم بالإخراج، لا التشخيصات المسجلة وحدها.
3. الإدراك والمزاج، والتمييز بين الخرف المزمن والهذيان الحاد والاكتئاب.
4. القدرة على القرار المعين في الوقت المعين، لا القدرة العامة (انظر الفصل 27، المبحث أولًا).

CC BY-NC-ND 4.0

5. وسيلة التواصل المفضلة: اللغة، والسمع، والبصر، والقراءة، ولغة الإشارة، والوسائل المعززة والبديلة.
6. الأمان: من يساعد المريض؟ وهل توجد قرائن عنف أو إهمال أو استغلال مالي؟ وهل للمرافق مصلحة متعارضة؟
7. محددات التنفيذ: السكن، والغذاء، والدواء، والنقل، والقدرة المالية، والوضع النظامي، والتغطية التأمينية، وإمكان المتابعة.

ولا يجعل هذا التقييم الطبيبَ باحثًا اجتماعيًا، لكنه يمنعه من وصف فشل الخطة بأنه فشل المريض. فالإرشادات التي لا يستطيع المريض قراءتها ليست خطة علاج، والوصفة التي لا يملك ثمنها ليست خيارًا قابلًا للتنفيذ.

1-2 كبار السن: من رقم العمر إلى الوظيفة

العمر الزمني ليس تشخيصًا، ولا معيارًا منفردًا للمنفعة. فالقرار يستند إلى الهشاشة السريرية، والوظيفة السابقة والحالية، وشدة المرض، واحتمال الاستجابة، وعبء العلاج، وقيم المريض. وقد نبه تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن التحيز العمري يتسلل إلى قرارات الفحص والعلاج دون أن يشعر به صاحبه [4].

والضعف الإدراكي لا يعني فقد الأهلية تلقائيًا. فقد يقرر المريض في مرحلة مبكرة علاجًا مألوفًا ولا يستوعب صفقة مالية معقدة، وقد يفهم صباحًا ما لا يفهمه مساءً. ويقضي الإنصاف بمعالجة الهذيان والألم وضعف السمع والبصر قبل الحكم. وتفصيل تقويم القدرة وتوثيقه في الفصل 27، وأما الخرف المتقدم بوصفه مرضًا عصبيًا مميتًا فمبسوط في الفصل 27 (المطلب 1-15). وأما مراجعة الأدوية وخفضها لدى المسن متعدد الأمراض فأمّها الفصل 26 (الحالة 26/1).

وللتحيز العمري في العيادة صور يومية لا يلحظها صاحبها: أن يُحرم المسن علاجًا فعالًا لعمره وحده، أو يُثقل الهش بعلاج لا يناسب هشاشته؛ وأن تُعزى شكواه الجديدة إلى «الكبر» فلا تُفحص؛ وأن يُوجَّه الحديث إلى المرافق والمريض حاضر قادر؛ وأن يُخاطب بلغة التصغير والتدليل كما يُخاطب الطفل. وهذه الأخيرة ليست لطفًا؛ ففي دراسة رصدية في دار رعاية لمرضى الخرف كان رفض الرعاية أرجح بعد هذه المخاطبة منه بعد الحديث العادي [33]. فالأصل أن يُخاطب المسن باسمه أو بلقب يرتضيه، ويُسأل هو أولًا، ويُشرك المرافق بإذنه. والترتيب العملي يبدأ بالهشاشة والوظيفة لا بالسن، ثم بأهداف المريض، ثم بتقويم أهليته للقرار المعروض، ثم بمراجعة الأدوية (انظر الفصل 26)، وخطر السقوط، والسؤال عن الإساءة على انفراد (المطلب 1-3). وأما الأولوية التي تقررها المادة الحادية عشرة من نظام حقوق كبير السن [2] فأولوية في الوصول والانتظار والتسهيل، لا تقديم في الفرز السريري على من هو أحوج منه. وحجة «النصيب العادل من العمر»، التي تؤخر المسن لأنه استوفى نصيبه من الحياة، محل خلاف في أخلاقيات التوزيع، ولا يُعمل بها في قرار الفرد بالعيادة؛ وموضع مرجحات التوزيع الفصل 37.

1-3 إساءة معاملة المسن: العلامات والاستجابة

إساءة معاملة المسن فعل أو امتناع، مرة أو متكررًا، في علاقة يُتوقع فيها الائتمان، يسبب ضررًا أو ضيقًا لكبير السن. وصورها خمس: بدنية، ونفسية، وجنسية، ومالية، وإهمال. وتقع في البيت وفي المؤسسة. وتبين المراجعة التلوية السابقة أن الإساءة النفسية والمالية أكثر شيوعًا من البدنية [5]؛ أي إن أكثر الإساءة لا يترك كدمة.

CC BY-NC-ND 4.0

ومن العلامات التي تستدعي السؤال: إصابات متكررة بلا تفسير مقنع، أو روايات متناقضة بين المريض والمرافق؛ وجفاف أو سوء تغذية أو قرح ضغط لا يفسرها المرض؛ وانقطاع الأدوية أو الإفراط فيها؛ وخوف أو صمت عند حضور مرافق بعينه؛ وعزلة مفروضة ومنع من الهاتف أو الزيارة؛ وتوقيعات مالية مفاجئة أو فقد السيطرة على بطاقة المصرف والمعاش؛ وتأخر طلب العلاج.

والاستجابة الطبية أربع خطوات: مقابلة المريض منفردًا بعد تهيئة السمع واللغة، وسؤاله سؤالًا مباشرًا غير اتهامي؛ ومعالجة الضرر العاجل؛ وتوثيق الوقائع كما هي، والأقوال بنصها منسوبة إلى قائلها، دون جزم بالفاعل؛ ثم تفعيل مسار الحماية المؤسسي والنظامي (المبحث رابعًا). ولا تُواجَه أسرة مشتبه بها أمام المريض، ولا يُعاد المريض إلى بيئة خطرة قبل تقويم الأمان.

1-4 دور الرعاية: متى تكون حماية ومتى تكون إقصاءً؟

الأصل أن يعيش المسن مع أسرته إذا كانت آمنة قادرة، وأن يبقى في محيطه المعتاد بدعم منزلي متى أمكن. ويُطرح الإيداع في دار رعاية حين تعجز الأسرة أو تغيب، أو حين تتجاوز حاجات الرعاية ما يُقدَّم في البيت، أو حين يكون البيت نفسه مصدر الخطر. ويفحص الطبيب قبل أن يوقّع على «توصية بالإيداع» أربعة أسئلة: هل عولجت الأسباب القابلة للعكس؟ وهل جُربت بدائل أقل تقييدًا، كالرعاية المنزلية والتأهيل والمساعدة النهارية؟ وما رأي المريض نفسه، وهل هو قادر على قرار مكان السكن؟ ومن المستفيد فعلًا من الإيداع؟

والتقرير الطبي في هذا الموضع ليس إجراءً شكليًا؛ فقد يصير مستندًا يُسلب به المسن بيته أو ماله. لذلك يصف التقرير الحالة الوظيفية والقدرة على قرار محدد بدقة، ولا يستعمل عبارات عامة مثل «فاقد الأهلية» أو «لا يعي» ما لم يثبت ذلك بتقويم موثق.

1-5 ذوو الإعاقة: علاج المرض لا محو الاختلاف

تعرّف المقاربة الحديثة الإعاقة بأنها تفاعل بين حالة صحية وحواجز بيئية وشخصية. لذلك قد يكون «العلاج» الحقيقي منحدرًا، أو طاولة فحص قابلة للخفض، أو رافعة نقل، أو معلومة بلغة سهلة، أو مترجم لغة إشارة. ويعزو تقرير منظمة الصحة العالمية أكثر الفجوة في النتائج الصحية لذوي الإعاقة إلى عوامل قابلة للتجنب، منها مواقف مقدمي الخدمة، وصعوبة المعلومات، وعدم تهيئة المرافق، والكلفة [6].

ومن الأخطاء السريرية المتكررة الحجب التشخيصي (*diagnostic overshadowing*): أن يُنسب عرض جديد إلى الإعاقة الأصلية دون فحص كافٍ، كأن يُعزى هياج شخص ذي إعاقة ذهنية إلى «سلوكه المعتاد» وسببه ألم أسنان أو انسداد أمعاء أو كسر. والعلاج أن يُسأل المرافق عن «الخط القاعدي» للمريض، ثم يُفحص كل تغير عنه فحصًا كاملًا.

والممارسة الرشيدة مع ذي الإعاقة:

- مخاطبة المريض مباشرة، ولو حضر مرافق أو مترجم.
- سؤاله عن التيسير الذي يفيده بدل تخمينه.
- توفير صيغ ميسرة: خط كبير، وصور، ولغة سهلة، ووقت إضافي، وجهاز سمع، وتواصل بديل.
- إجراء الفحص السريري المعتاد بعد تكييف مكانه، لا الاكتفاء بوصف المرافق.

CC BY-NC-ND 4.0

- عدم استنتاج جودة الحياة من منظور غير المعاق؛ فالاعتماد على المساعدة لا يساوي غياب المعنى أو المنفعة.
- الفصل بين الحاجة إلى الدعم وأهلية القرار؛ فقد يحتاج الشخص مساعدة في التواصل مع بقاء قدرته على الاختيار كاملة.

1-6 العمالة الوافدة والمهاجرون: الخوف والحاجز والصدمة

يواجه بعض العمال الوافدين والمهاجرين حواجز لغوية وإدارية ومالية، وخوفًا من فقد العمل أو الترحيل، وضعف معرفة بالحقوق، وانقطاع السجلات، وظروف سكن وعمل تزيد خطر العدوى والإصابة. وقد يحضر معهم صاحب عمل أو مشرف يتكلم عنهم. ويقرر تقرير منظمة الصحة العالمية أن هذه المحددات هي ما يصنع الفارق الصحي، لا الجنسية بذاتها [7].

لذلك يُسأل عن العدوى والتطعيم بحسب التعرض والأعراض والتاريخ الوبائي، لا بحسب الجنسية. ويُفصل العلاج عن الحكم على الوضع النظامي. ويُستعمل نهج واعٍ بالصدمة مع من مرّ بعنف أو نزوح: يُشرح سبب الأسئلة والفحص، ويُطلب الإذن، ويُتاح التوقف، ولا تُعاد رواية الصدمة بلا فائدة علاجية. وتفصيل التبليغ عن الأمراض المعدية والعزل في الفصل 35.

ويشتد هذا كله في الحمل والولادة؛ إذ تجتمع على المرأة هشاشتان: هشاشة الحمل، وهشاشة الوضع. فالعاملة المنزلية تعيش في بيت صاحب العمل، وقد يكون هو وسيلتها الوحيدة إلى المستشفى ومترجمها والمتكلم عنها؛ فتُسأل منفردة بمترجم محترف، ولا يُطلَع صاحب العمل على حملها أو نتيجة فحصها إلا بإذنها أو بسند نظامي (المطلب 4-5)، وقد يكون حمل عاملة بلا زوج أثرًا لاعتداء أو استغلال، فيُسأل عن ذلك بأمان، ويُفعَّل مسار الحماية عند ظهور القرائن (المطلب 4-4). والوافدة بلا تأمين تُسعَف في الطارئ الولادي حتى تستقر حالتها بلا شرط مالي (المطلب 4-5)، ولا يُجعل بقاؤها أو بقاء مولودها في المستشفى وسيلة لاستيفاء الفاتورة؛ فالمطالبة المالية لها طرقها، والخروج يُبنى على السلامة. وذات الإعاقة تُدعَم في قرارها الإنجابي، ولا يُجرى لها تعقيم لم ترضَ به لمجرد الإعاقة أو لراحة القائمين عليها؛ فالإعاقة ليست ضرورة (انظر الفصل 20، المطلبين 2-3 و3-6).

1-7 حاجز اللغة والترجمة: المترجم تدبير سلامة

المترجم المحترف تدبير سلامة لا ترف. فالقرار الذي يُتخذ بلا تواصل كافٍ قرار بلا إذن حقيقي، والتاريخ المرضي المنقول بترجمة ناقصة مصدر خطأ تشخيصي. وقد ربطت المراجعة المنهجية المترجمين المحترفين بتواصل أفضل وأخطاء أقل ونتائج أحسن، مقارنة بالمترجم العارض من الأقارب أو الموظفين غير المدربين [8].

ويخطئ المترجم العارض بثلاث طرق: يحذف ما يراه غير مهم، ويضيف من عنده، ويلطّف ما يراه جارحًا. ويزداد الخطر حين يكون المترجم طفلًا، أو قريبًا ذا مصلحة، أو صاحب العمل أو مشرفه، أو حين يتعلق الأمر بالصحة الجنسية أو العنف أو الأورام أو الصحة النفسية أو الإذن بإجراء كبير. وقواعد استعمال المترجم في المبحث خامسًا.

1-8 المريض بلا هوية أو تأمين: من الإسعاف إلى خروج آمن

المريض مجهول الهوية في الطوارئ له تعريف مؤقت آمن، ومسار سلامة للتعرف عليه، وأمّه الفصل 33. أما هذا الفصل فيعنى بما بعد الاستقرار: مريض معروف الاسم لكنه بلا وثائق سارية،

CC BY-NC-ND 4.0

أو بلا تأمين، أو بلا قدرة على الدفع. والخطر هنا ليس في الإسعاف، فواجبه مقـرر بصـرف النظـر عن الكلفة (انظر الفصل 9، المبحث رابعًا)، بل في «الخروج غير الآمن»: أن يُخـرَج المـريض بعـد تثبيت حالته بوصفة لا يستطيع صرفها، أو بمرض مزمن جديد لا يعرف كيف يديره، أو بلا متابعة.

والخطة الطبية الرشيدة هنا تسأل: ما الحـد الأدنى الآمن من العلاج والتثقيـف قبـل الخـروج؟ ومـا البديل الأقل كلفة المكافئ علاجيًا؟ ومن يصرف الدواء في الأيام الأولى؟ ومـا الجهـات الاجتماعيـة والخيرية المتاحة؟ وما العلامات التي تستدعي العودة، وكيف سيعود المريض دون خوف؟

1-9 الفقر: قابلية الخطة للتنفيذ جزء من جودتها

الفقر ليس سلوكًا سيئًا ولا نقصًا في الإرادة. فقد يختار المريض بين الطعام والـدواء، أو يغيب لأن أجر يومـه وكلفـة النقـل يفوقـان قدرتـه، أو لا يملـك ثلاجـة لحفـظ الإنسـولين. لـذلك يُقـرأ «عـدم الالتزام» نتيجةً محتملة لتصميم الخطة والظروف، وأمّ هـذه المسـألة الفصـل 26 (الحالـة 26/2). ويُسأل المرضى جميعًا بأداة موحدة عن الغذاء والسكن والنقل والقـدرة على شـراء الـدواء، تقليلًا للوصم.

ولا يعِد الطبيب بأن الإحالـة الاجتماعيـة سـتزيل المـرض؛ فالـدليل على أثرهـا في النتـائج الصـحية متباين [9]. لكن ربط المريض بالدواء والغذاء والنقل قد يجعل العلاج الممكن نظريًا ممكنًا فعليًا.

1-10 الاختلاف الثقافي والديني: تواضع لا قوالب

لا يستطيع الطبيب حفظ «خصائص كل ثقافة»، ولا يصح أن يعامل الانتمـاء جوابًـا جـاهزًا. والبـديل هو التواضع الثقافي: إدراك محدودية معرفته، وسؤال المريض عن معـنى المـرض والقـرار عنـده، ومن يريد إشراكه، وما يقلقه، وما الممارسة الدينية المهمة له [10]. فقد يختار مريضان من الدين نفسه والبلد نفسه خيارين مختلفين تمامًا.

وتُراعى، متى أمكنت طبيًا وتنظيميًا، الخصوصية، وجنس مقدم الخدمـة (انظـر الفصـل 6، المبحث ثالثًا)، وأوقات الصلاة، والصيام (انظر الفصل 2، الحالة الأولى)، والغذاء، ووجود الأسرة أو المرشد الديني. لكن الاحترام لا يعني إخفاء التشخيص عن المريض القـادر لأن أسـرته «لا تريـد أن يتـألم» (انظر الفصل 8)، ولا السماح بممارسة مؤذية. وتقـرر المـادة الثانيـة عشـرة من الإعلان العـالمي لأخلاقيات البيولوجيا احترام التنوع الثقافي، على ألا يُتخذ ذريعة للمساس بالكرامة أو الحقوق [1].

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 الكرامة قبل المنفعة

الكرامة ليست ثمرة القدرة العقلية أو الإنتاج أو الاستقلال البدني، بل أصل ثابت لا يـزول بزوالهـا. ولذلك لا يجوز وصف حيـاة ذي الإعاقـة أو المصـاب بـالخرف بأنهـا أقـل قيمـة، ولا اتخـاذ الفقـر أو الإقامة غير النظامية مـبررًا لعلاج دون المسـتوى. والكرامـة تُـرى في أفعـال صـغيرة: أن تخـاطب الشخص باسمه، وتستر جسده، وتشرح له الإجراء، وتستأذنه، ولا تتحدث عنه كأنـه غـائب، وتمكّنـه من قول «لا» أو طلب وقت.

CC BY-NC-ND 4.0

2-2 الاستقلال المدعوم وحدود الوصاية

الاستقلال ليس أن تترك المريض وحيدًا أمام قرار معقد. فكل إنسان يحتاج قدرًا من الدعم، ويزيد الدعم عند ضعف السمع أو القراءة أو الذاكرة أو اللغة. ويبدأ المسار الأخلاقي بتكييف القرار: تقسيم المعلومة، والأمثلة والصور، والتكرار، ومعالجة الألم، وإحضار من يثق به المريض بإذنه. فإن بقي غير قادر بعد ذلك كله انتقل القرار إلى صاحب الصفة وفق النظام، مع إشراك المريض بقدر قدرته (انظر الفصل 27، المبحث ثانيًا؛ والفصل 5).

ويقع هنا خطآن متقابلان: وصاية مفرطة تسلب الشخص قراره باسم الحماية، وهجر باسم الاستقلال يترك وحده شخصًا لا يفهم أو لا يستطيع التنفيذ. والصواب بينهما: دعم الإرادة مع شبكة أمان متناسبة.

2-3 الأسرة: مورد دعم لا سلطة تلقائية

الأسرة مصدر المعلومات عن حياة المريض وقيمه، وسند عملي بعد الخروج، وشريك في القرار بإذنه. ولكنها ليست بديلًا تلقائيًا عن بالغ قادر، وقد تحمل مصالح متعارضة: ميراثًا، أو عبء رعاية ثقيلًا، أو خلافًا قديمًا. ولا تحسبنّ ذلك سوء ظن بالأسر؛ فأكثرها يحمل عبئًا كبيرًا بإخلاص. وإنما المقصود أن يسأل الفريق: من يريد المريض أن يشارك؟ وهل في القرار مصلحة لغير المريض؟ وحدود الأسرة في الرعاية المزمنة مبسوطة في الفصل 26 (الحالة 26/4).

2-4 العدالة: المساواة والإنصاف وعدم التمييز

المساواة ألا يُفرَّق بين الناس في قيمتهم ولا في المعايير الأساسية لرعايتهم. والإنصاف أن تُزال الحواجز التي تجعل المساواة الشكلية فارغة. فمن العدل أن يُعطى من يحتاج مترجمًا موعدًا أطول، وأن تُنقل الخدمة إلى من لا يستطيع الوصول إليها، وأن يُوفَّر لمستخدم الكرسي المتحرك فحص مناسب. والتيسير هنا ليس امتيازًا، بل شرط لتكافؤ الفرصة.

والتمييز في الرعاية صنفان. تمييز صريح يراه كل أحد: رفض خدمة، أو تأخيرها، أو خفض مستواها بسبب العمر أو الإعاقة أو الجنسية أو الوضع النظامي أو القدرة على الدفع. وتمييز خفي: قرارات تبدو سريرية، ولكنها تقوم على افتراضات غير مفحوصة، كأن تُقدَّر «جودة حياة» ذي الإعاقة بأنها متدنية فيُستبعد من العناية المركزة، أو يُفترض أن المسن «لا يستفيد» فلا يُحال. وقد نص الميثاق الدولي لأخلاقيات الطب على أن يقدم الطبيب الرعاية على أساس الحاجة الصحية، من غير تحيز أو سلوك تمييزي بسبب أمور منها العمر والمرض أو الإعاقة والأصل والجنسية والمكانة الاجتماعية [11].

والاختبار العملي للتمييز الخفي سؤالان. الأول: هل يتغير احتمال المنفعة أو الضرر فعلًا بسبب هذه الخاصية في هذا المرض؟ فإن كان الجواب نعم فهو تقدير سريري مشروع يُوثَّق دليله. والثاني: لو كان المريض نفسه بلا هذه الخاصية، أكنا سنقرر القرار ذاته؟ فإن اختلف القرار بلا فرق سريري فهو تمييز، مهما حسنت النية. ولا يكفي أن يقول الفريق إنه محايد؛ بل عليه أن يختبر نتائجه: هل ترتفع قرارات عدم التصعيد لدى فئة دون تفسير سريري؟ وهل يعتمد الفريق على المرافق بدل وسائل التواصل؟ والبيانات المصنفة والمراجعة الدورية تحول النية إلى مساءلة. وأما معايير الأولوية عند شح الموارد فأمّها الفصل 37.

CC BY-NC-ND 4.0

2-5 التناسب في الحماية

والحماية نفسها قد تضر إذا صارت تقييدًا زائدًا: إدخال مسن دار رعاية بغير رضاه، أو تقييد مريض خرف بدل علاج ألمه، أو إبلاغ صاحب العمل بتشخيص عامل بلا حاجة. ولذلك يشترط التناسب أربعة أمور:

1. غاية مشروعة وخطر حقيقي محدد، لا خوف عام.
2. احتمال معقول أن يحقق الإجراء الغاية.
3. انعدام بديل أقل تقييدًا بالفاعلية نفسها.
4. مدة محدودة، ومراجعة منتظمة، وتوثيق.

ومن أكثر صور الحماية الزائدة شيوعًا التقييد الجسدي للمسن «خوفًا من السقوط». ولم تجد مراجعة للأدلة دليلًا على أنه يمنع السقوط لدى المسنين المنومين، ولم يزد خفض التقييد معدلات السقوط في الدراسات المتاحة على قلتها، وهو يرتبط بالهذيان ويمس الكرامة والاستقلال [34]. فتُقدَّم البدائل: معالجة الألم والهذيان واحتباس البول، ومراجعة الأدوية، والسرير المنخفض، والمراقبة الأقرب، وإشراك الأسرة في المرافقة. فإن لزم التقييد فبالضرورة وبقدرها: أقل صوره تقييدًا، لمدة محددة، بتوثيق سببه، ومراجعة دورية، وإعلام المريض وأسرته [34]. والتقييد الكيميائي بالمهدئات لغير علاج حالة طبية ليس بديلًا أرحم، بل تنطبق عليه الشروط الأربعة نفسها.

2-6 عدم الوصم والعدالة الإجرائية

يمنع عدم الوصم أن يُساوى المهاجر بالعدوى، والمسن بالعجز، وذو الإعاقة بفقد الأهلية، والفقير بعدم الالتزام. وعند النزاع أو الندرة لا يكفي حسن النية؛ فالعدالة الإجرائية تطلب معيارًا معلنًا، وجهة تراجع القرار، وحقًا للمريض في الشرح والاعتراض، وتوثيقًا للاستثناء، ومراقبة لأثر القرارات على الفئات الأقل صوتًا. وتُعرض النزاعات الجسيمة على لجنة الأخلاقيات (انظر الفصل 13).



شكل: قواعد حاكمة في رعاية الفئات الهشة: من أصل القدرة والقرار المدعوم إلى الحماية المتناسبة بإجراء عادل.

CC BY-NC-ND 4.0

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 أصول جامعة

تبدأ الرؤية الشرعية من تكريم الإنسان: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ﴾ [الإسراء: 70]، ومن العدل مع المخالف: ﴿وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَآنُ قَوْمٍ عَلَىٰ أَلَّا تَعْدِلُوا اعْدِلُوا هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَىٰ﴾ [المائدة: 8]، ومن التعارف لا التفاضل بالأعراق: ﴿وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِندَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ﴾ [الحجرات: 13]. ويؤصل القرآن لرعاية الوالدين عند الكبر: ﴿إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِندَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُل لَّهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا﴾ [الإسراء: 23]، ولإطعام الضعيف ومن لا حول له: ﴿وَيُطْعِمُونَ الطَّعَامَ عَلَىٰ حُبِّهِ مِسْكِينًا وَيَتِيمًا وَأَسِيرًا﴾ [الإنسان: 8]، ولحماية المستجير حتى يبلغ مأمنه [التوبة: 6].

وفي السنة ما يقلب نظرة القوة إلى الضعف. فحين رأى سعد بن أبي وقاص رضي الله عنه أن له فضلًا على من دونه، قال النبي ﷺ: «هل تُنصرون وتُرزقون إلا بضعفائكم» [12]. فالضعيف في ميزان الشرع ليس عبئًا يُحتمل، بل سبب من أسباب النصر والرزق.

3-2 المقاصد والقواعد

تلتقي هذه الأصول مع الضروريات الخمس. فالعلاج يحفظ النفس، والتواصل الملائم يحفظ العقل والإرادة، ومنع الاستغلال يحفظ المال، وتيسير العبادة يحفظ الدين، وحماية الأسرة من العنف تحفظ النسل. وتضبط التطبيق القواعد الكلية، وتفصيلها في الفصل 2 (المبحث خامسًا):

- **اليقين لا يزول بالشك:** الأصل بقاء الأهلية والحقوق، فلا تُسلب بانطباع أو بتشخيص عام أو بعمر.
- **الضرر يزال:** ويشمل المرض والإهمال والعنف والحاجز القابل للإزالة.
- **المشقة تجلب التيسير:** كتكييف وسيلة التواصل وموعد الدواء وطريقة الفحص.
- **الضرورات تقدر بقدرها:** فلا يتوسع رفع السر أو التقييد أو التدخل بلا إذن فوق الحاجة.
- **التصرف على الرعية منوط بالمصلحة:** في ولاية الأسرة على المسن العاجز، وفي سياسات المنشأة وتخصيص الموارد.

3-3 حقوق المسنين: القرار 113 (7/12)

أصدر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في دورته الثانية عشرة بالرياض (25 جمادى الآخرة–1 رجب 1421هـ / 23–28 سبتمبر 2000م) القرار 113 (7/12) بشأن حقوق الأطفال والمسنين [13]. ومما أوصى به في المسنين:

> «التأكيد على أهمية عضوية المسنين في المجتمع وتمتعهم بجميع حقوق الإنسان» ... «أن تكون أسرهم هي المكان الأساس الذي يعيشون فيه» ... «إنشاء دور الرعاية للمسنين الذين لا عائل لهم أو تعجز عائلتهم عن القيام بهم» ... «الاهتمام بطب الشيخوخة في كليات الطب» [13].

CC BY-NC-ND 4.0

ويُفهم القرار على أنه يقدّم الأسرة الآمنة القادرة، لا أنه يُلزم المسن بالبقاء في بيت مؤذٍ أو يُسقط رضاه. فدار الرعاية في القرار بديل عند غياب العائل أو عجزه، لا وسيلة لإبعاد مسن تستطيع أسرته رعايته. ولا يعفي القرار المجتمع والدولة من الحماية عند عجز الأسرة أو غيابها.

3-4 حقوق ذوي الإعاقة: القرار 213 (9/22)

وأصدر المجمع في دورته الثانية والعشرين بالكويت (2–5 جمادى الآخرة 1436هـ / 22–25 مارس 2015م) القرار 213 (9/22) بشأن حقوق المعوقين في الفقه الإسلامي [14]. وقرر أن ذوي الإعاقة جزء لا يتجزأ من المجتمع، لهم من الحقوق ما لغيرهم إلا ما استثناه نص شرعي. ونص على حقهم في الرعاية الصحية والتأهيل وإنشاء المؤسسات العلاجية وتدريب القائمين على رعايتهم، وعلى احترامهم وعدم الانتقاص منهم، وعلى سن الأنظمة الحامية لحقوقهم ومتابعة تنفيذها [14].

فالمعيار في القرار حق ومساواة وتيسير، لا شفقة مجردة. والاستثناء لا يثبت إلا بدليل يتعلق بقدرة أو تكليف محدد، ولا يسري من وظيفة إلى سائر الوظائف. فمن عجز عن المشي لم يعجز عن القرار، ومن احتاج إلى مترجم إشارة لم يحتج إلى ولي.

3-5 الأهلية مع الضعف الإدراكي

الأصل في البالغ كمال الأهلية، والمرض قد يزيلها أو ينقصها أو لا يؤثر فيها، والضابط أثره الفعلي في الإدراك والتمييز والقرار؛ وهذا ما قرره مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 261 (6/26) في الأمراض النفسية، ونصه وتحليله في الفصل 27 (المبحث ثالثًا) [15]. ويُستأنس بمنهجه في الضعف الإدراكي لدى المسن دون مساواة التشخيصين. فلا يكفي قول الأسرة «إنه ينسى» لينتقل إليها ماله أو قراره، والحجر وآثاره في المال للقضاء لا للمستشفى.

3-6 الأسرة والولاية: نيابة حماية لا تملّك

ولاية الأسرة على المسن العاجز أو ذي الإعاقة الذهنية الشديدة ولاية نظر ومصلحة، تثبت بقدر العجز وتزول بزواله، ولا تتسع مع إمكان القرار المدعوم. وقد جعل النبي ﷺ كل راعٍ مسؤولًا عن رعيته [16]، والرعاية أمانة يُسأل عنها صاحبها لا سلطة يتصرف بها لنفسه. وتفصيل الولاية وحدودها في الفصل 5 (المبحث ثالثًا). ومن ثم فإن تصرف القريب في مال المسن لمصلحته هو، أو حبسه عن الناس، أو إيداعه مكانًا لا يريده بلا حاجة، خروج عن مقتضى الولاية إلى الظلم.

3-7 الغريب والفقير والنازح

الوافد في بلد غير بلده غريب له حق العدل والإحسان وحفظ النفس. ولا يسقط حقه في العلاج بمخالفة إدارية؛ فحفظ النفس مقدم، والمخالفة يُحاسب عليها بطريقها لا بحرمانه من الدواء. وقد قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في القرار 165 (3/18) بشأن تفعيل دور الزكاة في مكافحة الفقر (بوتراجايا، 24–29 جمادى الآخرة 1428هـ / 9–14 يوليو 2007م) تقديم العون المالي «من خلال إنشاء صندوق يخصص لمساعدة النازحين داخل أوطانهم، أو خارجها» [17]. ويوصل ذلك لإدخال حاجات الغريب والنازح والفقير في شبكات التكافل المنضبطة، دون أن يُسقط واجب المنشأة في الإسعاف والخروج الآمن، ودون أن يتحول العون إلى وسيلة إكراه.

CC BY-NC-ND 4.0

3-8 اختلاف الدين والثقافة

الأصل احترام الإنسان والعدل معه، و﴿لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ﴾ [البقرة: 256]. ويُيسَّر للمريض أداء عبادته ما لم يترتب ضرر راجح أو تعطيل لازم للرعاية. ولا يملك القريب أو الوجيه الاجتماعي إلغاء إذن بالغ قادر. وعند التعارض بين ضرر محقق وممارسة ثقافية، يشرح الطبيب السبب ويبحث بديلًا أقل تقييدًا قبل المنع.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 نظام حقوق كبير السن ورعايته

صدر النظام بالمرسوم الملكي رقم (م/47) وتاريخ 3/6/1443هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (292) وتاريخ 1/6/1443هـ، ونُشر في جريدة أم القرى في 11/6/1443هـ (14/1/2022م)، ويُعمل به بعد تسعين يومًا من نشره [2، 18]. ويعرّف كبير السن بأنه كل مواطن بلغت سنه ستين سنة فأكثر [2]. وأبرز أحكامه ذات الصلة بالرعاية الصحية:

المادة	مضمونها	أثرها السريري
الثالثة	«لكبير السن حق العيش مع أسرته، وعليها إيواؤه ورعايته»	خطة الخروج تبدأ بالبيت الآمن والدعم المنزلي
الرابعة	لا يُودَع كبير السن دار الرعاية الاجتماعية إلا بموافقته، أو بحكم قضائي، أو في الحالات التي تشكل خطرًا على حياته أو سلامته وفق ضوابط اللائحة	لا يكفي طلب الأسرة ولا توقيع الطبيب لإيداع مسن قادر يرفض
العاشرة	توفر الوزارة لكبير السن المحتاج الأجهزة والمستلزمات الطبية المساعدة مجانًا وفق اللائحة	يُحال المحتاج إلى المسار الاجتماعي لتأمين الأجهزة
الحادية عشرة	أولوية كبير السن في الخدمات الأساسية لدى الجهات الحكومية ومقدمي الخدمة العامة، وبخاصة الصحية والاجتماعية	الأولوية في الوصول والانتظار، لا في تجاوز الفرز السريري
الخامسة عشرة	حظر تصرف العائل في مال كبير السن دون موافقته، والإخلال عمدًا بحمايته ورعايته، وإساءة التصرف في	الاستغلال المالي مخالفة نظامية لا شأن عائلي خاص

CC BY-NC-ND 4.0

المادة	مضمونها	أثرها السريري
	ماله	
السادسة عشرة	عقوبة المخالفات المحددة بالسجن مدة لا تزيد على سنة أو غرامة لا تزيد على خمسمائة ألف ريال أو بهما معًا	جسامة المخالفة توجب التوثيق الدقيق

ويتبين من المادتين الثالثة والرابعة أن حق الأسرة في الرعاية لا يبيح إكراه المسن القادر على سكن أو علاج، وأن الستين ليست سنًا لفقد الأهلية. وأما «الإيداع للخطر» فاستثناء تضبطه اللائحة، لا باب مفتوح للتقدير الشخصي.

4-2 نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ولائحته

صدر النظام بالمرسوم الملكي رقم (م/27) وتاريخ 11/2/1445هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (110) وتاريخ 6/2/1445هـ، ونُشر في جريدة أم القرى في 23/2/1445هـ (8/9/2023م)، ويُعمل به بعد مائة وعشرين يومًا من نشره [3]. وتقرر مادته الثانية مبادئ حاكمة، منها [3]:

- عدم التمييز على أساس الإعاقة وتكافؤ الفرص.
- توفير متطلبات إمكانية الوصول والترتيبات التيسيرية.
- تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من المشاركة في إدارة شؤونهم.
- أن «لمن بلغ سن الرشد من الأشخاص ذوي الإعاقة أهلية مباشرة التصرفات النظامية ما لم تمنعه إعاقته من ذلك وفق الأنظمة ذات الصلة.
- اعتماد أساليب التواصل المناسبة، ومنها المنطوق والمكتوب ولغة الإشارة.
- تدريب العاملين على أساليب التواصل المناسبة والتوعية بالحقوق.

وتقرر المادة التاسعة حقهم في الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيل الطبي والصحة الإنجابية والكشف المبكر والأجهزة المساعدة، وتلزم بإدماج احتياجاتهم في السياسات الصحية وإلغاء الاشتراطات التمييزية لدى شركات التأمين الطبي [3]. وتعد المادة الحادية والعشرون من المخالفات تعريضهم للإيذاء البدني أو المعنوي أو المادي، أو إهمالهم، أو حرمانهم من حقوقهم، أو السخرية منهم، أو استغلالهم [3]. ونُشرت اللائحة التنفيذية للنظام في جريدة أم القرى في 9/11/1445هـ (17/5/2024م) [19]. وأثر النظام في الاعتذار عن الخدمة مبسوط في الفصل 9 (المبحث رابعًا).

والمعنى السريري لذلك: «التيسير» التزام نظامي لا مجاملة. فإن تعذر فحص مستخدم الكرسي المتحرك لأن الطاولة لا تنخفض، فالمخالفة في المكان لا في المريض، والحل تكييف المكان أو إحالة مكافئة بلا تأخير ولا كلفة إضافية.

4-3 نظام الحماية من الإيذاء وتعديله

صدر نظام الحماية من الإيذاء بالمرسوم الملكي رقم (م/52) وتاريخ 15/11/1434هـ [20]. وتوجب مادته الثالثة على كل من يطلع على حالة إيذاء الإبلاغ عنها فورًا، وعلى الموظف والعامل

CC BY-NC-ND 4.0

الذي يطلع عليها بحكم عمله إحاطة جهة عمله لتبلغ الجهة المختصة [20]. وتفصيل هذا الواجب مع السر في الفصل 7 (المبحث رابعًا).

وعُدّل النظام بالمرسوم الملكي رقم (م/72) وتاريخ 6/8/1443هـ، وهو المرسوم نفسه الذي عدّل نظام حماية الطفل، وتفصيل شقه الخاص بالطفل في الفصل 25 (المبحث رابعًا) [21]. ومما يعني هذا الفصل من تعديل نظام الحماية من الإيذاء [21]:

- تمكين المعرَّض للإيذاء أو من يمثله من دخول مسكنه وأخذ وثائقه الثبوتية ومتعلقاته الشخصية.
- إلزام الوزارة بمتابعة حالات الإيذاء حتى الفصل فيها قضائيًا، ومتابعة ذي الإعاقة بعد الحكم مدة لا تقل عن ستة أشهر.
- تشديد العقوبة إلى السجن من سنة إلى خمس سنوات والغرامة من خمسين ألفًا إلى ثلاثمائة ألف ريال إذا وقع الإيذاء على ذي إعاقة، أو على أحد الوالدين، أو على من تجاوز الستين، أو على حامل نتج عنه إسقاط جنينها، وفي ظروف أخرى محددة، وتضاعف العقوبة عند العود.

ووظيفة الطبيب في ذلك: السلامة أولًا، والتبليغ وفق الإجراء المعتمد في المنشأة، والفصل الآمن عن المشتبه به، ومعالجة الإصابات، وتوثيق الوصف والقول المنسوب دون جزم غير اختصاصي، وحفظ السر في غير ما يتطلبه التبليغ.

4-4 نظام مكافحة جرائم الاتجار بالأشخاص

صدر نظام مكافحة جرائم الاتجار بالأشخاص بالمرسوم الملكي رقم (م/40) سنة 1430هـ (2009م)، وهو يجرّم استخدام شخص أو تجنيده أو نقله أو إيواءه أو استقباله بقصد الاستغلال، ويقرر أن رضا المجني عليه لا يعتد به، ويتضمن تدابير لحماية الضحايا أثناء التحقيق والمحاكمة [22]. وقد يرى الطبيب قرائن تستدعي هذا المسار: حجز جواز السفر أو الإقامة، ومرافق يتحكم في الكلام والحركة، وحرمان من الأجر، وإصابات متكررة، وخوف ظاهر، وساعات عمل منهكة، وعدم معرفة عنوان السكن. ولا يحقق الطبيب في الجريمة ولا يواجه المرافق، بل يفصل المريض بأمان، ويسأله منفردًا بمترجم مستقل، ويوثق، ويفعّل مسار الحماية في المنشأة.

4-5 الإذن والسر وحقوق المريض في الطوارئ

الإذن حق المريض القادر، ولا ينتقل إلى غيره إلا بفقد القدرة وفق المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية والدليل السعودي للإذن الطبي [23، 24]؛ وتفصيلهما في الفصل 5 (المبحث رابعًا). والسر محفوظ للمسن والوافد وذي الإعاقة كما هو محفوظ لغيرهم، فلا يُطلَع صاحب العمل أو المشرف أو الكفيل على تشخيص العامل إلا بإذنه أو في استثناء نظامي؛ وتفصيل الاستثناءات في الفصل 7 (المبحث رابعًا). وتُعد البيانات الصحية بيانات حساسة وفق نظام حماية البيانات الشخصية [25]، فلا تُستعمل منصة ترجمة أو تطبيق غير معتمد يكشفها.

وتقرر وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى الصادرة عن وزارة الصحة حق المريض في الرعاية الطبية في الحالات المهددة للحياة والحرجة في أقسام الطوارئ حتى استقرار حالته [26]. وتنص وثيقة حقوق المريض في المؤسسات الصحية الخاصة على حقه في العناية العاجلة الإسعافية حتى استقرار حالته دون تأخير، بغض النظر عن القدرة على تحمل الأعباء المالية [27]. وتفصيل

CC BY-NC-ND 4.0

هذا الواجب وموقعه من المادة الثامنة من نظام مزاولة المهن الصحية في الفصل 9 (المبحث رابعًا)، وتفصيل التغطية التأمينية وحدودها في الفصل 19.

ولم يقف الفصل على نص نظامي منشور يُلزم الممارس الصحي بإبلاغ جهات الجوازات عن المريض لمجرد مخالفته نظام الإقامة. فلا يُفترض هذا الواجب، ولا يُنفى بإطلاق؛ بل يُرجع في كل إفصاح إلى سند نظامي محدد تحدده الإدارة القانونية في المنشأة، مع بقاء الأصل: السر، والحد الأدنى اللازم.

4-6 المعايير الدولية وموقعها

يؤطر النظام الصحي الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/11) وتاريخ 23/3/1423هـ مسؤولية الدولة في توفير الرعاية الصحية وتنظيمها [28]. وتُستأنس المعايير الدولية في تفسير الوصول والمشاركة وعدم التمييز، كالإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا [1] والميثاق الدولي لأخلاقيات الطب [11]. وفي الموقوفين تقرر القاعدة 24 من قواعد الأمم المتحدة النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء (قواعد نيلسون مانديلا) أن يتمتع السجناء بمستوى الرعاية الصحية المتاح في المجتمع، دون تمييز بسبب وضعهم القانوني [29]. ويُقدَّم النص السعودي عند تحديد الإجراء الملزم.

وفي السجينات تنص القاعدة 24 من قواعد الأمم المتحدة لمعاملة السجينات والتدابير غير الاحتجازية للمجرمات (قواعد بانكوك، 2010م) على ألا تُستعمل أدوات التقييد أبدًا مع النساء أثناء المخاض والولادة وبعد الولادة مباشرة [32]. ولم يقف الفصل على نص سعودي منشور في المسألة؛ فتُدار الحراسة في جناح الولادة بالمرافقة والتنظيم المكاني لا بالقيد، ولا يحضر الفحص الحميم والولادة من الحراسة إلا ما تقتضيه الضرورة، ومن جنس المرأة ما أمكن، وتُنسَّق ترتيبات الأمن مع الجهة المختصة دون أن تتقدم على القرار السريري.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 مصفوفة العائق والتيسير

السياق	خطر أخلاقي شائع	التيسير الواجب	علامة تستدعي التصعيد
كبير السن أو ضعف إدراكي	افتراض العجز، الإيداع بلا رضا، الاستغلال المالي	تقويم الهذيان والحواس، قرار مدعوم، مقابلة منفردة	إصابة أو خوف أو فقد السيطرة على المال أو طلب إيداع عاجل
إعاقة	عدم الوصول، الحجب التشخيصي، الحديث إلى المرافق	تجهيزات مناسبة، تواصل بديل، فحص كامل، خط قاعدي	رفض خدمة أو خفض مستواها بسبب الإعاقة
عمالة وافدة	مشرف يترجم ويجيب، كشف السر لصاحب العمل	مترجم مستقل، شرح السرية، مقابلة منفردة	حجز وثائق، سيطرة على الحركة، إصابات متكررة
بلا هوية أو تأمين	خروج غير آمن، وعود	بديل علاجي متاح،	خروج مريض بمرض

CC BY-NC-ND 4.0

السياق	خطر أخلاقي شائع	التيسير الواجب	علامة تستدعي التصعيد
	بلا غطاء، خوف من الإبلاغ	عمل اجتماعي، خطة عودة واضحة	مزمن جديد بلا دواء أو متابعة
فقر	وسم «غير ملتزم»، خطة لا تُشترى	بديل أقل كلفة، تبسيط الخطة، إحالة اجتماعية	انعدام غذاء أو سكن أو دواء يهدد السلامة
اختلاف ديني أو ثقافي	افتراضات أو صدام	سؤال مفتوح، بدائل، مرشد ديني بإذن	إكراه أو ضرر محقق أو حجب معلومات عن القادر

5-2 مسار سريري من عشر خطوات

1. **سمِّ القرار والخطر:** ما الذي يجب تقريره الآن، وما الذي يحتمل التأجيل؟
2. **عالج القابل للعكس:** الألم، والهذيان، ونقص الأكسجة، والجوع، والخوف، وحاجز السمع أو اللغة.
3. **هيئ التواصل:** لغة مناسبة، ومترجم محترف، ووسيلة بصرية أو لغة سهلة، وخصوصية.
4. **اختبر القدرة للقرار المحدد:** لا تجعل التشخيص أو العمر بديلًا عن التقويم.
5. **استخرج القيم:** ما الأهم للمريض؟ الاستقلال، أو طول العمر، أو تجنب الألم، أو البقاء في البيت، أو العبادة؟
6. **افحص الأمان والعوائق:** المال، والسكن، والنقل، والعنف، والاستغلال، والخوف من جهة ما.
7. **طبّق الأركان الأربعة:** حقيقة طبية، وتوازن أخلاقي، وأصل فقهي، ونص نظامي (انظر الفصل 4).
8. **اختر الأقل تقييدًا:** ادعم القرار قبل استبداله، وكيّف الخدمة قبل رفضها.
9. **وثّق وراجع:** من شارك؟ وما المعلومة؟ ولماذا استُبعد البديل؟ ومتى يُعاد التقويم؟
10. **أغلق الحلقة:** تأكد من الدواء والموعد والنقل والمترجم ومسؤول المتابعة، لا من كتابة الخطة وحدها.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: المسار السريري من عشر خطوات لرعاية المريض في الوضع الهش: من تسمية القرار إلى إغلاق الحلقة.

5-3 قواعد استعمال المترجم

- في القرارات الحساسة يُستعمل مترجم محترف معتمد، حضوريًا أو عن بعد عبر منصة آمنة.
- يُعرَّف دور المترجم وسريته في أول الجلسة، ويخاطب الطبيب المريض لا المترجم.
- جمل قصيرة، وترجمة كاملة لا تلخيص، وتحقق من الفهم بأن يعيد المريض ما فهمه بكلماته.
- لا يُستعمل طفل، ولا قريب ذو مصلحة، ولا صاحب العمل أو مشرفه، ولا موظف عابر، في إذن معقد إلا لضرورة مؤقتة يُستدرك بعدها.
- يوثَّق اسم المترجم أو معرِّفه، ووسيلة الاتصال، ولغة الجلسة، وأي تعذر.

5-4 فحص الإساءة في دقيقتين

الخطوة	ما يُفعل	ما يُتجنب
التهيئة	مقابلة منفردة بعد تهيئة السمع واللغة	السؤال بحضور المرافق المشتبه به
السؤال	«هل يخيفك أحد في البيت؟ هل أُخذ منك مال أو أوراق دون رضاك؟ هل تُترك دون طعام أو دواء؟»	الأسئلة الإيحائية والاتهامية
الفحص	فحص الجلد كاملًا، والتغذية، والأدوية المصروفة مقابل المستعملة	الاكتفاء بالشكوى الرئيسة
التوثيق	الوصف والمقاسات والصور	عبارات الحكم مثل «تعرض

CC BY-NC-ND 4.0

الخطوة	ما يُفعل	ما يُتجنب
	بإذن، والأقوال بنصها	لإيذاء من ابنه»
الإجراء	إحاطة جهة العمل وفق المادة الثالثة من نظام الحماية من الإيذاء، وإشراك العمل الاجتماعي	مواجهة الأسرة أو الإخراج إلى البيئة الخطرة

5-5 خطة الخروج الآمن للمريض بلا هوية أو تأمين

1. تأكيد الاستقرار السريري، وتحديد الحد الأدنى الآمن من العلاج والتثقيف قبل الخروج.
2. اختيار البديل الدوائي الأقل كلفة المكافئ علاجيًا، وصرف كمية تكفي حتى أول متابعة إن أمكن.
3. إحالة العمل الاجتماعي للبحث في التغطية والجمعيات الخيرية ومسارات الدعم المتاحة، والتواصل مع جهة العمل أو السفارة بإذن المريض.
4. تحديد مكان المتابعة وموعدها وطريقة الوصول إليها، وعلامات العودة العاجلة.
5. شرح ما سيُسجَّل ومن سيطلع عليه، بصدق ودون وعود لا يملكها الطبيب.
6. توثيق الخطة وما تعذر منها ومسؤول المتابعة.

سادسًا: الحالات التطبيقية

تحلل الحالات الآتية بنموذج الأركان الأربعة بعد البوابات الخمس (انظر الفصل 4). والوقائع مركبة لأغراض التعليم.

الحالة الأولى: مسنة يُراد إيداعها دار رعاية وعليها علامات إهمال

الوقائع. أرملة في الرابعة والسبعين، بها ضعف إدراكي خفيف وسكري، أُدخلت بجفاف وقرحة ضغط في العجز، وتبين أنها لم تتناول أدويتها منذ أسابيع. يقيم معها ابنها، وفي يده بطاقتها المصرفية ومعاشها. ويطلب الابن من الفريق تقريرًا بأنها «فاقدة الأهلية» ليودعها دار رعاية بعد الخروج مباشرة. فلما انفردت بها الممرضة قالت إنها تريد العودة إلى بيتها، وإنها «تخاف من غضبه». والقسم يضغط لإخلاء السرير خلال يومين.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: استقرت بعد الإرواء، وتبقى القرحة والسكري تحت العلاج • الأمن: قرائن إهمال واستغلال مالي وخوف من المرافق تستدعي حماية المريضة وفصل المقابلة • القدرة على القرار: غير مقوَّمة بعد، والمطلوب قدرتها على قرار مكان السكن وقرار المال، كلٌّ على حدة • صاحب الصفة: المريضة ما لم يثبت عجزها عن القرار المحدد؛ وإيداعها بلا رضا لا يكون إلا بحكم قضائي أو في حالة خطر وفق اللائحة • السؤال المطلوب تقريره: هل يكتب الفريق التقرير المطلوب، وإلى أين تخرج المريضة، وما واجب التبليغ؟

الركن الطبي. تُعالج أولًا أسباب الاضطراب القابلة للعكس: الجفاف، واضطراب السكر، والألم، والعدوى، وضعف السمع. ثم تُقوَّم قدرتها على قرار السكن بعد التحسن، بالعناصر الأربعة: الفهم، والتقدير، والاستدلال، والتعبير عن الاختيار (انظر الفصل 27، المبحث أولًا). ويُفحص الجلد كاملًا،

CC BY-NC-ND 4.0

وتُقارن الأدوية المصروفة بالمستعملة، ويُقوَّم وضعها الوظيفي وحاجتها الفعلية إلى الرعاية. وقد يتبين أنها قادرة على قرار السكن مع حاجة إلى دعم منزلي، وعاجزة في الوقت نفسه عن إدارة المعاملات المالية المعقدة.

الركن الأخلاقي. الاستقلال المدعوم يقتضي أن يُسمع صوتها بعيدًا عن الابن. والإيداع بلا رضا تقييد شديد، لا يُقبل إلا عند انعدام بديل أقل تقييدًا. ولا يكون الطبيب أداةً في نزاع أسري بتقرير عام يُسلب به قرارها. ولكن لا يجوز في المقابل أن تُعاد إلى بيئة يُشتبه في أنها مصدر الإهمال من غير تقويم للأمان؛ فالهجر باسم الاستقلال خطأ يقابل خطأ الوصاية.

الركن الفقهي. اليقين لا يزول بالشك؛ فالأصل بقاء أهليتها حتى يثبت العجز عن قرار محدد، والقرار 261 (6/26) يربط الأهلية بأثر المرض الفعلي لا بمجرد التشخيص [15]. والقرار 113 (7/12) يجعل الأسرة المكان الأساس، ودار الرعاية لمن لا عائل له أو عجزت عائلته [13]؛ ولا يدخل في ذلك إيداع مسنة قادرة ترفض، ولا إبقاؤها في رعاية مؤذية. والولاية على مالها، إن احتيج إليها، ولاية مصلحة يقررها القضاء، والتصرف في مالها لغير مصلحتها ظلم.

الركن النظامي. تمنع المادة الرابعة من نظام حقوق كبير السن إيداعها دار الرعاية إلا بموافقتها أو بحكم قضائي أو في حالة خطر وفق ضوابط اللائحة، وتحظر المادة الخامسة عشرة تصرف العائل في مالها دون موافقتها والإخلال عمدًا بحمايتها [2]. وتوجب المادة الثالثة من نظام الحماية من الإيذاء على الفريق إحاطة جهة العمل بحالة الإيذاء المشتبه بها لتبلغ الجهة المختصة [20]، ويشدد التعديل بالمرسوم (م/72) العقوبة إذا وقع الإيذاء على من تجاوز الستين [21]. والإذن في علاجها لها ما دامت قادرة [23، 24].

القرار المهني الموزون. تُرفض كتابة تقرير عام بـ«فقد الأهلية»، وتُقوَّم قدرتها على قرار السكن وقرار المال كلٌّ على حدة بعد التحسن، وتُحاط إدارة المنشأة بقرائن الإهمال والاستغلال المالي لتبلغ الجهة المختصة بالوقائع الموثقة دون اتهام، مع حفظ السر في غيرها، ويُشرك العمل الاجتماعي في تقويم البيت وبدائل الدعم المنزلي، ويُترك ملف المال للجهة المختصة والقضاء؛ لأن الإيداع بلا رضا سلب للحرية لا يبيحه طلب الأسرة، والتقرير الطبي قد يصير أداة الاستغلال نفسه، وقرائن الإهمال توجب التبليغ نظامًا. واستُبعدت مواجهة الابن باتهام لأنها تعرّضها للخطر. ويُعاد النظر إذا ثبت عجزها عن قرار السكن مع خطر حقيقي على حياتها أو سلامتها، فيُسلك مسار الإيداع وفق الضوابط النظامية لا بطلب الأسرة وحده، أو تبين أن الإهمال عبء رعاية لا قصد، فتتجه الخطة إلى دعم مقدم الرعاية.

الدرس. الإيداع في دار الرعاية قرار في حرية المسن لا في سرير المستشفى، ولا يُتخذ بطلب الأسرة، ولا بتقرير عام يُسلب به صوتها.

الحالة الثانية: شاب بمتلازمة داون واقتراح «عدم التصعيد» بحجة جودة الحياة

الوقائع. شاب في الرابعة والعشرين، به متلازمة داون وإعاقة ذهنية متوسطة، يعمل في ورشة محمية ويعيش مع والدته؛ وأبوه متوفى، ولا جدّ له من أبيه، ويتواصل بجمل قصيرة وصور. أُدخل بالتهاب رئوي شديد، ونقص أكسجة يتفاقم رغم الأكسجين عالي التدفق. فقال أحد أعضاء الفريق إن «جودة حياته محدودة»، واقترح ألا يُنقل إلى العناية المركزة وأن يُكتب له أمر بعدم الإنعاش. والأم تطلب «كل شيء»، وفي العناية المركزة سرير متاح.

CC BY-NC-ND 4.0

البوابات. الاستقرار الإسعافي: قصور تنفسي متفاقم يستدعي قرارًا خلال ساعات • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: قدرته على قرار التهوية محدودة، لكنه يستطيع التعبير عن خوفه وتفضيلاته ويُشرك بقدرها • صاحب الصفة: المريض بقدر قدرته، وفيما عجز عنه وليّه بحسب ترتيب الدليل السعودي للإذن الطبي (الأب، ثم الجد من الأب، ثم الأم؛ وهي هنا والدته)، مع إشراكه • السؤال المطلوب تقريره: هل يُستبعد من العناية المركزة أو يُكتب له أمر بعدم الإنعاش بسبب الإعاقة؟

الركن الطبي. السؤال السريري هو إنذار الالتهاب الرئوي الحاد وقابليته للعكس، لا الإعاقة الأصلية. فالمرض الحاد قابل للعلاج، والمريض بلا فشل عضوي مزمن متقدم، ووظيفته السابقة جيدة؛ فهو يستوفي معايير القبول المطبقة على غيره. وقد تزيد بعض خصائص المتلازمة خطر التنبيب أو تغير الاستجابة، فتُقدَّر بدليلها. ويُخاطب المريض بتواصل مبسط بالصور، وتبقى والدته قربه لتقليل الهياج.

الركن الأخلاقي. عبارة «جودة حياته محدودة» حكم من خارج حياته؛ فهو يعمل، ويعيش، ويتواصل، ويرضى. واختبار التمييز الخفي حاسم هنا: فلو كان شابًا في الرابعة والعشرين بلا إعاقة، بالمرض نفسه، أكان أحد يتردد في نقله إلى العناية المركزة؟ لا والله، بل يُنقل دون نقاش. فالقرار المقترح لا يستند إلى فرق سريري، بل إلى قيمة مفترضة لحياته، وهذا تمييز يمنعه الميثاق الدولي لأخلاقيات الطب [11]. ويجب إشراك المريض بقدر قدرته، لا الحديث عنه كأنه غائب.

الركن الفقهي. النفوس متكافئة في الحرمة، وحفظ النفس مقدم، ولا تُقاس قيمة الإنسان بقدرته الذهنية أو إنتاجه. والقرار 213 (9/22) يقرر أن لذوي الإعاقة ما لغيرهم من الحقوق، ومنها الرعاية الصحية، وينهى عن الانتقاص منهم [14]. و«هل تُنصرون وتُرزقون إلا بضعفائكم» [12] تقلب منطق «الجدوى الاجتماعية» الذي يحكم على الضعيف بأنه عبء.

الركن النظامي. يقرر نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة عدم التمييز على أساس الإعاقة، وحقهم في الخدمات الصحية العلاجية دون اشتراطات تمييزية، ويعد حرمانهم من حقوقهم مخالفة [3]. ويقر النظام للبالغ ذي الإعاقة أهلية مباشرة التصرفات ما لم تمنعه إعاقته [3]، فلا تثبت الولاية في قرار التهوية إلا بعد تقويم قدرته عليه؛ فإن عجز عنه كان الإذن لوليه بحسب ترتيب الدليل السعودي للإذن الطبي: الأب، ثم الجد من الأب، ثم الأم، مع إشراك المريض [24] (انظر الفصل 5، المطلب 4-5). وأما أمر عدم الإنعاش وضوابطه فأمّه الفصل 41، ومعايير الأولوية عند شح الأسرّة فأمّها الفصل 37؛ ولا شح هنا.

القرار المهني الموزون. يُنقل المريض إلى العناية المركزة وفق المعايير السريرية المطبقة على غيره، ولا يُكتب أمر بعدم الإنعاش على أساس الإعاقة، ويُشرح له الإجراء بالصور، وتُشرك والدته، فإن فشل العلاج وتبين عدم جدوى الاستمرار نوقش ذلك بالمعايير نفسها (انظر الفصل 42)؛ لأن المرض الحاد قابل للعلاج، والمريض يستوفي معايير القبول، وما في المتلازمة من خطر إضافي يُقدَّر بدليله، ولا يجعل الإعاقة معيارًا للاستبعاد. واستُبعد «عدم التصعيد» بحجة جودة الحياة لأنه تمييز. ويُعاد النظر إذا ظهر فشل عضوي غير قابل للعكس، أو عبء علاجي لا يتناسب مع المنفعة بمعايير عامة موثقة، أو تفضيلات سابقة واضحة عبّر عنها المريض.

الدرس. الإعاقة ليست إنذارًا سريريًا؛ وكل قرار يتغير لو زالت الإعاقة وبقي المرض نفسه فهو قرار يحتاج إلى مراجعة.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الثالثة: عامل وافد يتكلم عنه مشرفه وقرائن حجز الوثائق

الوقـائع. عامـل وافـد في الثلاثين لا يحسـن العربيـة ولا الإنجليزيـة، حضـر إلى الطـوارئ بحمى وسعال منذ ثلاثة أسابيع ونقص في الوزن. يرافقه مشرف من شركته يجيب عن الأسئلة بدلًا منـه، ويطلب «تقريرًا سريعًا» يسلمه للشركة، ويسأل: «هل هو معدٍ؟ هل نسفّره؟». ويلاحظ الممـرض أن العامل مطأطئ الرأس لا يتكلم، وأن المشـرف يحمـل جـوازه. والصـورة الشـعاعية تشـير إلى احتمال سل رئوي.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مسـتقر، ويحتـاج عـزلًا تنفسـيًا احتياطيًـا وتقويمًـا عـاجلًا • الأمن: قرائن سيطرة وحجز وثائق تستدعي مقابلة منفردة • القدرة على القرار: قادر، والعـائق لغـوي لا إدراكي • صاحب الصفة: العامل نفسه، لا المشرف ولا الشركة • السؤال المطلوب تقريره: كيف يُستعمل المترجم، وماذا يُقال للمشرف، وما مسار قرائن الاستغلال؟

الركن الطبي. يُعزل احتياطيًا، وتؤخذ عينات القشع، ويُبدأ مسار السل وفق السياسـة. ولا يصـح أن يُؤخذ التاريخ المرضي عبر المشرف؛ فالأعراض والتعرض والسكن والعمل يُسأل عنهـا العامـل نفسه عبر مترجم محترف بلغته، حضوريًا أو هاتفيًا. ويُسأل منفـردًا عن سـكنه، وعـدد من يشـاركه الغرفة، وساعات العمل، والإصابات السابقة.

الركن الأخلاقي. الترجمة عبر المشرف تُسكت العامل، وتكشف سـره لمن قـد يضـره. والسـر حق العامل، والخوف من الترحيـل يفسـد حريـة الإفصـاح. ويمنـع عـدم الوصـم أن يُعامـل بوصـفه «مصدر عدوى» قبل أن يُعامل مريضًا. ولكن للمخالطين في السكن حقًا في الحماية، يُحقـق عـبر مسار الصحة العامة لا عبر الشركة.

الركن الفقهي. الغريب له حق العدل والإجارة، وحفظ نفسه ونفوس المخالطين مقصـد واحـد. والستر أصل، ويُرفع بقدر الضرورة للصحة العامة لا لمصلحة صـاحب العمـل. واسـتغلال الضـعيف وحبس وثائقه ظلم يجب رفعه، والضرر يزال.

الركن النظامي. السر محفوظ، ولا يُطلَع صاحب العمل على التشخيص إلا بـإذن العامـل أو في استثناء نظـامي (انظـر الفصـل 7، المبحث رابعًـا). والتبليـغ عن السـل يكـون إلى الجهـة الصـحية المختصة وفق مسار التبليغ الوبائي (انظر الفصل 35). وقرائن حجز الوثـائق والسـيطرة والخـوف تستدعي مسار الحماية وفق نظـام مكافحـة جـرائم الاتجـار بالأشـخاص عنـد قيـام القـرائن [22]. والبيانات الصحية حساسة وفق نظام حماية البيانات الشخصية [25].

القـرار المهـني المـوزون. يُطلب من المشـرف الانتظـار خـارج الغرفـة، ويُسـتدعى مـترجم محـترف، وتُجـرى المقابلـة منفـردة، ويُشـرح للعامـل مـا سيُسـجَّل ومن سـيطلع عليـه، ولا يُعطى المشرف إلا ما يلزم للسلامة: أن العامل يحتاج تقويمًا وعزلًا مؤقتًا، دون التشـخيص، وتُبلَّـغ الجهـة الصحية المختصة بالحالة المشتبهة، وتُحال قرائن حجز الوثائق إلى مسار الحماية، دون تحقيق في الجريمة أو مواجهة للمشرف أو وعد للعامل بما لا يملكه في إقامته أو عمله؛ لأن الترجمة عبر ذي المصلحة تفسد التاريخ المرضي والإذن، وكشـف التشـخيص للشـركة قـد يضـره بلا حاجـة صـحية، والقرائن قد تدل على استغلال. واستُبعد تسليم «تقرير سريع» للشركة لأنه إفشاء بلا سند. ويُعـاد النظر إذا أذن العامل القادر بإشراك الشركة، فتُطلَع بقدر إذنه، أو ثبت السل المعدي، فتُبلَّغ الجهة المختصة بالمخالطين في السكن.

الدرس. من يـترجم يملـك الكلام؛ فلا تُعـطِ هـذا الملـك لمن قـد تتعـارض مصـلحته مـع مصـلحة المريض.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الرابعة: مريض بلا إقامة سارية ولا تأمين بعد استقرار حماض كيتوني

الوقائع. شاب في السادسة والعشرين، وافد انتهت إقامته ولا تـأمين لـه، أُسـعف في مستشـفى خاص بحماض كيتوني سكري، وشُخّص لأول مرة بسكري النوع الأول. واستقرت حالته بعد يومين. فتطلب إدارة الماليـة خروجـه اليـوم لعـدم وجـود جهـة دافعـة، ويقـترح موظـف إبلاغ الجـوازات. والمريض لا يعرف كيف يحقن الإنسولين، ولا يملك ثمنه ولا جهاز قياس، ويقيم في سكن مشـترك بلا ثلاجة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: استقر الحماض، لكن خروجه بلا إنسولين يعيده إلى الخطـر خلال أيام • الأمن: لا خطر على الفريق، والخوف من الإبلاغ قد يمنعه من العودة • القدرة على القرار: قـادر • صـاحب الصـفة: المـريض في قـرار علاجـه، والمنشـأة في التزاماتهـا الماليـة والإداريـة • السؤال المطلوب تقريره: ما الحد الأدنى الآمن قبل الخروج، ومن يتحملـه، وهـل يُبلَّـغ عن وضـعه النظامي؟

الركن الطبي. مريض السكري من النـوع الأول يحتـاج الإنسـولين حيـاةً لا تحسـينًا؛ فخروجـه بلا إنسولين ولا تثقيف يكاد يضمن عودته بحماض آخر قد يقتله. والحد الأدنى الآمن: تثقيف بلغته على الحقن وعلامات نقص السكر وارتفاعه، وأبسط نظـام إنسـولين ممكن وأقلـه كلفـة، وكميـة تكفي حتى المتابعة، وطريقة حفظ بديلة للإنسولين المستعمل، وموعد متابعة محدد.

الركن الأخلاقي. الإنصاف يقتضي ألا يكون الخروج «خروجًا إلى الحمـاض». والمنشـأة لا تُلـزم بعلاج مزمن مجاني بلا حد، ولكنها تُلزم بألا تجعل من خروج المـريض خطـرًا يمكن توقعـه. والإبلاغ عن وضعه النظامي بلا سند يحول المستشفى إلى جهة ضبط، ويجعل أمثاله من المرضى يتجنبـون العلاج حتى يصلوا في حال أسوأ، فيضر بالصحة العامة وبالمريض معًا.

الركن الفقهي. حفظ النفس مقدم، والمخالفة الإدارية لا تُسقط حرمـة النفس ولا حـق العلاج؛ فهي تُعالج بطريقها. والطب فرض كفايـة يتعين عنـد الضـرورة وانفـراد القـدرة (انظـر الفصـل 9، المبحث ثالثًا). والستر أصل، ولا يُرفع إلا لمصـلحة راجحـة بسـند. وسـد حاجـة الغـريب الفقـير من أبواب التكافل التي يؤصل لها القرار 165 (3/18) [17].

الركن النظامي. تُلزم المادة السادسة عشرة من نظام المؤسسات الصحية الخاصة المؤسسةَ بتقديم العلاج الإسعافي لجميع الحالات الطارئة الخطرة الواردة إليها دون مطالبة مالية قبل تقديم العلاج [30]، وتقـرر وثيقـة حقـوق المـريض في المؤسسـات الصـحية الخاصـة حقـه في العنايـة الإسعافية حـتى اسـتقرار حالتـه بغض النظـر عن القـدرة على الـدفع [27]؛ وتفصـيل الـواجب في الفصل 9. والسر محفوظ ولا يُفشى إلا في الاستثناءات النظامية (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا). والأصل السر. وأما إبلاغ الجوازات عن مخالف الإقامة فلا يُثبت الفصل في شـأنه واجبًـا ولا ينفيـه، إذ لم يقف على نص متحقـق منـه؛ فيُرجـع في أي إفصـاح إلى سـند نظـامي محـدد تحـدده الإدارة القانونية، ولا يُبادر به موظف من تلقاء نفسه.

القرار المهني الموزون. يؤجَّل الخروج حـتى يتقن المـريض الحقن الأساسـي ويفهمَ علامـات الخطر بلغته، ويُكتب له أبسـط نظـام إنسـولين وأقلـه كلفـة، ويُحـال فـورًا إلى العمـل الاجتمـاعي لتأمين الإنسولين وأدوات القياس من جمعية خيرية أو مسار دعم، ويُتواصل بإذنه مع جهة عملـه أو سفارته، ولا يُبلَّغ عن وضعه النظامي إلا بسند تحدده الإدارة القانونية، ويلتزم الطبيب بالحـد الأدنى الآمن وبإحالة مغلقة الحلقة دون أن يعِد بتغطية لا يملكها؛ لأن الاستقرار الإسعافي بلا خطة لمرض قاتل عند الانقطاع ليس خروجًا آمنًا، والإبلاغ بلا سند إفشاء يضر المريض والصحة العامة. واستُبعد

CC BY-NC-ND 4.0

الإبلاغ الفوري للجوازات لأنه بلا سند ويصد المرضى عن العلاج. ويُعاد النظر إذا وُجدت جهة دافعة أو مسار علاج حكومي متاح، فتُنقل الرعاية إليه بنقل منظم، أو ثبت سند نظامي محدد يوجب الإفصاح، فيُلتزم به في حدوده الدنيا.

الدرس. واجب الإسعاف ينتهي بالاستقرار، ولكن واجب ألا يكون الخروج خطرًا متوقعًا لا ينتهي عنده.

مواقف متكررة

موقوف بألم صدري، والحراسة تطلب تأجيل الإحالة. يُفعَّل مسار الطوارئ بحسب الخطورة لا بحسب جدول الحراسة، ويُعطى المرافق الأمني ما يلزم للنقل والسلامة فقط، وتبقى التفاصيل الصحية عند الفريق العلاجي. والضابط: القاعدة 24 من قواعد نيلسون مانديلا تقرر للمحتجز مستوى الرعاية المتاح في المجتمع دون تمييز بسبب وضعه القانوني [29]، والاستقلال السريري يعني أن قرار الفحص والعلاج والإحالة يصدر وفق الحاجة الطبية مع إدارة الأمن بوسائل متناسبة [31]. وفحص الموقوف بطلب جهات الضبط وتوثيق آثار سوء المعاملة مبسوط في الفصل 32 (الحالة 32/3).

مريضة صماء، وأخوها «يترجم» ويطلب إخفاء احتمال السرطان. تُستدعى ترجمة لغة إشارة مهنية أو وسيلة تواصل معتمدة، وتُقابل المريضة منفردة، وتُسأل: أتريد حضور أخيها؟ وما مقدار المعلومات الذي تريده؟ ولا تؤخذ موافقة الخزعة قبل تواصل كافٍ. والضابط: نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة يعتمد أساليب التواصل المناسبة ومنها لغة الإشارة [3]، والمعلومة والقرار للمريضة القادرة لا لأسرتها (انظر الفصل 8).

مريض فاقد القدرة بلا أسرة، وقرار غير عاجل كبير الأثر. لا يُتخذ القرار ارتجالًا بطبيب واحد: يُعاد تقويم القدرة، ويُبحث جادًّا عن الأقارب والقيم السابقة عبر السجل ومقدم الرعاية السابق والعمل الاجتماعي، ويُفضَّل الخيار المؤقت القابل للعكس، ويُعرض القرار على لجنة الأخلاقيات. والضابط: غياب الأسرة لا يساوي غياب القيم، ولا يمنح الطبيب سلطة شخصية مطلقة؛ وتفصيل القرار بالنيابة عن غير الممثَّل في الفصل 40، وقرار التغذية الأنبوبية في الفصل 44.

مستخدم كرسي متحرك، وطاولة فحص لا تنخفض. لا يُلغى الفحص، ولا يُكتفى بسؤال المرافق: يُنظَّم نقل آمن بفريق مدرب أو رافعة، أو تُجرى إحالة مكافئة بلا تأخير ولا كلفة إضافية، ويُبلَّغ عن العائق ليُصحَّح مؤسسيًا. والضابط: نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة يوجب عدم التمييز وتوفير متطلبات الوصول والترتيبات التيسيرية [3]؛ فالقصور في المكان لا في المريض.

مريضة تطلب مقدِّمة خدمة من جنسها في حالة عاجلة غير حرجة. تُبدأ التدابير غير التلامسية والمسكن والفحوص، ويُنسَّق حضور طبيبة في مهلة قصيرة مع مراقبة. والضابط: التفضيل الديني والثقافي معتبر ما دام قابلًا للاستيعاب طبيًا، والضرورة تبيح بقدرها عند تعين الفحص؛ فإن ظهرت علامة خطر شُرح أثر التأخير وعُرض فحص محدود بوجود مرافقة، فإن رفضت وهي قادرة وُثِّق الرفض واستُمر في أقل البدائل ضررًا، ولا يُدَّعى حق مطلق في مقدم بعينه عند عدم توافره.

صيام يهدد استقرار المرض. يُقدَّر الخطر فرديًا، ويُعرض تعديل توقيت العلاج والرخصة الشرعية وقضاء أيام أخر، وتُحدَّد علامات الإفطار العاجل بلا ضغط ولا لغة حكمية. والضابط: ﴿ئز ئم ئن ئى ئي بر بز بم بن بى بي بر﴾ [البقرة: 184]، والمشقة تجلب التيسير، ولا يُطلب حفظ العبادة بإهلاك النفس؛

CC BY-NC-ND 4.0

فإن اختار الصيام وهو قادر وُضعت خطة مراقبة وحدود واضحة للإفطار والطوارئ، ويُستعان بإذنه بمختص ومرشد شرعي، مع توثيق الخطة والبدائل وفق حقوق المرضى.

مسن «يرفض كل شيء» في الأيام الأولى بعد جراحة. قبل أن تصف رفضه بأنه قرار، ابحث عن الهذيان والألم والإمساك واحتباس البول، وعن نظارة فُقدت وجهاز سمع غاب. والضابط: الأصل بقاء القدرة، والعجز المؤقت يعالج سببه ولا يُتخذ فيه قرار دائم؛ وتقويم القدرة مبسوط في الفصل 27، والنزاع الأسري في جراحة مسن بعد كسر الورك مبسوط في الفصل 4 (الحالة المرجعية).

ربة بيت تُحضر عاملتها المنزلية طالبة «تحليل حمل وتقريرًا» لأنها «تشك فيها». العاملة في الرابعة والعشرين، لا تحسن العربية، وتبدو خائفة، ونتيجة التحليل قد تغيّر مصيرها. والجواب: يُطلب من صاحبة العمل الانتظار خارجًا، ويُستدعى مترجم محترف لا صلة له بالأسرة، وتُسأل العاملة منفردة: أتريد الفحص؟ ولمن تريد أن تُعطى نتيجته؟ فلا يُجرى التحليل إلا بإذنها هي، ولا يُسلَّم لصاحبة العمل تقرير ولا نتيجة إلا بإذنها، ولو كانت صاحبة العمل هي التي تدفع. فإن كان الحمل قائمًا بدأت رعايته كاملة، وسُئلت العاملة بأمان عن ظروفه، فقد يكون أثر اعتداء أو استغلال؛ وتُقدَّر سلامتها إن عادت إلى البيت، ويُفعَّل مسار الحماية والعمل الاجتماعي عند ظهور القرائن. وضابطه: الإذن حق المريضة القادرة، والسر لا يُطلَع عليه صاحب العمل أو الكفيل إلا بإذنها أو باستثناء نظامي [23، 24]، ودفع الأجرة لا يُنشئ حق اطلاع؛ والكلام عبر صاحب العمل كلام بلا إذن حقيقي (المطلبان 1-7 و4-4).

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
مسنة يُراد إيداعها دار رعاية، وعليها علامات إهمال	لا تقرير عام بـ«فقد الأهلية»؛ تُقوَّم قدرتها على قرار السكن وقرار المال كلٌّ على حدة، وتُحاط الإدارة بقرائن الإهمال لتبلغ الجهة المختصة، ويُترك المال للقضاء	الإيداع بلا رضا سلب للحرية لا يبيحه طلب الأسرة، وقرائن الإهمال توجب التبليغ نظامًا	ثبت عجزها عن قرار السكن مع خطر حقيقي، فيُسلك مسار الإيداع النظامي؛ أو تبين أن الإهمال عبء رعاية، فيُدعم مقدم الرعاية
شاب بمتلازمة داون واقتراح «عدم التصعيد» بحجة جودة الحياة	يُنقل إلى العناية المركزة وفق المعايير المطبقة على غيره، ولا يُكتب أمر بعدم الإنعاش على أساس الإعاقة، ويُشرح له بالصور وتُشرك والدته	المرض الحاد قابل للعلاج، وهو يستوفي معايير القبول، والإعاقة ليست معيارًا للاستبعاد؛ وخلاف ذلك تمييز	ظهر فشل عضوي غير قابل للعكس، أو عبء لا يتناسب مع المنفعة بمعايير عامة موثقة، أو تفضيلات سابقة واضحة له
عامل وافد يتكلم عنه مشرفه، وقرائن حجز	مقابلة منفردة بمترجم محترف، ولا	الترجمة عبر ذي المصلحة تفسد	أذن العامل القادر بإشراك الشركة،

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
الوثائق	يُعطى المشرف إلا ما يلزم للسلامة دون التشخيص، وتُبلَّغ الجهة الصحية بالحالة المشتبهة، وتُحال القرائن إلى مسار الحماية	التاريخ المرضي والإذن، وكشف التشخيص للشركة إفشاء بلا سند، والقرائن قد تدل على استغلال	فتُطلَع بقدر إذنه؛ أو ثبت السل المعدي، فتُبلَّغ الجهة المختصة بالمخالطين
مريض بلا إقامة سارية ولا تأمين بعد استقرار حماض كيتوني	يؤجَّل الخروج حتى يتقن الحقن، وأبسط نظام إنسولين وأقله كلفة، وإحالة فورية إلى العمل الاجتماعي، ولا إبلاغ عن وضعه النظامي إلا بسند	الاستقرار الإسعافي بلا خطة لمرض قاتل عند الانقطاع ليس خروجًا آمنًا، والإبلاغ بلا سند إفشاء يضر المريض والصحة العامة	وُجدت جهة دافعة أو مسار علاج حكومي، فنقل منظم؛ أو ثبت سند نظامي يوجب الإفصاح، فيُلتزم به في حدوده الدنيا

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. الهشاشة علاقة بين حال الشخص وبيئته، لا صفة ثابتة فيه؛ والسؤال الحاكم: ما العائق، وما التيسير الذي يزيله؟
2. إساءة معاملة المسن شائعة، وأكثرها نفسي ومالي لا يترك أثرًا في الجسد؛ وتقديرها في مراجعة تلوية دولية 15.7% في السنة [5].
3. لا يُودَع كبير السن دار الرعاية الاجتماعية إلا بموافقته أو بحكم قضائي أو في حالة خطر وفق ضوابط اللائحة، ويحظر النظام تصرف العائل في ماله دون موافقته [2]؛ ويشدد التعديل بالمرسوم (م/72) عقوبة الإيذاء الواقع على من تجاوز الستين وعلى ذي الإعاقة [21].
4. يقرر نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة عدم التمييز والترتيبات التيسيرية وأساليب التواصل المناسبة، ويقر لمن بلغ سن الرشد منهم أهلية مباشرة التصرفات ما لم تمنعه إعاقته [3]؛ ويوافقه القرار 213 (9/22) في أن لهم ما لغيرهم من الحقوق [14].
5. المترجم المحترف تدبير سلامة يرتبط بنتائج أفضل من المترجم العارض [8]، والمشرف أو صاحب العمل لا يصلح مترجمًا.
6. واجب الإسعاف قائم بصرف النظر عن القدرة على الدفع [27]، ويمتد أثره إلى خروج آمن لا يعيد المريض إلى الخطر.
7. التمييز الخفي يُكشف باختبار بسيط: لو زالت الخاصية وبقي المرض نفسه، هل يتغير القرار؟

CC BY-NC-ND 4.0

التوصيات

للممارس: أن يخاطب المريض مباشرة، ويعالج الألم والهذيان وحاجز السمع واللغة قبل الحكم على قدرته، ويفصل بين التشخيص والأهلية وبين الأسرة والسلطة النظامية، ويستعمل مترجمًا محترفًا في القرارات الحساسة، ويقابل من يُشتبه في إيذائه منفردًا، ويختبر كل قرار بعدم التصعيد باختبار التمييز الخفي، ولا يكتب تقريرًا عامًا بفقد الأهلية.

للمنشأة: أن تعتمد فحصًا مختصرًا للعوائق (التواصل، والحركة، والإدراك، والأمان، والدواء، والسكن والنقل)، وتوفر خدمة ترجمة بشرية آمنة على مدار الساعة وسياسة تمنع استعمال الأطفال والمشرفين مترجمين، وتدقق الوصول المادي والرقمي بمشاركة أشخاص ذوي إعاقة، وتضع مسارًا مكتوبًا لقرائن إيذاء المسن والاتجار بالأشخاص، ومسارًا للخروج الآمن لغير المؤمَّن، وتراجع دوريًا قرارات عدم التصعيد مصنفة بحسب العمر والإعاقة والجنسية.

للتعليم والبحث: أن يُدرَّب الطلاب على المقابلة عبر المترجم وعلى فحص الإساءة وعلى التواضع الثقافي بمحاكاة، وأن تُجرى دراسات سعودية عن انتشار إساءة معاملة المسن، وعن أثر حاجز اللغة في نتائج العمالة الوافدة، وعن الفوارق في قرارات التصعيد لدى ذوي الإعاقة.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فجودة النظام الصحي تظهر في رعايته لمن يصعب سماع صوته، لا في علاج الحالة السهلة وحدها. والفئات التي تناولها الفصل مختلفة، ولكن الأخطاء فيها تتكرر: افتراض العجز، واستبدال المريض بأسرته أو مشرفه، ومساواة العدل بتطابق الخدمة، ونسبة فشل الخطة إلى «عدم التعاون»، وتحويل العمر أو الإعاقة أو الإقامة أو الفقر إلى مبرر لرعاية أدنى.

والبديل رعاية واعية بالهشاشة: تكتشف العائق، وتدعم القرار، وتحمي من الاستغلال، وتزيل الحاجز، وتزن القيد، وتوثق المسار. وبذلك تلتقي الخبرة الطبية مع أخلاق الكرامة والعدالة، ومقاصد حفظ النفس والعقل والمال، والأنظمة السعودية التي قررت حقوق كبير السن وذي الإعاقة وحمايتهما من الإيذاء. فالقرار المهني الموزون، يا أخي الطبيب، ليس أن نفعل الأكثر دائمًا، ولا أن ننسحب احترامًا شكليًا للاستقلال، بل أن نختار للمريض ومعه ما يحقق منفعة واقعية بأقل ضرر وتقييد، وأن نعيد إليه صوته كلما أمكن.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. لماذا يصف الفصل الهشاشة بأنها «علاقية ومتقاطعة»؟ مثّل بمريض تجتمع فيه ثلاثة عوائق، وبيّن التيسير المناسب لكل منها.
2. طلب ابن من الفريق تقريرًا بأن والدته «فاقدة الأهلية» لإيداعها دار رعاية. ما الذي تكتبه، وما الذي ترفض كتابته، وما سندك في المادة الرابعة من نظام حقوق كبير السن ورعايته؟
3. عدّد خمس علامات لإساءة معاملة المسن لا تظهر في الجسد، وبيّن كيف تُوثَّق وإلى من يُبلَّغ عنها وفق نظام الحماية من الإيذاء.
4. ما الحجب التشخيصي؟ وكيف يمنعه سؤال المرافق عن «الخط القاعدي» للمريض ذي الإعاقة الذهنية؟

CC BY-NC-ND 4.0

5. طبّق «اختبار التمييز الخفي» على اقتراح بعدم نقل مسن في الخامسة والثمانين إلى العناية المركزة. متى يكون العمر تقديرًا سريريًا مشروعًا، ومتى يكون تمييزًا؟
6. لماذا لا يصلح المشرف أو صاحب العمل مترجمًا للعامل الوافد؟ وما القرائن التي تنقل الحالة إلى مسار مكافحة الاتجار بالأشخاص؟
7. ما الفرق بين واجب الإسعاف وواجب الخروج الآمن؟ طبّق ذلك على مريض غير مؤمَّن شُخّص حديثًا بمرض مزمن.
8. كيف يوفق القرار 113 (7/12) بين تقديم الأسرة مكانًا أساسًا للمسن وإنشاء دور الرعاية؟ ومتى يخالف الإيداع مقصود القرار؟

المراجع

[1] UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Adopted 19 October 2005; Article 8: Respect for human vulnerability and personal integrity; Article 12: Respect for cultural diversity and pluralism. unesco.org

[2] نظام حقوق كبير السن ورعايته، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/47) وتاريخ 3/6/1443هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (292) وتاريخ 1/6/1443هـ؛ ولا سيما المواد الأولى والثالثة والرابعة والعاشرة والحادية عشرة والخامسة عشرة والسادسة عشرة. جريدة أم القرى، 11/6/1443هـ (14/1/2022م). uqn.gov.sa

[3] نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/27) وتاريخ 11/2/1445هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (110) وتاريخ 6/2/1445هـ؛ ولا سيما المواد الثانية والتاسعة والحادية والعشرون. جريدة أم القرى، 23/2/1445هـ (8/9/2023م). uqn.gov.sa

[4] World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021. who.int

[5] Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017;5(2):e147–e156. doi:10.1016/S2214-109X(17)30006-2

[6] World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization; 2022. who.int

[7] World Health Organization. World report on the health of refugees and migrants. Geneva: World Health Organization; 2022. who.int

[8] Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. Health Serv Res. 2007;42(2):727–754. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x

CC BY-NC-ND 4.0

Gottlieb LM, Wing H, Adler NE. A systematic review of interventions on [9] patients’ social and economic needs. Am J Prev Med. 2017;53(5):719–729. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.05.011

Tervalon M, Murray-García J. Cultural humility versus cultural [10] competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. J Health Care Poor Underserved. 1998;9(2):117–125. https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233

World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics. [11] Revised by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, Germany, October 2022. wma.net

[12] صحيح البخاري، كتاب الجهاد والسير، باب من استعان بالضعفاء والصالحين في الحرب، ح 2896 sunnah.com

[13] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 113 (7/12) بشأن حقوق الأطفال والمسنين. الدورة الثانية عشرة، الرياض، 25 جمادى الآخرة–1 رجب 1421هـ / 23–28 سبتمبر 2000م. iifa-aifi.org

[14] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 213 (9/22) بشأن حقوق المعوقين في الفقه الإسلامي. الدورة الثانية والعشرون، الكويت، 2–5 جمادى الآخرة 1436هـ / 22–25 مارس 2015م. iifa-aifi.org

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

[16] صحيح البخاري، كتاب الجمعة، باب الجمعة في القرى والمدن، ح 893 وصحيح مسلم، كتاب الإمارة، باب فضيلة الإمام العادل وعقوبة الجائر والحث على الرفق بالرعية والنهي عن إدخال المشقة عليهم، ح 1829 sunnah.com

[17] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 165 (3/18) بشأن تفعيل دور الزكاة في مكافحة الفقر وتنظيم جمعها وصرفها. الدورة الثامنة عشرة، بوتراجايا، 24–29 جمادى الآخرة 1428هـ / 9–14 يوليو 2007م. iifa-aifi.org

[18] المرسوم الملكي رقم (م/47) وتاريخ 3/6/1443هـ بالموافقة على نظام حقوق كبير السن ورعايته، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (292) وتاريخ 1/6/1443هـ. جريدة أم القرى. uqn.gov.sa

[19] اللائحة التنفيذية لنظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. جريدة أم القرى، 9/11/1445هـ (17/5/2024م). uqn.gov.sa

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

CC BY-NC-ND 4.0

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

[22] نظام مكافحة جرائم الاتجار بالأشخاص، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/40) وتاريخ 21/7/1430هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[23] 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 المادة التاسعة عشرة. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[24] وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للإذن الطبي. الطبعة الأولى، 1440هـ/ moh.gov.sa

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

[26] وزارة الصحة. وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى. المملكة العربية السعودية. moh.gov.sa

[27] وزارة الصحة. حقوق المريض في المؤسسات الصحية الخاصة. المملكة العربية السعودية. moh.gov.sa

[28] النظام الصحي، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/11) وتاريخ 23/3/1423هـ (4/6/2002م)، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/52) وتاريخ 4/8/1437هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[29] United Nations General Assembly. United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules). Resolution 70/175, 17 December 2015; Rule 24. docs.un.org

[30] نظام المؤسسات الصحية الخاصة، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/40) وتاريخ 3/11/1423هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (240) وتاريخ 26/10/1423هـ، وتعديلاته وآخرها بالمرسوم الملكي رقم (م/103) وتاريخ 18/6/1445هـ، المادة السادسة عشرة. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[31] Pont J, Enggist S, Stöver H, Williams B, Greifinger R, Wolff H. Prison health care governance: guaranteeing clinical independence. Am J Public Health. 2018;108(4):472–476. doi:10.2105/AJPH.2017.304248

[32] United Nations General Assembly. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules). Resolution 65/229, 21 December 2010; Rule 24. https://digitallibrary.un.org/record/702724

[33] Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K. Elderspeak communication: impact on dementia care. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2009;24(1):11–20. doi:10.1177/1533317508318472

CC BY-NC-ND 4.0

Lachance C, Wright MD. Avoidance of physical restraint use among [34] hospitalized older adults: a review of clinical effectiveness and guidelines. CADTH Rapid Response Report. Ottawa: CADTH; 28 February 2019. cadth.ca